PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO, LWOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY I ODPOWIEDZIALNY:

DR. AUGUST KWAŚNICKI.

ROK XLIV. — 1905.



KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.
W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Józefa Filipowskiego
1905.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XLIV „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i opisy przypadków, zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne artykuły oryginalne.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Wyciągi.

W każdym numerze.

IV. Odcinek.

V. Sprawozdania ze zjazdów naukowych.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

VIII. Wiadomości bieżące.

W każdym numerze.

IX. Nekrologia.

X. Bibiografia.

w każdym numerze, zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczonych we wszystkich czasopismach lekarskich polskich, oraz w „Časopisie lékaru českych“, „Liečničkim Viestniku“, „Lékařských Rozhledach“, „Presse médicale“, „Berliner klinische Wochenschrift“, „Wiener klinische Wochenschrift“, „Deutsche medicinische Wochenschrift“, „Münchener medicinische Wochenschrift“ i „Medicinische Klinik“.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba tłusta oznacza artykuł oryginalny, T. towarzystwo lekarskie).

SPIS AUTORÓW.

Rok XLIV. Kraków 7 Stycznia 1905. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do leczenia niektórych stanów septycznych.

Napisał

F. Majewski,

asystent kliniki.

(Podług wykładu na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w 1903 roku).

Umiejętność usuwania ze świata zewnętrznego czynników zakażających, a przez to i zapobieganie zakażeniu ran, zadawanych przez chirurgów, doprowadziliśmy do stopnia bardzo wysokiego. Opanowaliśmy pod tym względem świat zewnętrzny prawie zupełnie. Na powstanie i rozwój zakażenia przyrannego ma jednak wpływ i sam ustrój ludzki, względnie zwierzęcy, a nietylko to, co wchodzi w styczność z raną ze świata zewnętrznego.

Własność niedopuszczania do rozwoju ogólnego miejscowo już dokonanego zakażenia, względnie zdolność leczenia zakażeń miejscowo lub ogólnie rozwiniętych, jest właściwą każdemu ustrojowi zwierzęcemu. Względem poszczególnych zarazków niejednakowo zachowują się jednak poszczególne ustroje. Różnice, jakie tu zachodzą, są ogromne. Przypominam n. p. nas chirurgów bliżej obchodzącą nadzwyczaj dużą odporność na zakażenie pierwiastkami ropotwórczymi otrzewnej psa i znacznie większą jej wrażliwość u koni i królików. Ta wrodzona odporność osobnicza jest właściwie miarodajnym czynnikiem w zapobieganiu i leczeniu zakażeń przyrannych. Wyjałowienie czynników, wchodzących w styczność z raną z zewnątrz, nie wystarczy jeszcze na to, by uniknąć zakażenia. Najbardziej energiczne i fachowe leczenie zakażenia miejscowego nie zapobieże zakażeniu całego ustroju, jeżeli ten ustrój będzie pozbawiony odporności i osobniczej zdolności leczniczej.

W pewnych stanach chorobowych wspomniane właściwości zanikają w mniejszym lub większym stopniu, n. p. w cukrzycy. Operowanie jednostek, podległych takiej chorobie, jest związane z ogromnem niebezpieczeństwem, z powodu łatwości, z jaką powstają u nich zakażenia przyranne, prowadzące często do zakażenia ogólnego i zejścia śmiertelnego, pomimo postępowania ściśle bezgnilnego.

O czynnikach, wchodzących tu w grę, wiemy do dziś dnia stosunkowo bardzo niewiele. Starania nasze w celu sztucznego podniesienia odporności wrodzonej i zdolności leczniczej ustroju ludzkiego w walce z chorobami zakaźnemi uwieńczone zostały wynikami dodatnimi w stopniu bardzo nieznacznym. O wynikach poważniejszych możemy mówić tylko o tyle, o ile się one tyczą doświadczeń na zwierzętach. Zwycięstwo jednak, jakie odnieśliśmy w walce z błonicą, rozstrzyga sprawę zasadniczo i wskazuje nam przynajmniej jedną z dróg, którą mamy iść dla podniesienia i odporności osobniczej i własności leczniczych ustroju ludzkiego. Dla nas chirurgów najważniejszą jest naturalnie sprawa zakażeń drobnoustrojami ropotwórczymi. W pracowniach doświadczalnych doszliśmy już do pewnych wyników dodatnich, uodparniając poszczególne zwierzęta surowicami swoistemi przeciwko zakażeniom odnośnymi drobnoustrojami, jak również lecząc z wynikiem dodatnim już powstałe zakażenia.

Praca niniejsza jest wyrazem prób stosowania u ludzi wyników, otrzymanych w pracowniach doświadczalnych, pod względem uodparniania przeciwko chorobom zakaźnym i leczenia jej u zwierząt. Mówimy naturalnie tu tylko o chorobach zakaźnych chirurgicznych, przyrannych.

Za punkt wyjścia służyła myśl profesora Kadera, czy nie możnaby było znaleźć środka, względnie sposobu nieswoistego uodporniającego ustrój ludzki przeciwko zakażeniu, wywołanemu dowolnym drobnoustrojem ropotwórczym, ewentualnie podnoszącego zdolności lecznicze ustroju do wysokości rozstrzygającej. Dopiero wówczas moglibyśmy walczyć skutecznie z nieprzyjacielem, który ustrojem naszym bądź już zawładnął, bądź zawładnąćby mógł. Rozwiązanie sprawy tej w całości, t. j. rozwiązanie wszystkich wchodzących tu w grę czynników poszczególnych, jest dziś jeszcze niemożebnem.

Z ogromnej całości postanowiłem przedewszystkiem zbadać doświadczalnie jedną małą część: sprawę zakażania otrzewnej królika paciorkowcami, czyniąc próby kliniczne zależnemi od wyników tych doświadczeń.

Doświadczenia moje, ogłoszone jeszcze w roku 1902 w Nr. 49 „Przeglądu lekarskiego", w krótkich słowach powtarzam. Tyczyły się one sposobu zapobiegania powstawaniu, a w razie powstania sposobu leczenia paciorkowcowego zapalenia otrzewnej królika zapomocą środków nieswoistych, a także surowicy swoistej.

Króliki zakażane były do otrzewnej jedną i tą samą minimalną śmiertelną dawką nadzwyczaj jadowitej hodowli paciorkowców.

Z szeregu doświadczeń (po szczegóły odsyłam do wzmiankowanej pracy) okazało się, że u królików zarówno środki swoiste, jak wyżej już wymieniona surowica, a także nieswoiste, jak zwykły pożywkowy bulion peptonowy, mogą mieć wpływ dodatni na przebieg zakażenia w roli dwojakiej: 1) jako środek ochronny (bulion i surowica swoista) i 2) jako środek leczniczy (surowica swoista).

Jako środek ochronny wystarczało użycie śródotrzewnowe na 24 godziny przed zakażeniem lub z niem jedno-

cześnie 2 ctm. sz. zwykłego bulionu peptonowego, albo swoistej surowicy. Do wstrzykiwania podskórnego używałem w tym samym celu tylko swoistej surowicy: 4 sz. ctm. jej chroniło zwierzę od śmiertelnej dawki hodowli paciorkowców.

W celach leczniczych wystarczało zawsze prawie dla otrzymania dodatniego wyniku wstrzyknięcie śródotrzewnowe lub podskórne swoistej surowicy w ilości około 5 sz. ctm., nie później jednak, jak 8 do 10 godzin po zakażeniu. Przekonałem się przytem, że w celach leczniczych zastosowanie surowicy podskórnie jest lepsze i pewniej prowadzi do celu.

Próbowałem również wstrzykiwań śródżylnych; zostałem jednak zmuszony ich zaniechać, a to dlatego, że 2 ctm. sz. wzmiankowanej surowicy stale wystarczały, ażeby w przeciągu paru minut u każdego w ten sposób leczonego królika wywołać nagłą śmierć. Prawdopodobnie następowało to wskutek działań hemolitycznych i pojawiania się we krwi zwierząt istot, działających trująco na ośrodki, niezbędne dla życia. Zator powietrzny był z całą pewnością wykluczony we wszystkich przypadkach.

Za najwybitniejszy wynik doświadczeń moich, uważam możebność sztucznego uodpornienia otrzewnej zwierzęcia przez stosowanie środków nieswoistych o tak wysokiej potencyi, że ustrój ten nie dopuszczał wcale do rozwoju zakażeń otrzewnej, dokonywanych bezwzględnie śmiertelną dawką pożywki paciorkowców.

Niemniej ważny dla następnego zastosowania go u ludzi jest i ten fakt, że środek uodparniający, w razie stosowania go podskórnie, działał uodparniająco nietylko równie dobrze, ale jeszcze skuteczniej, niż w przypadkach, w których wstrzyknięto go wewnątrz otrzewnej. Pozwala to nam dojść do wniosku, że chodzi tu nietylko o czysto miejscowe zmiany warunków, ale także o zwiększenie odporności całego ustroju.

Wobec faktów tych stosowanie tych samych zasad i środków uodparniających i leczniczych i u ludzi napraszało się samo przez się. Przystąpiliśmy też do tego w klinice naszej już w roku szkolnym 1902/3.

W pierwszej linii uwzględniliśmy operacye brzuszne. Operacye te w ręku chirurga, stojącego na wysokości nowoczesnej aseptyki, dają wprawdzie pod względem niebezpieczeństwa zakażenia otrzewnej przez sam zabieg wyniki najzupełniej zadowalniające, niejednokrotnie jednak mamy do czynienia z chorobami, w których w chwili, kiedy przystępujemy do zabiegu operacyjnego, zakażenie otrzewnej jest już dokonane, albo właśnie powstaje w czasie samego zabiegu. N. p. zapalenie wyrostka robaczkowego, — jak wogóle operacye z powodu zapaleń otrzewnej, potem niedrożność wewnętrzna, różne operacye jelitowe i żołądkowe i t. d. W razach takich podniesienie odporności chorego może rozstrzygać o wyniku zabiegu operacyjnego i przebiegu choroby.

W dalszym ciągu, otrzymawszy wyniki dodatnie w chorobach jamy brzusznej, zaczęliśmy stosować surowicę i w innych przypadkach zakażeń przyrannych i innych, bez względu na to, jakie drobnoustroje powodowały to zakażenie.

Używaliśmy głównie surowicy przeciw paciorkowcowej, wyrabianej w instytucie prof. Bujwida w Krakowie, oprócz tego stosowaliśmy surowicę wyrabianą przez prof. Paltaufa w Wiedniu i surowicę, Marmorka z Paryża. Ze środków nieswoistych używaliśmy wyjałowionego 0,7% roczczynu soli kuchennej i bulionu pożywkowego.

Surowicę stosowaliśmy w 16 przypadkach zakażeń septycznych.

5 razy w przypadkach zapalenia ucha środkowego, powikłanych z zapaleniem ropnem wyrostka sutkowego, zakrzepem w zatokach mózgowych, z ropnem zapaleniem opon mózgowych, w których doszło do zakażenia ogólnego.

4 razy w sprawach septycznych ogólnych: 3 — w sprawach spowodowanych zakażeniem ran po przypadkowym urazie na kończynach i w zakażeniu przyoperacyjnem.

4 razy przy przepuklinach uwięzniętych, z nich 2 przypadki powikłane z widocznemi zmianami w otrzewnej (w jednym z nich wykazano paciorkowca w płynie wysiękowym jamy otrzewnowej).

3 razy przy innych operacyach w jamie brzusznej, z nich jedna z wyraźnie klinicznie stwierdzonem zapaleniem otrzewnej po operacyi.

Z 16 przypadków tylko w trzech nie otrzymaliśmy żadnego działania środka na przebieg choroby.

Wzięta w stosunku odsetkowym kwestya ta przedstawia się następująco:

na 16 przypadków — w 3 nie zauważono żadnego działania, a więc w 18,45%;

w 6 przypadkach spostrzegano polepszenie stanu ciepłoty samej, lub też ciepłoty, tętna i niektórych objawów podmiotowych, jednak bez rozstrzygającego wpływu na przebieg samej choroby, a więc w 37,50%;

w 7 przypadkach udało się stwierdzić wpływ dobroczynny nietylko na poszczególne objawy chorobowe, ale i na pomyślny przebieg podstawowego cierpienia, a więc w 43,75%.

Przy szczegółowem badaniu wpływu surowicy na chory ustrój uderza nas przedewszystkiem wybitna jej zdolność do obniżania ciepłoty. We wszystkich przypadkaah, w których surowica była użyta do leczenia, ciepłotę mierzono co dwie godziny, ażeby dokładniej uświadomić sobie sposób i szybkość jej działania.

Oprócz 3 wyżej wspomnianych przypadków chorobowych, w których po zastrzyknięciu surowicy nie zauważono żadnego wpływu na chorego, we wszystkich innych stale można było wykazać obniżenie się ciepłoty już po upływie 2 godzin. Obniżenie to wahało się w pewnych granicach, a mianowicie między 0,3°—1,5° i postępowało nieraz w dalszym ciągu, przez co osiągało się jeszcze większe zmniejszenie się gorączki. W jednym n. p. przypadku po upływie 8 godzin od wstrzyknięcia 40 sz. ctm. surowicy, około południa, kiedy gorączka dosięgła 39·9°, otrzymaliśmy spadek ciepłoty o 2,9° t. j. do 37°. W innych przypadkach obniżenie się ciepłoty nie dosięgało takich znacznyh rozmiarów, często jednak wynosiło 1,0° do 1,5° C.

Już z zachowania się ciepłoty po wstrzyknięciu surowicy, można nieraz wnioskować o dalszym przebiegu choroby. Pomimo to, spadku ciepłoty, chociażby już we 2 godziny po zastosowaniu surowicy, nie można uważać za oznakę polepszenia stanu pacyenta. Zjawisko to dało się spostrzegać nawet w takich przypadkach, które z góry uważane były za stracone (jak n. p. dwa przypadki ropnego zapalenia wyrostka sutkowego, powikłane takiemże zapaleniem opon mózgowych). Wykazuje ono, że i w tych przypadkach surowica wywiera wpływ dodatni, chociaż przemijający.

W razach dalszego rozwoju sprawy chorobowej wraca ciepłota zwykle już po upływie 4—6 godzin od wstrzyknięcia surowicy do dawniejszego poziomu. Równocześnie z chwilowem opadaniem ciepłoty zauważyłem polepszenie niektórych objawów chorobowych; zmniejszał się ból głowy; chory stawał się spokojniejszym; jeżeli był przytomny, to nieraz sam zaznaczał, że się lepiej czuje. W przypadkach o niepomyślnem rokowaniu trwało to wszystko krótko, — mniej więcej równolegle do stanu ciepłoty. W przypadkach, w których spadek ciepłoty dokonywał się, chociażby nawet powoli, ale w ciągu dłuższego czasu i nie tak szybko wracał do stanu poprzedniego, rokowanie było daleko lepsze. W takich razach stan zmniejszonej gorączki trwał od 12—24 do 48 godzin i chociaż później osiągał znowu poziom poprzedni, jedno ponowne wstrzyknięcie surowicy sprowadzało zwykle ciepłotę do poziomu znacznie niższego, a nawet prawidłowego. (C. d. n.)

II. Uwagi wstępne o chorobach kątnicy[1]).

Podał

Prof. Dr. Walery Jaworski.

Kątnica *(caecum)* tworzy ruchomy worek, na 5—10 ctm długi, a 5—6 ctm. szeroki, osadzony na krezce, a otoczony zewsząd otrzewną. Na górnym brzegu wewnętrznej ściany kątnicy prawie pod kątem prostym uchodzi koniec jelita biodrowego (*ileum*), z którego, jak z rury poziomej do podstawionego naczynia wpływa treść z jelit cienkich do kątnicy, gdzie się zbiera i tu, jak radyoskopią stwierdzono, zatrzymuje się przez 4—5 godzin, poczem przechodzi do następującej części okrężnicy (*colon ascendens*). Czynność ta kątnicy jest mechaniczną, podobnie jak żołądka, który przesuwa nagromadzoną w sobie treść do dwunastnicy. Czynność mechaniczna kątnicy jest jednak trudniejszą, niż czynność innych odcinków jelit, z powodu właściwego jej położenia. U człowieka stojącego opada kątnica pod wpływem ciężaru nagromadzonej treści jelitowej znacznie na dół do miednicy, tem bardziej, że ciśnienie hidrostatyczne na dno kątnicy równa się całej długości (30—40 ctm.) okrężnicy wstępującej. Posuwanie się kału z kątnicy jest w wysokim stopniu utrudnione przez to, że kątnica musi działać w kierunku, przeciwnym kierunkowi siły ciężkości i ją pokonywać. Czynność kątnicy może też łatwo osłabnąć i łatwo może się wytworzyć jej niedowład (*atonia caeci*. Wtedy powstaje w niej zastoina, t. j. nadmierne nagromadzenie się ciągle z jelita biodrowego napływającej treści, która nie może być w tej mierze wydaloną, jak dopływa; wytwarza się rozszerzenie kątnicy (*ectasia caeci*). Zwiotczenie ścian, obciążenie i ciśnienie hidrostatyczne, działające na kątnicę, sprawiają, że kątnica się znacznie obniża i głęboko do miednicy opada (*typhloptosis*). Powstają przez to dolegliwości czuciowe w zatoce biodrowej prawej i w miednicy, które się powiększają, jeżeli chory wykonywa szybkie ruchy, a ustają, jeżeli się położy. Zastoina w kątnicy i następowe dolegliwości zwiększają się jeszcze bardziej, jeżeli do działania ciśnienia hidrostatycznego i siły ciężkości dołącza się zatrzymanie mas kałowych w okrężnicy wskutek zaparcia stolca. Wtedy kątnica nie może opróżnić się, lecz napełnia się treścią, która odpływa z jelita biodrowego, a nie może powrócić przez zastawkę kątniczą, przeto rozszerza kątnicę i tworzy w niej guz kałowy (*coprostasis caeci*) z właściwymi tej sprawie objawami podmiotowymi.

[1]) Urywek z dzieła zbiorowego: Nauka o chorobach wewnętrznych, wydawanego przez prof. W. Jaworskiego.

Dłuższe przebywanie treści kałowej w kątnicy sprawia rozkład, gnicie, tworzenie się ciał rozkładowych i gazów, które sprawiają uczucie wzdęcia (*flatulentia caeci*) od pachwiny prawej aż do wątroby. Kątnica jest dla bakteryi najdogodniejszym zbiornikiem, w którym one mają czas opadać na dno (sedymentacya), rozwijać się, wytwarzać toksyny, osadzać się na błonie śluzowej i drążyć do grudek limfatycznych. Podobnie i drobne ciała obce (włókna roślinne, pestki, ziarna i t. p.), jakoteż i większe (kamyki żółciowe, jelitowe, połknięte przedmioty) zatrzymują się najczęściej w kątnicy wskutek utrudnionego odpływu kału. Stąd przez drażnienie powstaje na błonie śluzowej kątnicy nieżyt (*typhlitis catarrhalis*), przez ucisk mas kałowych i przez działanie bakteryi wrzody odleżynowe (*typhlitis stercoralis ulcerosa*), a nawet przebicie ściany (stosunkowo rzadko) do jamy otrzewnej, z następowem zapaleniem okołokątniczem (*perityphlitis*). Z drobnych ciał, osadzających się na dnie kątnicy, tworzą się kamyki jelitowe (*coprolithes*), które właśnie w kątnicy biorą swój początek.

Zastoina w kątnicy jest przyczyną, że bakterye chorobotwórcze nagabują ze wszystkich odcinków jelit najwięcej kątnicę i sąsiedni odcinek jelita biodrowego, sprawiając zmiany najczęściej w postaci owrzodzeń. Przedewszystkiem jest to ulubione miejsce zatrzymywania się prątków gruźliczych, połkniętych z plwociną (*tuberculosis caeci*); bywają tu często owrzodzenia durowe, a czasem i czerwonkowe i promienicze (*actinomycosis*). Zbiornik kątniczy, tak trudno odnawiający swą treść, jest dogodnem wylęgowiskiem dla czerwiów jelitowych, z czego najwięcej korzysta włosogłówka i glistnica.

W gorszem jeszcze położeniu jest wyrostek robaczkowy. Znajduje on się niżej od kątnicy, to też treść zastoinowa z kątnicy łatwo się do niego dostaje, a z trudnością tylko wydostać się może, gdyż jego siła mięśniowa jest zbyt słaba, aby przeciwdziałać sile ciężkości i ciśnieniu hidrostatycznemu w kątnicy i opróżnić się z treści. Sprawa zastoinowa w wyrostku robaczkowym wiedzie łatwiej i prędzej do zmian chorobowych, niż w kątnicy, a kończą się one dość często zgorzelą i przebiciem wyrostka (*appendicitis perforativa*) z następowem zapaleniem okołokątniczem (*perityphlitis*).

Ze wszystkich odcinków jelit jest kątnica jeszcze najdostępniejszą dla badania zewnętrznego. Czujemy ją u człowieka leżącego w górnej części zatoki biodrowej prawej, najczęściej na mięśniu lędźwiowoudowym *(m. psoas)* jako wałek gładki, podatny, miękki, przesuwalny, grubości palca wskazującego lub cieńszy. W odległości $^1/_3$ od kolca górnego kości biodrowej prawej (*spina anterior superior ossis ilei*) przecina kątnica prawa połowę linii pionowej, łączącej kolce biodrowe górne. W łączności z kątnicą wyczuwa się przedłużający się ku górze wałek: okrężnicę wstępującą (*col. ascendens*). Kruczenie przy ucisku bywa w kątnicy bardzo niewyraźne. Czasem sprawia kątnica, z powodu swej gładkości i ruchomości, wrażenie nerki opadłej. Bywają przypadki, w których nie można kątnicy wybadać z powodu jej wiotkości, albo nieprawidłowego położenia; może ona leżeć niekiedy wysoko pod prawym płatem wątroby, a przy opadnięciu w miednicy małej.

Choroby kątnicy są częste. Trudno je jednak odróżnić od chorób wyrostka robaczkowego, gdyż sprawa chorobowa przebiega na tym samym obszarze. Nadmienić jednak należy, że choroby kątnicy przebiegają ze zmianami w składzie kału i zaburzeniami w oddawaniu stolca, czego w zajęciu samego tylko wyrostka robaczkowego niema. Choroby wyrostka robaczkowego łatwiej przechodzą na otrzewną i w swych następstwach są groźniejsze, niż choroby kątnicy. Przy rozpoznaniu wątpliwem, wobec groźniejszych ostrych objawów, skłaniać się będziemy bardziej do rozpoznania choroby wyrostka, niż kątnicy.

III. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

Podał

Dr. W. Chlumský,

Docent chirurgii i ortopedyi Uniw. Jag.

Mięsienie, jako zabieg leczniczy, stosujemy dziś z powodzeniem w różnych chorobach. Przyznać jednak trzeba, że nazbyt jeszcze często zapoznajemy mięsienie tam, gdzie zastosowanie jego mogłoby dać pomyślne wyniki, a cierpienia chorego znacznie złagodzić. Przyczyny tego zapoznania szukać należy bądź w niedocenianiu mięsienia, bądź też w nieumiejętności wykonywania jego. Dlatego nigdy dość nie przestaniemy powoływać się na zdanie wybitnych lekarzy, którzy sądzą, że wykonywanie mięsienia winno być zadaniem li tylko lekarzy i że ci ze swej strony nie powinni się wstydzić wyuczenia się jego i własnoręcznego wykonywania

Mięsienie wobec ogólnego dziś jeszcze zaniedbywania jego przez sfery lekarskie, wykonywa się przeważnie przez osoby niepowolane, które o chorobie i leczeniu przeważnie nie mają pojęcia. Następstwem tego bywa to, że stosowanie mięsienia jest albo zgoła beskuteczne, albo też skutki jego nazbyt są skromne; a nawet — co gorsza — zdarza się, że mięsienie bywa stosowane tam, gdzie pomocy żadnej przynieść nie może, a sprawę chorobową tylko pogarsza, co wpływa naturalnie na zmniejszenie jego znaczenia i staje się powodem, że lekarze tak często zapoznają je.

Z tych względów, sądzę, nie będzie od rzeczy przytoczyć te cierpienia, w których z powodzeniem stosować możemy mięsienie, i określić sposób postępowania w tych przypadkach chorobowych.

Choroby, o których nam mówić wypadnie, dzielimy dla lepszej oryentacyi na 1) choroby kości; 2) choroby stawów; 3) choroby ścięgien i pochewek ścięgnistych; 4) choroby mięśni; 5) choroby nerwów, rdzenia pacierzowego i mózgu; 6) choroby serca i naczyń; 7) choroby przewodu pokarmowego.

Stosujemy również mięsienie w chorobach uszów, nosa, gardła, oczów i w chorobach męzkich i żeńskich narządów płciowych. Dział ten jednak pominiemy ze względu na to, że stosowanie mięsienia w cierpieniach tych narządów osobnych wymaga wiadomości; należy je więc pozostawić lekarzom-specyalistom, którzy potrzebne wskazówki znajdą w zawodowem piśmiennictwie.

I. Mięsienie w chorobach kości.

Najczęściej stosunkowo wykonywujemy mięsienie w skrzywieniach kości — tak wrodzonych, jak i nabytych, chociaż mięsieniem oczywiście krzywych kości wyprostować bezpośrednio nie możemy; wzmacniamy jednak mięśnie, które wpływają potem na wyprostowanie kości, zwłaszcza tych, które jeszcze nie ukończyły wzrostu swego. Rozumie się, że w skrzywieniach kości stosujemy jeszcze oprócz mięsienia zabiegi inne, jak wyrównywania ręką, opatrunki, przyrządy. Środki te jednak, stosowane same przez się, są powodem upośledzenia czynności dotyczącego narządu, przedewszystkiem jego mięśni, które słabną, a nawet zanikają — zwłaszcza wtedy, gdy opatrunek lub przyrząd unieruchomiają je przez czas dłuższy. Tu znowu zastosowanie wczas mięsienia przeciwdziała zanikowi mięśni i dopomaga podjętemu leczeniu.

Pierwsze miejsce pośród skrzywień kości zajmują:

A) Skrzywienie boczne kręgosłupa (*scoliosis*), garb (*kyphosis*), połączenie obu powyższych zboczeń (*kypho-scoliosis*), piersi skośne (*pectus obliquum*) i nadmierne przodozgięcie kręgosłupa (*lordosis pathologica*).

We wszystkich tych skrzywieniach stosujemy mięsienie z wyjątkiem skrzywień, powstałych na tle chorób zakaźnych (gruźlica, promienica, kiła), w których — w pierwszych zwłaszcza okresach choroby — mięsienie wprost szkodzi.

Skrzywienie kręgosłupa jest wadą częstą, tworzy bowiem dwie trzecie skrzywień kości wogóle i dlatego stawiamy je na pierwszem miejscu, chociaż, jak powiedzieliśmy wyżej, mięsienie nie wyrównywa kości samo przez się. W przeważnej liczbie przypadków chodzi tu o dzieci wątłe, źle odżywione, o układzie mięśniowym słabym, który wskutek tego nie może utrzymać kręgosłupa w należytej równowadze; kręgosłup więc chwieje się to w jedną, to w drugą stronę, a wyprowadzony ze swego prawidłowego położenia przez czas dłuższy, przyzwyczaja się do tego zboczenia, czyli staje się krzywym. Tłómaczenie to nie jest wprawdzie ścisłem, lecz wyjaśnia nam bądź co bądź dostatecznie sposób powstawania najczęstszych skrzywień kręgosłupa, czyli t. zw. skrzywień nawykowych (*scoliosis habitualis*). Jeżeli więc mamy leczyć dziecko z rozpoczynającem się skrzywieniem kręgosłupa, to już samo stosowanie mięsienia wystarczyć może do pokonania wady; kości bowiem same w tym przypadku krzywe nie są, lub wykazują tylko nieznaczne zmiany. Przez mięsienie grzbietu wzmacniamy dotyczące mięśnie, a tem samem doprowadzamy kręgosłup do równowagi. Kości zostają utrzymane w położeniu właściwem, a zboczone doń powracają; dalszy zaś ich wzrost odbywa się już prawidłowo. Mięsienie, wykonywane wczas i należycie ręką doświadczonego lekarza, może dać w przypadkach podobnych piękne wyniki i zapobiedz niejednemu nieszczęściu, które zagraża kalectwem i dalszemi jego następstwami.

Naturalnie w lżejszych przypadkach używamy obok mięsienia i innych środków leczniczych, które zalecane bywają i z przyczyn ubocznych. Czasem bowiem trudno oznaczyć, czy wada, którą mamy leczyć, jest zawiązkiem choroby, czy też jest już zmianą dalszą, wobec której mięsienie samo już jest bezsilne. Dlatego i w przypadkach nawet na pozór lżejszych i mogących uchodzić za sam początek choroby, stosujemy także odpowiednie ćwiczenia ciała (gimnastyka), a gdzie się to da przeprowadzić, to i ćwiczenia na przyrządach, umyślnie w tym celu sporządzonych. Chorzy tacy zatem powinni się zwracać do lekarzy, posiadających te przyrządy, a jednocześnie i przedewszystkiem posiadających należyte w tym kierunku doświadczenie

Pamiętać zawsze jednak należy, że nawet przypadki, uznane jako lżejsze, sprawiają nieraz lekarzowi w ciągu leczenia nie małe trudności, a nawet stan może się pogorszyć i tylko z największych wysiłkiem udaje się powstrzymać dalszy rozwój choroby.

Przypadki te jednak na szczęście nie są zbyt częste. Z własnej praktyki przypominamy kilka podobnych przypadków, w których chodziło o dzieci, leczone od samego początku; rodzice nie zaniedbali niczego dla uratowania ich zdrowia: na nieszczęście jednak początkowe leczenie powierzone było w ręce niedoświadczone, t. zw. partaczy, nic więc dziwnego, że w następstwie tego wyrabia się potem żal do leczenia mięsieniem wogóle. A właśnie partaczom tym powierzano do niedawna prawie wyłącznie tego rodzaju chorych.

W skrzywieniach kręgosłupa wzmacniamy mięsieniem nie tylko mięśnie grzbietu, lecz staramy się usunąć wszelkie wpływy, działające nań ujemnie. Zabraniamy więc dzieciom długiego siedzenia w szkole, długich ćwiczeń na fortepianie przeciążania zadaniami pisemnemi, rysunkami, robótkami ręcznemi, szyciem i t. p. Wymienione bowiem wysiłki wyczerpują mięśnie grzbietu i powodują wyginanie się części górnej kręgosłupa w stronę prawą, przyczem znużone mięśnie nie są w stanie utrzymać kręgosłupa w równowadze, a skrzywienie chwilowe staje się stałem.

Niestety zbyt często nie bywa rozpoznaną właściwa przyczyna skrzywienia kręgosłupa, i zamiast racyonalnego leczenia stosuje się nawet i wtedy znów tylko półśrodki. Tu często tak rodzice, jak niestety i domowy lekarz szuka

po cennikach różnych sławnych bandażystów odpowiednich „gradehalterów“, gorsetów lub bandaży, mających utrzymać w równowadze ciało dziecka. Przez założenie sprowadzonego gorsetu lekkie początkowe skrzywienie wyrównywa się na pozór, lecz układ mięśniowy — już osłabiony — przestaje obecnie pracować. A w końcu jaki nastaje wynik? Ten, że dziecko bez przyrządu nie może się już zgoła utrzymać w równowadze. A ponieważ gorset nie może w przeważnej liczbie przypadków podobnych przywrócić ciału dziecka zupełnej równowagi, a tylko zakrywa przed okiem rodziców nieszczęsne kalectwo, więc skrzywienie kręgosłupa zamiast zmniejszać się, zwiększa tak, że po kilku miesiącach rodzina dziecka zostaje zaskoczoną nieoczekiwanem powstaniem zupełnego garbu.

W przypadkach bardziej posuniętych stosujemy prócz mięsienia wyrównywanie skrzywień zapomocą licznych na ten cel obmyślanych i zrobionych przyrządów ortopedycznych. Wyrównywanie to wykonywamy z większem lub mniejszem natężeniem, co zwłaszcza w początkach nie jest wcale dla chorego przyjemne. Cierpienia jednak, z tem połączone, wnet ustępują, a lekarz przy zastosowaniu mięsienia i ćwiczeń gimnastycznych obok przyrządów, może wstrzymać dalszy rozwój choroby, a nawet osiągnąć zupełne wyleczenie. Naturalnie leczenie bywa tem dłuższe, im choroba dalej jest posuniętą. Według osobistego naszego doświadczenia skrzywienia znacznie nawet posunięte dają się wyrównać, jeżeli chory i lekarz są uzbrojeni w dostateczną cierpliwość. Wiek chorego ma przytem także wielką wagę: u dzieci do czwartego lub piątego roku życia leczenie jest naturalnie połączone z większemi trudnościami, niż u dzieci starszych. Po roku czternastym lub piętnastym staje się leczenie znów trudniejszem; jednak i u chorych, którzy przeszli dwudziesty rok życia, mieliśmy często dobre wyniki lecznicze.

Mięsienie w skrzywieniach kręgosłupa wykonywujemy tak samo, jak zwykle przy mięsieniu grzbietu; przytem wagę główną kładziemy na głaskanie (*effleurage*) i ugniatanie (*petrissage*). Klepania (*tapottement*) nie wykonywamy bądź to zupełnie, bądź też czynimy to nader lekko. Niektórzy autorowie sądzą, że zbyt silne i dłuższy czas stosowane klepanie spowodować może obsuwanie się niektórych narządów w jamie brzusznej, mianowicie nerek, wątroby, a nawet jelit i żołądka. Ponieważ mamy najczęściej w tych przypadkach do czynienia z chorymi o budowie wątłej, skłonnymi do wszelakich schorzeń, z tego powodu unikamy wszystkiego tego, co mogłoby ułatwiać powstanie wyżej wymienionych cierpień. Zaznaczyć jednak musimy, że sami nie zauważyliśmy dotąd nigdy powstania tych obsunięć wewnętrznych narządów w następstwie klepania. Czas jednego mięsienia winien trwać cztery lub pięć minut, a najwyżej ośm do dziesięciu. Zwykle wystarcza jedno mięsienie dziennie, chociaż tam, gdzie można, poleca się wykonywanie go dwa razy na dzień. Całe leczenie trwa w lżejszych nawet przypadkach trzy do czterech miesięcy, w ciężkich do kilku lat.

(C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. C. H. Stratz. **Die rechtzeitige Erkennung des Uteruskrebses.** Ein Wort an alle praktischen Aerzte. *(Stuttgart — Verlag v. Ferd. Enke, 1904).*

Wyszedłszy z założenia, że każdy rak macicy jest wyleczalny, jeżeli się go zawczasu operuje, a zatem jak długo jest jeszcze cierpieniem miejscowem, poświęcił autor niniejszą pracę zwalczaniu go, w przekonaniu, że do zupełnego zwycięstwa w tej ciężkiej walce z rakiem przyczynić się mogą głównie lekarze praktyczni, gdyż tylko od wcześnie postawionego przez nich rozpoznania zależy życie kobiety oddanej ich pieczy i wynik operacyjny „*bis dat, qui cito dat*“. Często wystarczy już rozpoznanie prawdopodobieństwa, a pewnem staje się ono na podstawie dalszego badania drobnowidowego; należy jednak pamiętać, że ujemny wynik tego badania nie wyklucza jeszcze na pewno raka, ale w połączeniu z klinicznem podejrzeniem obowiązuje do dalszej pilnej obserwacyi. Uzyskanie wprawy w rozpoznaniu prawdopodobieństwa raka macicy początkującego, oraz technika i badanie histologiczne, o ileby je mógł na krótkiej drodze przeprowadzić każdy lekarz praktyczny, stanowią wytyczne niniejszej pracy. Część pierwsza zajmuje się objawami klinicznymi. Do podmiotowych należą: późny wiek chorej, życie w biedzie, przebycie wielu porodów i dobre wejrzenie. Do przedmiotowych: krwawienia i odchody. Bole w pierwszym okresie raka występują tak rzadko, że raczej przemawiają przeciw jego istnieniu. Krwawienia mogą wystąpić jużto jako silniejsze i dłużej trwające miesiączki, jużto jako krwotoki nieregularne, a bardzo podejrzane są krwotoki w okresie przejściowym, szczególnie jeżeli występują w rok lub więcej po zupełnem ustaniu regularności; wreszcie ważne znaczenie rozpoznawcze mają krwawienia przypadkowe, wywołane już najlżejszem dotknięciem tkanki podejrzanej, n. p. przez ucisk, wywołany twardym stolcem, spółkowaniem, badaniem lekarskiem i t. p. Niemniej ważne znaczenie mają i odchody, mimo że w początkowym okresie raka wcale nie są cuchnące, brudne i obfite; owszem charakterystyczne dla tego okresu są odchody jasne, surowicze, skąpe, podobne do popłuczyn mięsnych, a czasem czerwone lub brunatne, wskutek domieszki krwi. W nieżytach są odchody śluzowe lub ropne, mleczne i zwykle obfite. Szczególnie podejrzane są odchody, jeżeli występują nagle, okresowo i u kobiet, które przedtem nigdy się na nie się nie skarżyły. W II-giej części omawia autor rozpoznanie kliniczne raka w pierwszym okresie. Należy pamiętać, że bezpośrednio dla oka dostępnym jest tylko rak części pochwowej, a czasem kanału szyi, a nigdy trzonu macicy. Prawidłowy więc obraz wziernikowy szyi zupełnie nie wyklucza raka błony śluzowej trzonu. Największe trudności rozpoznawcze przedstawia rozróżnienie wrzodu rakowego od zwykłego, gruźliczego, kiłowego i innych. Pierwszy jest wyraźniej odgraniczony od tkanki zdrowej; powierzchnia przybrzeżna leży niżej od otoczenia zdrowego, a wyczuwa się go jako tkankę drobnoziarnistą, dającą się łatwo ugnieść, o wejrzeniu matowo-żółtem, krwawiącą łatwo przy dotknięciu. Wrzód zwykły przechodzi pomału w tkankę zdrową, ma powierzchnię gładką, różowo-niebiesko połysku jącą, wznoszącą się ponad powierzchnię zdrowej błony śluzowej. Podobnie omówione jest rozpoznanie różniczkowe między innymi wrzodami; dalej drogi, jakiemi rak się rozszerza i rozpoznanie różniczkowe między naciekiem rakowatym tkanki przymacicznej i dróg chłonnych, a zmianami zapalnemi w nich. Badanie to jest ważne ze względu na możliwość operowania doszczętnego. W III-ciej części wreszcie zajmuje się autor techniką, badaniem i rozpoznaniem anatomicznem raka początkującego, wrzodu rakowego i mas wyskrobanych z szyi i trzonu macicy. I tu także przemawia autor do lekarza praktycznego, podając mu metody badania, nie wymagające dużo czasu, a przecież pewne i popierając swe wywody teoretyczne licznemi, bardzo wyraźnemi rycinami, drukowanemi i kolorowemi. Kilka słów, poświęconych zachowaniu się lekarza wobec chorych, dotkniętych rakiem początkującym, kończy tę zajmującą monografię. Autor wie bardzo dobrze, z jakiemi trudnościami i uprzedzeniami lekarz ma do walczenia, aby chorą, która napozór czuje się zupełnie zdrową i przyszła do niego z powodu nieznacznych tylko dolegliwości, namówić do operacyi, która bądźcobądź jest zabiegiem ciężkim, ale zarazem rozstrzyga o życiu i śmierci chorej. Teraz skoro już minęły czasy, kiedy staliśmy bezradni wobec raka nawet początkującego, powinno być obowiązkiem każdego lekarza złamać to uprzedzenie publiczności, że rak jest cierpieniem nieuleczalnem, a wraz z tym strasznym obrazem niewyleczalności zniknie i zgroza, jaką u laików wywołuje samo słowo „rak“. Owszem możliwość wyleczenia spowoduje wiele kobiet do szukania pomocy lekarskiej wcześnie i prędzej je skłoni

do poddania się operacyi. W przypadkach więc wątpliwych należy chorej wprost powiedzieć o możliwości wyleczenia cierpienia rakowatego, a zataić jej straszną prawdę tylko tam, gdzie cierpienie jest już daleko posunięte, istotnie nieuleczalne.

Taką jest treść monografii, która bez wyliczania i krytykowania najrozmaitszych teoryi o powstaniu i przebiegu raka, bez zagłębiania się w bardzo powikłaną czasem budowę anatomiczną tych nowotworów, ale krótko i zwięźle, a przytem jasno i wyraźnie omawia wszystko, co tylko lekarz praktyczny mógłby zużytkować celem wczesnego rozpoznania cierpienia. Czytelnik znajdzie tu nadto liczne cenne uwagi praktyczne i wiele zajmujących przykładów, zaczerpniętych z własnej praktyki i bogatego doświadczenia autora. Tak szlachetne zamiary i szczytny cel, które kierowały myślami jego przy pisaniu tej pracy, już same przez się przemawiają za doniosłem jej znaczeniem. Jednostki niewiele tu jednak pomogą: to też praca ta dopiero wtedy spełni swe zadanie, jeżeli się znajdzie w rękach wszystkich lekarzy, na co istotnie zasługuje tembardziej, że mając niejako cechy pracy popularnej jest z każdego względu dla nich przystępną. *Dr. E. Ehrenpreis.*

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Milchner. **Marskość wyskokowa wątroby u ośmioletniej dziewczynki. Operacya Talmy.** (*Therapie der Gegenwart*, XII, 1904). U ośmioletniej dziewczynki, która od 4-go roku życia dostawała codziennie flaszkę piwa, często też i wódki (żytniówki z rumem), rozpoznano marskość wątroby w okresie zaniku, oraz zastoinowy wolny płyn w jamie brzusznej. Za punkt wyjścia zastoju należy uważać wątrobę, gdyż w moczu, dotąd zupełnie prawidłowym, stwierdzono lewulozę w 3 godziny po wewnętrznem jej zastosowaniu. Środki na wewnątrz podawane, jak naparstnica, diuretyna i teocyna równie były bezskuteczne, jak częste nakłucia; wobec tego zdecydowano się na wykonanie zabiegu Talmy. Rozszerzenia lub przekrwienia żył w jamie brzusznej i w trzewach nie było i mimo że operacya sama dobrze się udała, dziecko zmarło w 14 dni później wskutek osłabienia serca. Podczas tego okresu puchlina wodna wprawdzie wróciła, ale nastąpiło i wydatne rozszerzenie żył na powłokach brzusznych i klatce piersiowej, co stanowi wyraz zewnętrzny odprowadzenia krwi żyły bramnej drogą żyły nadbrzusznej górnej i prócz tego jest pierwszym warunkiem udanej operacyi Talmy. Wobec braku wszelkich objawów przewlekłego zapalenia otrzewnej, nie rozszerzonych żył i zaniku sieci, wyraźnie wykazanych podczas zabiegu chirurgicznego, wnioskuje autor, iż puchlina w jamie brzusznej nie zawsze przychodzi do skutku z powodu przeciążenia narządu krążenia w zakresie żyły bramnej, tylko że napoje wyskokowe, jak w niniejszym przypadku, działały trująco na naczynia krwionośne i spowodowały ich schorzenie, a z niem i wystąpienie wolnego płynu; dalej wnioskuje M., iż zabieg może się udać, choćby w sieci nie było żył rozszerzonych. *Korm.*

J. Albarran. **O krwiomoczu w zapaleniach nerek.** (*La Presse médicale* 1904, Nr. 83). Do niedawna uważano, że tylko rak, kamyki i gruźlica mogą stać się przyczyną krwawień z nerek. Autor od roku 1898 wskazuje na to, że w tak zwanym krwiomoczu właściwym (*les hématuries essentielles*) można zawsze wykryć widoczną przyczynę broczenia; czy to w postaci nerki ruchomej, retencyi nerkowej, czy też zwłaszcza zapoznawanych dotąd zapaleń nerek, które niewątpliwie krwawienie wywołują. To zapatrywanie znalazło zwolenników we Francyi (Malherbe, Legueu), oraz w Niemczech (Israel). W ostatnich wszelako czasach znowu wszczęła się dyskusya, w której po stronie Albarrana staje część autorów (Lewit), inni zaś (Pel, Roff, Senator) przeczą istnieniu krwawień z przyczyny zapalenia nerek. Albarran na podstawie swoich spostrzeżeń klinicznych broni swego zapatrywania. Przedewszystkiem stwierdzamy już we wszystkich przypadkach raka, kamyków, gruźlicy i uszkodzeń stany zapalne nerek różnego stopnia. Co do samych zapaleń, to wyróżnić musimy zapalenia ostre i przewlekłe. Krwiomocz w zapaleniach ostrych dawno jest znany, a często schodzi na drugi plan wobec innych zjawisk, cechujących tę chorobę. Czasem pojawiają się krwawienia, stwierdzane tylko drobnowidem, w których krew, wychodząca z drobniutkich naczyń w kłębkach lub kanalikach nerkowych, z powodu nieznacznej ilości nie wystarcza do zabarwienia moczu. Niekiedy bywają atoli krwawienia obfite, utrzymujące się przez 5—6 tygodni. Liczni autorowie (Trousseau, Rayer, Bartels, Cornil, Albarran) wykazali ten krwiomocz w płonicy, róży, przy użyciu pryszczawek (*cantharis*). Takie krwawienia bywają też w przewlekłych zapaleniach nerek zaostrzających się pod wpływem zaziębienia, użycia pewnych leków, lub nadużycia wyskoku. Co do zapaleń przewlekłych nerek, to jednę ich kategoryę stanowią 1) zapalenia rozlane (*néphrite diffuse*). Stwierdzamy je zapomocą spostrzeżeń klinicznych, zabiegów chirurgicznych, lub autopsyi. Co do spostrzeżeń klinicznych, to materyał w piśmiennictwie jest nader obfity. Tak samo jest znaczna liczba autorów, którzy przy przypadkach krwiomoczu spostrzeganego za życia znajdowali przy sekcyi zmiany odpowiadające chorobie Brighta. Przypadki operowane wykazywały zapalenie przewlekłe rozlane nerek obustronne lub jednostronne, z których drugie operowane były z wynikiem pomyślnym. Krwiomocz przebiega w przewlekłych rozlanych zapaleniach śród różnych warunków: *a*) jako objaw przewlekły towarzyszący obrzękom, przerostowi serca i mocznicy; *b*) krwiomocz poprzedza przewlekłe zapalenie i jest pierwszym początkowym objawem schorzenia nerek; *c*) krwiomocz jest jedynym i wyłącznym objawem choroby Brighta. Ten rodzaj krwiomoczu nerkowego cechuje się nadto zazwyczaj bolem nerkowym, czem się różni od raka. Krwiomocz tedy długotrwały, nie zmieniający się pod wpływem spokoju, któremu towarzyszą bole, jest dość charakterystycznym krwiomoczem nerkowym; *d*) w niektórych wreszcie przypadkach pojawia się u chorych od czasu do czasu ślad białka 0·02—0·04 wałeczki szkliste i nieliczne czerwone ciałka krwi, lub wałeczki krwawe. Ważną jest ta okoliczność, że objawy mogą być jednostronne tylko, jakkolwiek schorzenie dotyczy obu stron. Z tych wyników po zabiegach chirurgicznych dziś możemy już w wielu przypadkach uniknąć, mając możność szczegółowego oznaczania czynności każdej nerki z osobna.

2) Drugą kategoryę zapaleń przewlekłych nerek, połączonych z krwiomoczem, stanowią zapalenia ogniskowe (*néphrites parcellaires*). Badanie tej kategoryi opiera się wyłącznie na studyum nerek operowanych. Zrosty tkanki kolonerkowej, zaciągnięcia lub zgrubienia powierzchni nerkowej, ścieńczenie warstwy korowej, drobne torbiele, rozmaitość zabarwienia, stanowią w tych przypadkach cechę makroskopową. Niekiedy atoli dopiero badanie drobnowidowe potwierdza istniejące w miąższu zmiany, na które stan moczu wskazywał. Takie ogniska chore niekiedy trudno odnaleść. Klinicznie, prócz obecności białka i wałeczków, spotykamy krwiomocz pojawiający się nagle, trwały, a nie zmieniający się pod wpływem spokoju ani ruchów, zazwyczaj jednostronny, częstokroć powracający. Autor polemizuje z wywodami Senatora, który zaprzecza jakoby przewlekłe zapalenie nerek było zdolne do wywoływania krwiomoczu. *Dr. M. Blassberg.*

Th. Rosenheim. **Leczenie dyetetyczne przewlekłych rozległych nieżytów jelit.** (*Therapie der Gegenwart*, XII, 1904). Mimo że dyeta stanowi najważniejszy czynnik leczniczy w zaburzeniach żołądkowokiszkowych, lekarze nietylko nie zgadzają się co do jej stosowania w pewnych sprawach chorobowych przewodu pokarmowego, ale wprost przeciwne mają nieraz zdanie o niektórych środkach spożywczych, zajmujących w dyetetyce pierwsze miejsce, jak np. o mleku, mięsie, jarzynach itp. I tak podczas gdy Nothnagel, Ewald i autor są zwolennikami mlecznej dyety, Boas, Rosenfeld i inni uważają ją przy tych samych cierpieniach za szkodliwą. Zastanawiając się nad przyczynami tych tak odmiennych zapatrywań, zwraca R. uwagę na to, iż rozmaite biegunki przewlekłe na tle nieżytowem wcale nie stanowią jednolitej choroby; iż o ich nasileniu i charakterze rozstrzyga okoliczność, czy jelito grube, czy cienkie jest zajęte nieżytem, a jeśli nieżyt zajmuje oba, czy się to dzieje w równej mierze, czy nie?; dalej odgrywa tu rolę fakt, czy przeważają sprawy gnicia, czy też kiśnienia w schorzałym narządzie?; nareszcie czy i jakie istnieją powikłania ze strony innych narządów, jak np. żołądka, wątroby, układu nerwowego itd.? Z tego punktu widzenia traktując rzecz, wnioskuje autor, że jedna i ta sama dyeta nie może odpowiadać wszelkim możliwym sprawom, naglówkiem powyższym objętym; jakąkolwiek jednak ona będzie, nie powinna być drażniącą, ani trudno wessalną, o tem w pierwszym rzędzie pamiętać należy. Przechodząc po kolei różne systemy dyetetyczne, zaleca autor w biegunce przewlekłej zupełne unikanie mleka podczas pierwszych 4—6 tygodni, a nieraz i miesięcy; dopiero wtedy, gdy się jelito cienkie zupełnie uspokoi, dodaje go w małych dawkach do innych napojów (do herbaty lub kakao) i legumin; ściśle do tego trzeba zastosować się w sprawach, gdzie przeważnie jelito cienkie ma skłonność do nieżytu, gdyż mleko podawane w takich przypadkach sprawia wzdęcie, gniecenie i tym podobne dolegliwości, wzmagając przytem biegunkę; natomiast stosuje

wtedy potrawy mięsne, rybne, klejkowate, dalej jaja, ryż, grysik, sago, herbatę, w małych ilościach wino czerwone, masło i cukier; takiemu wiktowi nadął R. nazwę dyety jelita cienkiego (*Dünndarmdiät*). W sprawach nieżytowych jelita grubego rzecz przedstawia się inaczej: widzimy, jak chorzy na czerwonkę doskonale znoszą mleko, jak ono prawie zbawiennie działa na przebieg choroby, gdyż białko mleka w połączeniu z cukrem mlecznym większy stawia opór zarodkom gnilnym, wstrzymując ich rozwój, aniżeli białko mięsa lub jaja. We wszystkich przypadkach, gdzie mleka nie wolno podawać w większych ilościach, ułatwia autor jego strawność dodatkami przetworów wapiennych (jak woda wapienna 1—2 łyżek stołowych, fosforan wapniowy 3—5 grm. na 150 grm. mleka), lub małej dawki kwasu salicylowego (0·3: 1½ litra); gdy zaś chorzy nie znoszą ani czystego mleka, ani też zaprawionego powyższymi dodatkami, tam próbować jeszcze trzeba stosowania kefiru, lub mleka pegninowego itp., ale prawie zawsze z miernym skutkiem. Posługuje się też autor w sprawach nieżytowych jelit lekami, stosowanymi w podobnych zaburzeniach żołądka, podaje więc w odpowiednich przypadkach kwas solny, podazotan bizmutowy, azotan strychniny itd., wystrzega się jednak zasad, tak pożytecznych dla żołądka przy nadmiernej kwasocie, jelitom zaś nie sprzyjających. Co do ilości podawanych pokarmów, to jest ona bardzo zmienną i zależy od wielu czynników; ale autor, czy to przy mlecznej, czy przy mięsnej dyecie, doradza przechodzić od małych stopniowo do większych porcyi. I tak np. przy wyłącznem odżywianiu mlekiem, jak to ma miejsce w sprawach zapalnych żołądka, jelita grubego, przy powikłaniach trzustkowych, zwyrodnieniu narządów, w gruźlicy gruczołów krezkowych, podaje autor i 3 litry mleka oprócz pewnej ilości węglowodanów pod postacią mąki, krup, sago itd. Dyety tej (*Dünndarmdiät*), przeważnie mięsnej, trzyma się autor bezwzględnie i co najmniej 2—3 tygodni i w przypadkach nieżytu jelita cienkiego: poczem rozszerza nieco jej granice w ten sposób, iż raz na 2—3 dni chory otrzymuje małe ilości jarzyn rozgotowanych i przefasowanych (purée) i nieznaczne dawki mleka z herbatą lub kakao; przewód pokarmowy chorego przyzwyczaja się do tych nowych środków spożywczych i biegunka nie powtarza się więcej; wówczas autor pozwala spożywać mięso więcej tłuste, leguminy obfitujące w przyprawy korzenne, dalej ze śmietanką, sokiem owocowym itd. Godne zapamiętania nareszcie są spostrzeżenia autora, odnoszące się do neurasteników, u których sprawie nieżytowej jelit towarzyszy nadmierna drażliwość nerwowa, i gdzie mimo najściślejszego wykonywania przepisów dyetetyczno-higienicznych nieraz pożądany skutek bardzo długo nie następuje. Tu tylko wytrwałością i cierpliwością w przeprowadzaniu planu leczniczego, bez względu na podmiotowe dolegliwości chorego, można celu dopiąć, nie redukując zanadto ilości potraw podawanych i nie grzesząc zbytnią jednostronnością w ich wyborze. *Korm.*

CHIRURGIA. Prof. Kionka i prof. Kroenig. **Znieczulenie ogólne mieszaniną pary eteru i chloroformu o dokładnie znanem zagęszczeniu.** (*Archiv Langenbecka* T. 75, Z. 1, 1904). Na 2000 przypadkach poznali autorowie zalety usypiania równocześnie parą eteru i chloroformu w formie zaleconej przez Brauna. Lecz przyrząd Brauna nie pozwala na dokładne dawkowanie; zatem autorowie zastosowali do tego celu znany aparat Roth-Draegera, odpowiednio go modyfikując. Z głównego zbiornika wypływa tlen z szybkością 4 litr. na minutę przez rurkę, widełkowato rozgałęziającą się. Po drodze porywa parę eteru i chloroformu, poczem widełka rurki schodzą się znów razem, a mieszanina tlenu, eteru i chloroformu gromadzi się w zbiorniku, skąd dopiero dostaje się do rurki (metalowej z wentylami). Zapomocą odpowiedniego mechanizmu można dość ściśle uregulować ilość spadających kropel narkotyków. W klinice stwierdzono, że głębokie uśpienie u dorosłej kobiety następuje po 15 minutach, gdy eter ulatnia się z szybkością 150 kropel, chloroform zaś 45 kropel na minutę. Dla podtrzymania głębokiego uśpienia wystarcza 125—150 kropel eteru i 10 chloroformu. Autorowie przyznają, że przyrząd ten może znaleźć zastosowanie jedynie w dużych oddziałach chirurgicznych, główna zaleta jego polega w tem, że pozostawia narkotyzerowi obie ręce wolne. *Doc. Herman.*

Dr. W. Kramer. **W sprawie wydobywania dużych ciał obcych o ostrych końcach z przełyku.** (*Zntrbl. f. Chir.* 1904, Nr. 50). W dwóch przypadkach udało się K. wydobyć z przełyku bez otwierania jego ostro-kończyste ciała obce (raz płytkę ze sztucznymi zębami, a raz kość), które w nim utkwiły tuż poniżej krtani, ustawiwszy się poprzecznie. W obu przypadkach odsłonił K. na szyi ścianę przełyku po stronie lewej, a wyczuwszy ciało obce, przez ucisk palcami od zewnątrz wstawił je podłużnie, poczem wydobycie ich nie natrafiło już na żadne trudności. *Herman.*

Dr. Federmann. **Czego spodziewać się możemy po badaniu zachowania się białych ciałek krwi we wczesnych okresach zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 50). W pracy tej, wychodzącej pod firmą Sonnenberga, autor stara się udowodnić wbrew Sprengelowi, że badanie, jak się zachowuje leukocytoza w pierwszych dniach zapalenia wyrostka robaczkowego, nie jest bez znaczenia. Zachowanie się tego objawu, na który, jak wiadomo, Curschmann ogromną kładzie wagę, śledził F. na 43 chorych, operowanych w pierwszych 4 dniach choroby. Już z pobieżnego przeglądu dołączonej tablicy wynika, że objaw ten nie może być bez znaczenia. U każdego prawie operowanego, który po operacyi umierał, przed operacyą stwierdzano bardze niską leukocytozę (6—12.000). I rzeczywiście: z ilości ciałek białych krwi w 1 mm. k. rokować możemy o dalszym przebiegu choroby. Leukocytoza znaczna świadczy zawsze o pełnej odporności ustroju i pozwala rokować pomyślnie; — leukocytoza nieliczna — obok ciężkich objawów klinicznych, przeciwnie. W ogólności przekonał się F., że każde zapalenie okątnicze, połączone ze silnem zakażeniem, już w pierwszym dniu choroby okazuje leukocytozę ponad 20.000. Objaw ten nie pozwala wprawdzie wcale na jakiekolwiek wnioski o obecności lub braku ropy, wskazuje jednak, że operować się winno natychmiast. Doczekać się bowiem możemy tego, że liczba leukocytów zacznie się zmniejszać, objawy zaś kliniczne stawać się będą coraz cięższe; wówczas położenie staje się bardzo poważnem i wątpliwem co do ostatecznego zejścia. Sama jednak leukocytoza bez równoczesnego dokładnego uwzględnienia objawów klinicznych nigdy o wskazaniach do operacyi stanowić nie powinna. *Herman.*

Dr. Schomann. **Przyczynek do leczenia puchliny brzusznej na tle gruźliczem.** (*Zntrbl. f. Chir.* 1904, Nr. 49). Od kilku lat używa autor w zapaleniu gruźliczem otrzewnej, połączonem z wysiękiem surowiczym (u dzieci), nakłucia, a po odpłynięciu wysięku wstrzykiwania 1—5% zawiesiny jodoformowej, rozpoczynając od zawiesin najsłabszych, wstrzykiwanych w ilości 1—2 cg. Zabiegi te powtarza co 4—8 dni (jak się tego potrzeba okaże). Wyniki osiągnięte są równie dobre, jak i po laparotomiach, a osiąga je w sposób łatwy i łagodny. *Herman.*

Dr. A. Schanz. **W sprawie leczenia zrostów kostnych w łokciu.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 50). U 25-letniej kobiety po przebyciu ostrego gośćca (? ref.), pozostał zrost kostny w prawym stawie łokciowym. Objawy kliniczne i obraz röntgenograficzny wskazywały, że zrost dotyczył głównie stawu między kością łokciową, a ramieniową. S. odsłonił staw cięciem podłużnem po stronie wewnętrznej, zrost przedłutował, powierzchnie stawowe obrównał i wsunął między nie uszypułowany płat z tkanki tłuszczowej podskórnej, wyciętej z ramienia. Bez specyalnego leczenia ortopedycznego osiągnął S. wynik znakomity. W znacznej części przypisuje go autor użytej do interpozycyi tkance tłuszczowej. *Herman.*

Doc. Dr. H. Merkel. **W sprawie t. zw. »*phlegmone ligneuse du cou*«** (Reclus). (*Zntrbl. f. Chir.* 1904, Nr. 48). Do kilku przypadków tego cierpienia, spostrzeganego i leczonego przez Reclusa i innych, dodaje autor nowy z praktyki Dra Riedela, który, podobnie jak i poprzednie z wyjątkiem jednego, zakończył się wyzdrowieniem. Od poprzednich przypadek ten różnił się tem, że wystąpił u rzeźnika, który bezpośrednio przed zachorowaniem miał do czynienia z mięsem wołu, u którego wykazano promienicę. W skrawkach mikroskopowych nie zdołano jednak wykazać charakterystycznego grzybka. Głównie jednak polemizuje autor z H. Langiem, który powołując się na jedno spostrzeżenie własne, chciał w „ropówce deskowatej szyi“ widzieć sprawę nowotworową. Pogląd ten zbija M., wykazując, że w przypadku L. chodziło o rozlany przerzut rakowy na szyi z pierwotnego raka języka, a pasożytnicze pochodzenie tego cierpienia popiera tem, że jeden tylko przypadek „ropówki“ zakończył się śmiertelnie z przyczyny obrzęku nagłośni — wszystkie zaś inne przeszły w wyzdrowienie. *Herman.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Burger. **Przyczynek do wyjaśnienia przyczyny opadnięcia macicy.** (*Arch. f. Gyn.* tom 73, zeszyt 2, 1904). Tłómaczenie opadnięć macicy przebytą ciążą, porodem i połogiem, i to nietylko w przypadkach patologicznych, ale często i fizyologicznych, jest jasne i daje się zastosować do znacznej liczby przypadków. Niema zgody co do tłómaczenia przyczyny powstania opadnięć tam, gdzie nie poprzedzały porody. I tak jedni dopatrują przyczyny w zajęciach osobnika, inni w sposobie życia, złem odżywieniu, wybrykach płciowych, zapaleniach i guzach w narządzie rodnym i t. p.; przyczyny te jednak nie zadawalniają, bo nie tłómaczą jasno stosunku między przyczyną a skutkiem. Bardziej prawdopodobne wydają się spostrzeżenia tych, którzy dopatrują się związku między powstaniem opadnięć a zmianą

rozwojową, dotyczącą miednicy, n. p. szeroki łuk łonowy i wogóle bardzo szeroka miednica, małe nachylenie miednicy, t. zw. miednica rozszczepiona, gdzie więc pęcherz moczowy i przednia ściana pochwy pozbawione są podpory, wreszcie bardzo krótkie, lub zupełny brak międzykrocza. Do ocenienia jednak wpływu przeszkody rozwojowej na opadnięcie macicy, mogłyby posłużyć tylko te przypadki, gdzieby ono istniało już od urodzenia, z wykluczeniem więc wszelkich innych czynników w rozwoju pozamacicznym osobnika. W piśmiennictwie podano dotąd 12 opadnięć pochwy i macicy u noworodków, a z tych w 10 istniała równocześnie tarń dwudzielna (spina bifida), a więc zmiana rozwojowa, która stoi w bezpośrednim związku przyczynowym z niedostatecznem unerwieniem ze strony nerwów krzyżowych. Zauważano też w 7 z tych przypadków równocześnie zaburzenia czuciowe i ruchowe w kończynach dolnych. Autor podaje dokładną historyę przypadku, przez siebie spostrzeganego, gdzie w położeniu pośladkowem urodził się płód żeński dojrzały z objawami tarni dwudzielnej. Kończyny dolne były silnie wyprostowane w stawie kolanowym i silnie zgięte w biodrowym, prawie nieruchome, nóżki w położeniu stopy piętowej (pes calcaneus), chłodne i sine. Mięśnie kończyn słabo rozwinięte, a nadto zupełny brak brzuśców mm. pośladkowych, wyprężaczy uda i mięśni łydkowych; również zauważono zupełne znieczulenie kończyn i niedomogę pęcherza i kiszki stolcowej. Wkrótce po urodzeniu się dziecka po pierwszym krzyku wystąpił między wargami sromnemi guz, odpowiadający opadniętej pochwie i macicy. Dziecko umarło po 2 tygodniach, a sekcya wykazała jako przyczynę śmierci zapalenie opon mózgowych, a nadto zwyrodnienie i zanik mięśni miedniczych. Nie ulega wątpliwości, że tarń dwudzielna była tu bezpośrednią przyczyną, wywołującą powstanie opadnięcia. Jako przyczynę usposabiającą należy uważać lekkie tyłozgięcie macicy, która, nie znajdując żadnej podpory wskutek zaniku mięśni miedniczych, osuwała się ku dołowi. Ostatecznym czynnikiem wywołującym było wzmożenie ciśnienia śródbrzusznego przy krzyku dziecka, a może i przy przejściu brzuszka przez przewód rodny (położenie miednicowe). Przypadek ten wykazuje niezawodnie, że przy opadnięciu macicy odgrywają najważniejszą rolę mięśnie dna miednicy, a nie więzadła macicy, gdyż te ostatnie były tu dobrze rozwinięte; zarazem widzimy, że zanik mięśni podstawy miednicznej nie jest następstwem, jak niektórzy sądzą, ale z pewnością przyczyną opadnięcia, gdyż tu z powodu niedostatecznego unerwienia ze strony nerwów krzyżowych zanik tych mięśni istniał już dłuższy czas, podczas gdy opadnięcie nastąpiło dopiero w życiu pozamacicznem. O ile przypadki te mogłyby się przyczynić do wytłómaczenia opadnięć macicy u dorosłych kobiet, wykażą dalsze badania w tym kierunku.

Dr. E. Ehrenpreis.

Kurdinowsky. **Poród, spostrzegany na odosobnionej macicy. Adrenalina, jako środek działający na macicę.** (*Archiv für Gyn.* tom 73, zeszyt 2, 1904). W celu zbadania czynności macicy bezpośrednio okiem i wpływu, jaki na nią wywierają różne czynniki drażniące, postępował autor w następujący sposób: w uśpieniu eterowem otwierał u królików jamę brzuszną; wprowadzał do aorty poniżej odejścia tętnic nerkowych rurkę, połączoną zapomocą węża gumowego z naczyniem, napełnionem płynem Lockea o 38° C.; płyn ten przechodząc przez naczynia maciczne i wypierając z nich równocześnie krew, wychodzi następnie przez rurkę, wprowadzoną do żyły próżnej dolnej. Po zupełnem przepłókaniu macicy, co trwa przeciętnie 15', wyjmuje ją następnie wraz z przydatkami, więzadłem szerokiem i okrągłem, tkanką przymaciczną, częścią aorty i żyły próżnej dolnej i wkłada do wilgotnej komory specyalnego przyrządu, gdzie zostaje odżywianą płynem Lockea, a każdy jej skurcz notowany na kymografionie Ludwiga. Istotnie udało mu się w ten sposób utrzymać macicę dość długo przy życiu, bo raz nawet 49 godzin 40 minut. Ze wszystkich bardzo ciekawych spostrzeżeń, których wyliczenie zbyt daleko przekraczałoby ramy ścisłego sprawozdania, spostrzeganie czynności porodowej jest najbardziej zajmujące. Już sama możność takiego spostrzegania na macicy zupełnie odosobnionej wykazuje, że czynność ta może się odbywać w zupełnej niezależności od wpływu ośrodkowego układu nerwowego, któremu należy prawdopodobnie przypisać znaczenie regulujące czynność macicy. Nadto wskazuje to spostrzeżenie na ważne znaczenie miejscowego unerwienia samej macicy. Peryodyczne skurcze, przerywane krótszym lub dłuższym okresem bezczynności, spostrzegano także na macicach niециężarnych. Oprócz 26 doświadczeń fizyologicznych dokonał autor 60 farmakologicznych i doszedł do następujących wniosków: hidrastynina działa na mięsień macicy bez względu na wpływ ośrodkowego układu nerwowego i nadaje skurczom nawet charakter tężcowy. Na naczynia macicy odosobnionej nie działa ona zupełnie; z tego wynika, że skurcze, wywołane tym środkiem, nie zależą od zwężenia światła naczyń i że charakterystyczne dla tego środka działanie zwężające naczynia nie powstaje na drodze obwodowej, lecz drogą ośrodkowego układu nerwowego. Kwas sfacelinowy działa podobnie. Tem samem tłómaczy się i działanie sporyszu t. zn., że on wpływa na macicę drogą obwodową z ominięciem ośrodkowej i wywołuje skurcze macicy zupełnie niezależnie od skurczu naczyń. Wpływ wodnika chloralu i alkoholu na odosobnioną macicę jest stosunkowo mały, a tylko silne zgęszczenia tych trucizn działają hamująco na czynność skurczową macicy. W końcu badał autor wpływ adrenaliny, którą stosował tylko w słabym rozczynie 1 : 20, 10 i 5 milionów, i przekonał się o nadzwyczajnej wrażliwości odosobnionej macicy na choćby najsłabsze rozczyny tego środka. Skurcze zupełnie prawidłowe po przepuszczeniu przez macicę adrenaliny w rozczynie 1: 10.000.000 przyjmowały charakter silnie tężcowy. Tak długotrwałych i energicznych skurczów nie widział autor nigdy ani po hidrastyninie, ani po kwasie sfacelinowym; zarazem zauważono znaczne wzmożenie się wrażliwości macicy na czynniki mechaniczne. Skurcze te występują równie silnie i w więzadłach, jak i przydatkach. Nadto wywołuje adrenalina bardzo silne zwężenie naczyń — tak, że prąd wypływającego z naczyń płynu zwolnił się $4^1/_2$ razy. Wyniki te, otrzymane na macicy odosobnionej, potwierdziły się i po wprowadzeniu adrenaliny zwierzęciu żyjącemu do żyły usznej. Ze względu więc na to, że środek ten znacznie więcej wzmaga skurczową czynność macicy, aniżeli inne środki, uchodzące dotąd jako swoiste, a zarazem bardzo silne jego działanie zwężające naczynia, powinny pobudzić do dalszych badań klinicznych.

Dr. E. Ehrenpreis.

Doc. Dr. R. Klapp. **Studya doświadczalne nad znieczulaniem rdzeniowem.** (*Archiv Langenbecka* T. 75, Z. 1, 1904). K. stwierdził doświadczalnie na psach, że wsysanie z opon rdzeniowych w przeciwieństwie do wchłaniania z tkanki podskórnej następuje nader żywo i wydatnie. Przeważna część n. p. cukru mlecznego ulegała wessaniu z opon rdzeniowych w pierwszej godzinie, z tkanki podskórnej zaś wchłanianie odbywało się powoli i jednostajnie przez przeciąg kilku godzin. Do tego faktu odnosi K. większość objawów ubocznych (gorączka, ból głowy i t. d.), jakie stwierdzamy po kokainizacyi rdzenia. Trzeba zatem wessanie kokainy opóźnić. Częściowo kwestyę tę rozwiązali już Poier i Dönitz, wstrzykując do opon kokainę w parę minut po adrenalinie. Jednakowoż objawy uboczne zmniejszyły się, nie znikły jednak całkowicie. Więc K. wstrzykiwał kokainę w rozczynach żelatyny. Tym sposobem udało się mu znieczulać psy od końca nosa do końca ogona, bez wywołania objawów toksycznych, chociaż użyć musiał tyle kokainy, że w zwykłych warunkach zabijałby zwierzę bezwarunkowo. Ponieważ jednak żelatynę należy bardzo troskliwie odkażać, skutkiem czego stracić ona może swe własności wywoływania krzepnięcia, przeto u ludzi kombinacya ta nie może znaleźć zastosowania. Próbował więc dalej. Zwrócił się przedewszystkiem do oliwy, w której, jak wiadomo, kokaina bardzo trudno się rozpuszcza. Przez dodatek kilku kropel gliceryny otrzymywał stosunkowo łatwo odpowiednie rozczyny. Rozczyny te u psów stosował z doskonałem powodzeniem i znieczulał całego psa bez objawów zatrucia. Tymczasem udało mu się uzyskać preparaty, w oliwie łatwo rozpuszczalne (*cocainum oleinicum, phenylicum, picrinum*) i rozpoczął nimi dalsze badania. O wyniku zda sprawę później.

Herman.

OKULISTYKA. Roemheld. **O tonicznem oddziaływaniu źrenic niewrażliwych na światło.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 46, 1904). Autor przytacza zajmujące zachowanie się źrenic u chorego, u którego oprócz względnej nieruchomości źrenic nie stwierdzono żadnych objawów cierpienia rdzeniowego. Chory, nie obarczony kiłą, posiada dawne zmiany gruźlicze i objawy choroby Basedowa. Obie źrenice są szerokie, nierównej wielkości, niewrażliwe na światło. Przy akomodacyi, ruchach zbieżnych gałek i przy natężonem zamknięciu powiek, obie źrenice zwężają się szybko *ad maximum*, pozostają w tym stanie bardzo długo i rozszerzają się nadzwyczaj powoli, zmieniając przytem nieustannie swój kształt. Dotychczas spostrzegano owe oddziaływanie źrenic w odziedziczonej kile z matołectwem, w rozsianem stwardnieniu, wiądzie rdzenia pacierzowego, cukrzycy, zatruciu alkoholem i porażeniu. Nierozstrzygniętem zatem pozostaje, czy w przypadku opisanym choroba Basedowa wpłynęła na powstanie tego objawu. Pozostaje także niewiadomem, czy mamy tu do czynienia z zajęciem chorobowem ośrodka źrenicy, lub odśrodkowego ramienia łuku odruchowego, czy też sprawę chorobową, umiejscowioną w samym mięśniu źrenicy. Z powodu braku badań anatomicznych toniczne oddziaływanie źrenic niema jeszcze znaczenia dla rozpoznania i rokowania; dalsze ścisłe badania przyczyniłby się mogły do wyjaśnienia tego objawu.

W. Reis.

OTYATRYA. Prof. Barth. **Otitis externa ulcerosa.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, 17). Autor spostrzegał niejednokrotnie osobliwą postać zapalenia przewodu ucha zewnętrznego

zaliczaną prawdopodobnie przez innych autorów do czyraków, a odróżniającą się jednak od nich tak dalece, że B. uważa za stosowne oddzielić ją od nich, jako osobną jednostkę chorobową. U chorego, skarżącego się na bole w uchu, stwierdzono umiejscowioną bolesność przy obmacywaniu ucha i brak zmian w błonie bębenkowej, co upoważniało do rozpoznania zapalenia ucha zewnętrznego. Jednocześnie zdano sobie sprawę, że na ścianach przewodu był zupełny brak zmian zapalnych, lub tylko bardzo nieznaczne, pozostające w rażącym niestosunku do nasilenia bolów. Nawet na szczycie choroby objawy zapalne, jak zaczerwienienie i obrzmienie, były uderzająco mierne w porównaniu do zapalenia czyrakowego. W początku choroba ta nie daje się odróżnić od czyraków, to też autor leczy ją, jak gdyby to były czyraki: wytamponowaniem przewodu ucha zewnętrznego tamponem, zamaczanym w 1‰ roztworze sublimatu. Podczas atoli, gdy czyrak przy tem leczeniu rozdziela się albo przechodzi szybko w ropienie i oddziela obumarły czop, choroba w mowie będąca przedstawia coraz wyraźniej cechy rozlanego zapalenia większego obszaru przewodu ucha zewnętrznego. Wkrótce naskórek oddziela się w rozciągłości główki od szpilki, pozostawiając okrągłe, w środku obnażone rozpadające się powierzchownie brudnożółtoszaro zabarwionej miejsce skóry. Zwykle nie przychodzi do wytworzenia się ropni ws korze, lub w otoczeniu, ani do czopka nekrotycznego, jak w czyraku, lecz mamy tu zawsze do czynienia z powierzchownemi małemi owrzodzeniami. Tę postać chorobową nazywa autor *»otitis externa ulcerosa«* i leczy ją zapomocą maści.

Spira.

PEDYATRYA. Dr. Bussy. **Drżączka u dzieci.** (*Monats. f. Kinderheilk.*, Band III, Nr. 9, 1904). Zestawiwszy z piśmiennictwa przypadki drżączki u dzieci, powstałej na tle dziedzicznem, na tle histerycznem, względnie histeryczno-urazowem, opisuje autor przypadki drżączki, będącej w związku z chorobami zakaźnemi, zwłaszcza z zapaleniem płuc, występującej śród objawów gorączkowych, analogicznie do częstej zakaźnej etyologii porażeń mózgowych u dzieci. Dla wytłómaczenia faktu, że objawy mózgowe, towarzyszące drżączce, zupełnie mogą zniknąć, trzeba przyjąć, że objawy te były wywołane słabym jadem, który nie sprowadził zmian głębiej sięgających; zaś w przypadku dotyczącym dziecka, mającego rok i 2 miesiące życia, pozostało słabe upośledzenie umysłowe, zdaje się skutkiem głębszych zmian mózgowych, nie dozwalających zupełnej restytucyi czynności mózgu. Gdzie szukać ogniska wywołującego drżączkę? Tu brak zmian patologiczno-anatomicznych i autor zgadza się ze zdaniem Leydena i Goldscheidera, że tak jak zaburzenia czynności mózgu wywołują drżączkę, tak samo i choroby rdzenia pacierzowego mogą je wywołać.

Dr. Bolesław Komorowski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Unna. **Mydło keraminowe.** (*Monatshefte für Dermatologie* T. 39, Nr. 2). Pośród powodzi środków leczniczych, którymi niemal codziennie zasypuje lekarzy przemysł farmakochemiczny, specyalnie w zakresie dermatoterapii, na szczególną uwagę zasługują przetwory, polecone przez Unnę, który nietylko nowymi lekami, ale i nieznanemi dotąd metodami ich zastosowania, tak bardzo przyczynił się do zbogacenia lecznictwa w zakresie chorób skórnych. Obecnie po badaniach w swej pracowni poleca Unna t. zw. „mydło keraminowe“, wyrabiane przez firmę Töpfera w Lipsku; pod względem zawartości składa się ono z ługu potasowego i sodowego, balsamu peruwiańskiego, talku, olejku goździkowego i w znacznej ilości cynamonowego. Jakkolwiek nie jest to mydło nadtłuszczone, oddziaływa bowiem tylko obojętnie i przy jego zastosowaniu wytwórca nie poleca równoczesnego stosowania tłuszczów, ma ono służyć głównie do leczenia wyprysków u dzieci. Oprócz tego, iż oczyszcza skórę jak wogóle każde mydło zresztą, działa przedewszystkiem odwaniająco, silnie wysusza skórę, a przytem wybitnie zmniejsza uczucie świądu, zalety, które w leczeniu wyprysków u dzieci tak ważną grają rolę. Własność wysuszania skóry zawdzięcza mydło to obecności talku, który ma w tym przypadku podobne znaczenie, jak dodatek pudru przy wytwarzaniu past; działanie uśmierzająco świąd, odwaniające, a głównie przeciwpasorzytnicze zawdzięcza olejkom eterycznym, głównie olejkowi cynamonowemu, zaś balsam peruwiański, według zdania Unny, gra rolę tylko podrzędną. Stosuje się to mydło w ten sposób, że 2 lub 3 razy dziennie wciera się jego pianę, która na skórze przysycha. Wskazania lecznicze głównie stanowią: wyprysk łojotokowy na głowie u dzieci (*eczema seborrhoicum*) i *eczema intertriginosum* na szyi i karku tłustych dzieci, oraz w pachwinach i w okolicy otworu stolcowego: lżejsze przypadki goją się już, jeżeli powierzchnie skóry stykające się z sobą, zaczerwienione i nawet lekko sączące, myje się dwa lub trzy razy dziennie mydłem keraminowem bez wszelkich dodatków; w cięższych przypadkach radzi autor w przerwie między jednem a drugiem myciem posypywać chore miejsca pudrem, lub wcierać pastę cynkowo-siarczaną. Że silnie zmacerowana warstwa rogowa skóry, dotkniętej tą postacią wyprysku, wogóle znosi działanie mydła, dowodzi to, że wpływ leczniczy jego polega głównie na własnościach przeciwpasorzytniczych, zależnych prawdopodobnie od obecności kwasu cynamonowego, który niszczy drobnoustroje, zawarte w powierzchownych warstwach skóry; więc działanie to jest nie objawowe, lecz etyologiczne. *Impetigo vulgaris, folliculitis i acne pustulosa* stanowią dalsze wskazania lecznicze.

Steuermark.

Dr. Kuscheff. **Teocyna jako lek moczopędny.** (*Wraczebn. Gaz.*, Nr. 23, 1904). K. podawał teocynę w 7 przypadkach niedomykalności zastawki dwudzielnej, w 3 przypadkach rozedmy płucnej, w trzech przypadkach ostrego miąższowego zapalenia nerek, w 2 przypadkach puchliny w następstwie zimnicy, w 1 przypadku zapalenia mięśnia sercowego, w 1 przypadku niedomykalności i zwężenia ujścia aorty, razem u 17 chorych szpitala w Saratowie. Twierdzi on, iż w teocynie posiadamy bardzo dobry lek, mogący wywrzeć skuteczne działanie w tych nawet przypadkach, w których inne środki zawiodły. W puchlinie wodnej, występującej przy wadach sercowych, może teocyna usunąć najgroźniejsze objawy, a przedewszystkiem przesączynę, nagromadzoną w jamie opłucnowej i otrzewnowej. Działanie moczopędne występuje zwyczajnie w 3—4 dniach, przyczem ilość moczu powiększa się o 3—4 razy. Odpowiednio do tego znikają obrzęki, duszność i inne objawy podmiotowe. Na tętno, jak się zdaje, teocyna nie wpływa. Objawy uboczne stwierdzono u 3 chorych (nudności, biegunka, ślinotok). Dawka nie powinna przekraczać 0·9 na jeden dzień.

Baschkopf.

VII. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagielońskim.

Zarys dziejowy [1])

przez

Prof. Dra L. Wachholza.

„...Słońce prawdy wschodu nie zna i zachodu“.
(*A. Mickiewicz*).

Sto lat upływa, odkąd w rzędzie wykładów, ogłaszaszanych przez Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej, spotykamy medycynę sądową jako odrębny przedmiot. Jeżli zaś wiek istnienia katedry medycyny sądowej jest znikomo małym w porównaniu z przeszło pięciowiekowem istnieniem krakowskiej Szkoły głównej, to przecież i ten względnie krótki okres dziejowy małej cząstki Wszechnicy zasługuje na wdzięczną pamięć i wspomnienie tem bardziej, że rozpatrując tę przeszłość z jej zaletami i wadami, możemy przez porównanie ocenić łatwo jej teraźniejszość i wytknąć drogi na przyszłość. Rzut oka wstecz przekona nas, że co do czasu wprowadzenia nauki medycyny sądowej nie byliśmy wiele późniejszymi od uczonego Zachodu Europy, że rozwój jej u nas kroczył temi samemi drogami, a co ważniejsza, że obecne nasze usiłowania, zdążające do pogłębienia tego studyum u uczniów, w niczem nie różne od dawniejszych, rozbijają się o te same, co i dawniej, szkopuły.

Medycyna sądowa stanowi, jak wiadomo, jedną z najmłodszych gałęzi nauki lekarskiej, albowiem rozwój jej był ściśle zależny od rozwoju ustawodawstw sądowych. Dopiero z chwilą wprowadzenia w sądach postępowania dowodowego, opartego na przedmiotowem dochodzeniu istoty czynu, mogła się medycyna sądowa wytworzyć jako samoistna gałęź wiedzy lekarskiej. Chwila ta przypada na wiek XVI; odtąd też zaczynają uczeni lekarze poświęcać pracę swą w celu rozjaśnienia odnośnych zagadnień sądowo lekarskich i ujęcia tej wiedzy w odpowiednią całość. Powstanie medycyny sądowej jako odrębnej nauki lekarskiej nie pociąga za sobą bezpośrednio potrzeby głoszenia i nauczania jej z katedr

[1]) Z rękopisu pracy tej korzystał za zgodą autora Dr. S. Placzek w Berlinie przy opracowaniu dziejów med. sąd. dla Puschmanna: *Handbuch d. Geschichte d. Medicin.*

uniwersyteckich. Tę potrzebę odczuto dopiero w drugiej połowie XVIII wieku, w którym to czasie tak w Niemczech a zwłaszcza we wszechnicach austryackich, jak i we Francyi (Dr. Paweł Mahon pierwszy profesor medycyny sądowej w Paryżu od r. 1795) utworzono oddzielne katedry dla medycyny sądowej i policyi lekarskiej. Austryi przypada w niepodzielnym udziale zaszczyt utworzenia pierwszego zakładu medycyny sądowej w Wiedniu wskutek usilnych zabiegów, czynionych w początku XIX wieku przez znakomitego nauczyciela tego przedmiotu prof. Dra J. Berndta.

Brak odpowiedniego rozwoju sądownictwa i postępowania sądowego dawnej Rzeczypospolitej był powodem, że medycyna sądowa nie mogła się rozwinąć, tem mniej mogła sobie zdobyć należne stanowisko w Wydziale lekarskim krakowskiej Szkoły głównej, zwłaszcza zaś, ile że powstanie katedr rzeczonego przedmiotu przypada na Zachodzie Europy na czas ostatecznego upadku kraju. Mimo to jednak była chwila, która mogła stworzyć tę naukę u nas, a chwilę tę stanowi rok 1778, t. j. rok ogłoszenia przez ex-kanclerza Andrzeja ordynata Zamoyskiego zbioru ustaw, który przyjął *„pro primo objecto* sprawiedliwość naturalną". W myśl tego założenia nakazywał ów zbiór ustaw między innymi wzywać biegłych w sztuce lekarskiej do sekcyi zwłok w przypadkach przestępstw, nadto zasięgać zdania białogłów, obeznanych z porodami w przypadkach dzieciobójstwa. Niestety zbiór ustaw ordynata Zamoyskiego nie uzyskał nigdy mocy obowiązującej.

Powolny upadek państwa odbił się wiernie na losach krakowskiej Szkoły głównej, a zwłaszcza na jej Wydziale lekarskim. Na kilka lat przed ostatnim rozbiorem Rzeczypospolitej, t. j. od r. 1768—1770 składa się grono profesorów Wydziału lekarskiego z jedynego tylko członka w osobie prof. Camelina. W r. 1770 wita Camelin jako drugiego członka przybyłego z zagranicy Jędrzeja Badurskiego, który we Włoszech uzyskał dyplom doktora medycyny. W r. 1779 liczy Wydział lekarski trzech profesorów, t. j. Badurskiego, seniora Wydziału po śmierci Camelina, Lucego i Rafała Czerwiakowskiego. Dnia 2 listop. 1780 liczy Wydział lekarski pięciu profesorów w myśl reformy zaprowadzonej przez Komisyę Edukacyjną. W tym to czasie powstaje pierwsza pracownia anatomiczna pod kierunkiem R. Czerwiakowskiego, której materyału dostarcza wskutek wniosku i starań Badurskiego Magistrat miasta Krakowa, przesyłając w tym celu wszelkie zwłoki zbrodniarzy, straconych za wyrokiem. Lecz nie tylko w tem upatrywać musimy wielkiej zasługi Badurskiego (ur. w r. 1740 w Krakowie, zmarłego 18 marca 1789) dla dobra Wydziału lekarskiego a zarazem i naszej nauki, albowiem tenże Badurski, przekonawszy się naocznie za granicą, jak dalece ważnemi są dla lekarza wiadomości z zakresu policyi lekarskiej, profilaktyki chorób i medycyny sądowej, wykłady swe kliniczne urozmaica i pogłębia uwagami z zakresu tych przedmiotów. Uwag tych, tyczących się medycyny sądowej, czynionych w swych wykładach przez Badurskiego, nie można uważać za pierwsze wykłady naszego przedmiotu. Jakkolwiek bowiem i w Niemczech w tymże czasie, a nawet i później, niejednokrotnie spoczywała medycyna sądowa w rękach profesorów przedmiotów klinicznych, miała przecież dla siebie wyznaczone odrębne kolegia, obejmujące jej systematyczny całokształt. W każdym jednak razie uwzględnianie chociaż tylko epizodyczne medycyny sądowej w klinicznych wykładach Badurskiego dowodzi jego niepospolitej wiedzy i zrozumienia potrzeb przyszłych lekarzy. Uwagi te stanowią zarazem zaranie późniejszej katedry tego przedmiotu.

I. Okres od r. 1804—1809.

Po zajęciu Krakowa w r. 1795 Rząd austryacki zachował zrazu poprzedni stan w Akademii. Dopiero później przystąpiono na mocy postanowienia cesarza Franciszka z 8 sierpnia 1805 do jej reformy, wcielając do niej zwiniętą wówczas Wszechnicę lwowską i uzupełniając grono profesorów Wydz. lek. profesorami, powołanymi ze Lwowa i Wiednia. Nowy porządek nauczania wiedzy lekarskiej odpowiadał temu, jaki w myśl dekretu Izby nadwornej wiedeńskiej z 17 lut. 1804 obowiązywał wszystkie akademie Austryi. Porządek ten przetrwał aż do pierwszych chwil przynależności Krakowa do Księstwa Warszawskiego. Studyum lekarskie rozpadało się na wyższe, pięcioletnie, z językiem wykładowym łacińskim, dające prawo do uzyskania stopnia doktora i na niższe, 2 — względnie 3 — letnie, z polskim językiem wykładowym, nadające prawo do uzyskania tytułu magistra chirurgii. Pierwsze składało się z trzechlecia teoryi i dwulecia praktyki. W 3 roku studyów teoretycznych uczniowie wyższego rzędu byli obowiązani słuchać przez pierwsze półrocze wykładów o policyi lekarskiej wedle dzieła I. P. Franka; w drugiem zaś półroczu wykładów medycyny sądowej wedle dzieła Plenka. Wobec tego przepisu zaszła konieczność utworzenia osobnej katedry dla policyi lekarskiej i medycyny sądowej. Gdy zaś stosowanie tych przedmiotów w praktyce spoczywało naówczas przedewszystkiem w rękach lekarzy urzędowych, czyli tak zwanych fizyków, przeto do konkursu o katedrę rzeczoną stanął już 29 paźdz. r. 1804 ówczesny fizyk miejski Dr. med. Jerzy Knobloch, którego w następstwie powołuje Wielkorządztwo galicyjskie postanowieniem z 8 listopada 1805 jako zastępcę profesora medycyny sądowej i policyi lekarskiej i poleca mu rozpocząć wykłady. Obok tego oddaje się on nadal zajęciom fizyka miejskiego. W następnym roku, t. j. 23 marca 1806 r. zyskuje zastępca profesora medycyny sądowej Dr. Knobloch potwierdzenie jako notaryusz czyli sekretarz Wydz. lek. W roku 1807/8 piastuje urząd dziekana Wydz. lek., z czego wynika, iż poprzednio musiał uzyskać mianowanie na zwyczajnego profesora medycyny sądowej. Jakkolwiek Dr. Knobloch musiał być niemcem, sądząc po nazwisku jego i po zaufaniu, jakiem go darzył Rząd austryacki, powierzający mu ważne stanowiska fizyka miejskiego, notaryusza, profesora, a potem dziekana Wydz. lek., to przecież władał on widocznie wprawnie językiem polskim, skoro w myśl postanowienia nadworn. kancel. wiedeńsk. z 19 maja 1806 powierzono mu od r. 1807 wykłady medycyny sądowej i policyi lek. dla uczniów niższego rzędu w polskim języku wygłaszane. O działalności jego nauczycielskiej nie mamy żadnych wiadomości, tak jak i o jego przeszłem i późniejszem życiu niema nigdzie żadnych wzmianek. To pewna, że w zakresie swego przedmiotu nie pracował naukowo, albowiem żadnej pracy nie ogłosił drukiem w niemieckim lub polskim języku. Natomiast posiadamy pewne wskazówki, tyczące się jego urzędowania w charakterze dziekana Wydziału, a te świadczą, że był to człowiek prawy, stojący ponad stronnictwami, kierujący się tylko sprawiedliwością, mający odwagę wystąpienia przeciw złej woli i przewrotności drugich. Pod tym względem więc odpowiadał wymaganiom etycznym, jakie poczytywano wówczas za niezbędne przymioty lekarza sądowego. I tak bowiem domaga się Metzger, aby lekarz sądowy posiadał obok gruntownej wiedzy teoretycznej i praktycznej uczciwość i nieposzlakowany bieg życia, umysł trzeźwy i nieustraszony w dochodzeniu prawdy, a przytem, aby objawiał także prawdziwą miłość względem bliźnich.

Okres dziejowy Wydz. lek. od r. 1804—1809 można śmiało nazwać świetnym. Podczas gdy bowiem w r. 1796 liczyło jego grono nauczycielskie 5 profesorów i jednego prosektora, to w r. 1808/9 liczyło ono 11 profesorów i 3 asystentów, dzięki czemu powstały wówczas katedry oddzielne dla położnictwa, medycyny sądowej i policyi lekarskiej, które nigdy przedtem nie istniały. Nie dosyć na tem, katedry zajmowali, jak pisze Skobel, ludzie przeważnie niepospolitego uzdolnienia, wiedzy i pracy naukowej, — niestety brakło jednak między nimi harmonii pożycia i zgody. *„Iniuria in bonos nisi a malis non tentatur; bonis inter se pax est; mali tam bonis perniciosi, quam inter se"* powiedział

Seneka. A w gronie tych mężów nauki znalazło się kilku zawistnych i zazdrośnych o powodzenie drugich. Zazdrość jednych, np. Collanda (prof. położnictwa), Schultesa, Kiliana (prof. kliniki lekarskiej) i t. d. o wielką wziętość w praktyce lekarskiej doskonałego chirurga Rusta sprowadza zajścia nie tylko natury prywatnej (proces sądowy Rusta z Schultesem), lecz także urzędowe jawne i tajne. Do tajnych zaliczyć należy doniesienie Collanda i Vettera (prof. anatomii) do Wielkorządztwa Galicyi o nieprawnem używaniu przez Rusta tytułu doktora medycyny, którego wynikiem było poddanie się Rusta, będącego doktorem wyższej chirurgii, egzaminom w celu uzyskania stopnia Dra med. Egzamina te złożył Rust za dziekanatu Dra I. Knoblocha. Skoro zaś Dr. Knobloch przychylił się wraz z większością Wydziału do prośby Rusta o uchylenie Schultesa od funkcyi egzaminatora z uwagi na ich wrogie stosunki, poczem Schultes wniósł skargę do Rządu, iż egzaminy Rusta odbyły się z pogwałceniem wszelkich przepisów, dziekan Knobloch był zmuszony na wezwanie Rządu wyjaśnić swe zarządzenie. Rząd je przyjął za uzasadnione i zatwierdził dyplom Dra med. zyskany przez Rusta. W tymże jeszcze roku rzuca Schultes pełnemu Wydziałowi na posiedzeniu jawną obelgę, że składa się on z samych nieuków, a przyczyną tego namiętnego wystąpienia jest uchwała Wydziału, dopuszczająca pewnego kandydata do egzaminu drugiego wbrew odmiennemu zdaniu Schultesa. O tej obeldze donosi z urzędu dziekan Knobloch Senatowi w dniu 14 czerwca 1808, a Senat zdaje z niej sprawę Rządowi, nazywając Schultesa burzycielem spokoju i sprężyną walk w Wydziale lek., głośnych w mieście i podkopujących jego powagę. Rząd nie rozstrzygnął już tego zatargu, gdyż wkrótce potem Schultes opuścił Kraków, objąwszy katedrę wszechnicy bawarskiej w Landshut, przeniesionej w r. 1826 do Monachium. W tem trudnem położeniu, w jakiem w czasie najgwałtowniejszych walk między kolegami znajdował się Knobloch jako dziekan, a więc i medyator zatargów, postępował on z całą godnością i prawością, bo ściśle przedmiotowo i w obronie niesłusznie krzywdzonych. To jego przedmiotowe postępowanie, które nie ściągnęło nań żadnego zarzutu lub bezpośredniego pocisku, musiało być mu właściwem także i w roli jego jako egzaminatora z medycyny sądowej i policyi lek. przy egzaminach na doktora lub magistra.

O dalszej pracy i losach pierwszego profesora medycyny sądowej nie wiele możemy już powiedzieć dla braku danych. Knobloch wykłada jeszcze przez rok szkolny 1808/9 i pełni urząd prodziekana Wydziału. Dnia 9 listopada 1809 pisze na okólniku dziekana Adamiego prof. weterynaryi, wzywającym profesorów na posiedzenie w celu wydania orzeczenia w sprawie sądowo-lekarskiej, że na posiedzenie to nie przybędzie, albowiem wobec wcielenia Krakowa do Księstwa Warszawskiego, urzędowanie swe uważa za skończone. Dnia 30 list. 1809 zbierają się niedobitki grona nauczycielskiego Wydz. lek., t. j. dziekan Dr. Adam i prof. Colland, Rhodius prof. botaniki i chemii i Knobloch na ostatnie posiedzenie i dzielą się kasą Wydziału, wynoszącą 262 złr., a dnia 4 stycznia 1810 obejmuje dziekanat prof. Dr. Franciszek Kostecki z polecenia Rządu Księstwa Warszawskiego. Z chwilą ustąpienia z katedry przechodzi Knobloch w dalszym ciągu do służby sanitarnej cesarstwa austryackiego i piastuje w latach 1815—1819 urząd lekarza powiatowego w Myślenicach, od r. 1820 ten sam urząd w Wadowicach, a ślad jego ginie w szematyzmie około r. 1840, być może wskutek jego śmierci lub przejścia w stan spoczynku. Brak wzmianki o Knoblochu w „słowniku lekarzów polskich“ Kośmińskiego, luźna wzmianka o nim w „Zbiorze wiadomości“ Gąsiorowskiego, brak wzmianki w leksykonie Wurzbacha, w bibliografii Estreichera, brak śladów jakiejkolwiek jego naukowej publikacyi dowodzą, że nie odgrywał on wybitniejszej roli, ani też nie dał się poznać jako autor prac naukowych. Tem też należy sobie tłómaczyć późniejsze objęcie przezeń posady rządowego lekarza powiatowego na prowincyi, zatem objęcie stanowiska w każdym razie nader skromnego dla byłego zwyczajnego profesora i dziekana Wydz. lek. krakowskiej Szkoły głównej. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 stycznia.

* Dawniejsza z przed pół wieku zasada, że każdy lekarz polski ma moralny obowiązek prenumerowania wszystkich pism lekarskich polskich i że zatem zbytecznem jest ogłaszanie sprawozdań z prac polskich, straciła przynajmniej od ćwierć wieku wszelką podstawę realną: prenumerować kilkanaście czasopism i wszystkie je czytać, to przecież przekracza wszelką możność każdego lekarza. Anachronizm ten jednak w drugiem swem twierdzeniu, że sprawozdania z bieżącego lekar. piśmiennictwa polskiego są zbyteczne, trwa dalej, a ujemne jego skutki dają się uczuć w tem, że autorowie prac lekarskich polskich zupełnie i bezwiednie zapoznają piśmiennictwo ojczyste, co wszyscy stwierdzamy codziennie. Dla będących u źródła nie trudno poinformować się w cennem rocznem sprawozdaniu z piśmiennictwa lekarskiego polskiego, które od kilku lat wychodzi w „Pamiętniku Towarz. lekar. warszawskiego“, lub w sprawozdaniach miesięcznych „Nowin lekarskich“, lecz lekarz, przebywający na prowincyi i obywający się jednym tygodnikiem, znajduje się w położeniu trudnem, bez wyjścia.

Nie posiadając dość miejsca w „Przeglądzie lekarskim“, usiłowaliśmy złemu zapobiedz przez zaprowadzenie rubryki „Bibliografia“, w której podajemy tylko tytuły rozpraw, co oczywiście nie może zastąpić sprawozdań i służy tylko dla oryentacyi. **Uznając całą doniosłość ogłaszania streszczeń z piśmiennictwa polskiego, postanowiliśmy od Nowego Roku zdawać sprawę w rubryce wyciągów ze wszystkich naukowych oryginalnych prac lekarskich polskich, a jednocześnie pozostawić i nadal rubrykę »Bibliografia« dla szybszej oryentacyi i wcześniejszego poinformowania się.**

* Dowiadujemy się, że miejska elektrownia krakowska jeszcze nie będzie mogła połączyć przed 15 stycznia „Domu Towarzystwa lekarskiego“ z przewodami do oświetlenia miasta, a tem samem i posiedzenie administracyjne Towarz. lekar. krakow. najprawdopodobniej będzie musiało się odbyć jeszcze w tyle gościnnej dla Towarzystwa sali wykładowej prof. Szajnochy.

* Ministeryum spraw wewn. zarządziło, ażeby władze polityczne wzywały delegatów Izb lekarskich na posiedzenia krajowych Rad zdrowia w tych razach, kiedy na porządku dziennym znajdować się będą sprawy zawodowej działalności lekarzy, publicznego pielęgnowania zdrowia, oraz wszystkie, wchodzące w zakres ogólno-sanitarny.

* Z zarządu Towarzystwa samopomocy lekarzy donoszą nam, że Dr. Richter ze Stanisławowa nadesłał kwotę 62 koron, zebraną od 26 lekarzy i 4 aptekarzy, a przeznaczoną dla funduszu wdów i sierót, utworzonego przy Towarz. samopomocy lekarzy. Ofiarodawcy złożyli pieniądze te zamiast wieńca na grób zmarłego kolegi Dr. Ochsenhorna.

* XII Kongres wewnętrznej medycyny odbędzie się w Wiesbadenie w kwietniu, 1905 roku, pod przewodnictwem Erba.

* Między 11 a 17 grudnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, czortkowskim, dobromilskim, jaworowskim, kamioneckim, kołomyjskim, niskim, przemyślańskim (po 1 gminie), rawskim (2 gm.), stryjskim, tarnopolskim, turczańskim i żółkiewskim (po 1 gminie).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Maurycy Ochsenhorn, lat 62 — w Stanisławowie. Dr. Adam Dobrowolski, lekarz okręgowy, zmarł 30 z. m. Dr. Jan Wszebor, lat 68, zmarł w Warszawie. Życiorys podamy w Nr. następnym.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Suner mianowany prof. fizyologii w Sewilli. Doc. Löwi mian. profesorem nadzwycz. farmakologii w Marburgu. Honorowym zwycz. profesorem dermatologii mian. został Dr. Wolters w Rostoku. Tytuł profesorski otrzymali w Berlinie: Dr. Mackerodt (ginekolog) i Dr. Martens (chirurgia).

---

* *Otrzymaliśmy następujące listy otwarte z prośbą o ogłoszenie:*

„Szanowna Redakcyo! Upraszam o łaskawe umieszczenie następujących uwag:

Z powodu ogłoszenia konkursu na posadę lekarza miejskiego w Czchowie uważam za stosowne poinformować kolegów, mogących reflektować na to stanowisko, że Czchów należy do okręgu sanitarnego czchowskiego, funkcye lekarza miejskiego czyli gminnego w Czchowie pełnię ja z urzędu jako lekarz okręgowy tamże (od r. 1897) na podstawie instrukcyi służbowej dla lekarzy okręgowych, wydanej do ustawy z dnia 2 lutego 1891 Dz. u. k. l. 17; dalej, że uchwałę Rady gminnej w Czchowie, spowodowaną presyą pewnych sfer, a postanawiającą rozpisanie powyższego konkursu, Wydział powiatowy w Brzesku jako władza nadzorująca gospodarkę gminną, zniósł pismem z dnia 24/X 1904 l. 4664, wskutek czego wydatku na lekarza miejskiego czyli gminnego Rada gminna w Czchowie nawet w budżet nie wstawiła; następnie, że według brzmienia powyżej przytoczonej ustawy płaca lekarza gminnego (miejskiego) nie może być niższą od kwoty 1.000 koron.

Wreszcie zaznaczam, że ogłoszenie powyższego konkursu należy uważać jako manewr wyborczy pewnych sfer z powodu mającego niebawem nastąpić wyboru nowej zwierzchności gminnej w Czchowie.

Pozostaję z szczególnem poważaniem

Dr. Franciszek Janczy.

* Dr. Langie uprasza nas o sprostowanie „niedokładnego“ oddania jego słów przez „Wiadomości Izbowe“ (Nr. grudniowy), dotyczących umotywowania powodów, dla których wstrzymał się on od głosowania nad wnioskiem o interwencyę Izby w sprawie strejku lekarzy tarnowskich. Tekst sprostowania, nadesłany przez Dr. Langiego brzmi, jak następuje: po słowach: *„Dr. Langie zastrzegł sobie wpisanie do protokołu“* winno być: *„że wstrzymuje się od głosowania nad wnioskiem o interwencyę Izby w sprawie strejku lekarzy tarnowskich, ponieważ dostarczone Wydziałowi informacye są zbyt skąpe i niedokładne, a nawet zachodzą w nich pewne sprzeczności“.*

Bibliografia

— *Gazeta lekarska* Nr. 52. Lud. Korczyński: O wpływie jadów gruźliczych na rozwój i jadowitość innych bakteryi. Krokiewicz: Przypadek „chloroma multiplex“ (dok.). Świątecki: Rad i jego promienie (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 52. Heryng: O nowych metodach inhalacyjnych (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 24. Kowalczewski: Przyczynek do budowy torbieli skórzastych jajnika (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Z. 11. Szczepaniak: Sprawozdanie z miesięcznej działalności ruchomego oddziału okulistycznego w m. Opocznie gub. radomskiej. Serkowski: Zarys semiotyki moczu (c. d.). Przedborski: Przyczynek do powstawania, rozpoznawania i leczenia cierpień zatok bocznych nosa.

— *Postęp okulistyczny* (grudzień). Bałłaban: O szklistem zwyrodnieniu spojówki gałkowej. Noiszewski: Mnogowidzenie jednooczne. Rumszewicz: Przyczynek do anatomii patologicznej t. zw. brodaweczek błony sprężystej naczyniówki (dok.)

— *Głos lekarzy* Nr. 1 zawiera: O nihilizmie lekarskim. — W sprawie pensyi dla wdów i sierót po lekarzach. — Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych w roku 1904 (c. d.) — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych. — Pokłosie z prasy lekarskiej. — Ruch naukowy w polskich Towarzystwach lekarskich. — Nasze Izby lekarskie. — Polskie Towarzystwo balneologiczne. — W sprawie epidemii duru plamistego. — Do czarnej księgi. — Odcinek.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 52. Haškovec: Neuropathologické příspěvky (dok.). Müller: Dva případy maligního chorionepitheliomu (dok.). Slavik: O aktinotherapii (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 102. Pagniez: Wzrost olbrzymi a dziecięcy. Page i Dardelin: Leczenie zapalenia nerek zapomocą „maceratio renalina porci.“

— Nr. 103. Dentu: Leczenie chirurgiczne przewlekłego zapalenia nerek. Carnot: Odruchy — przełykowo-ślinny i przełykowo-łzowy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 52. Kertész: Mechanizm wewnętrznego zadzierzgnienia jelit. Blaschko: Kiła jako zawodowa choroba lekarzy. Albrand: Przyczynek do uproszczenia metody badania jasności światła w ubikacyach zamkniętych. Güttler: Zalety i wady „typhus diagnosticum“ Fickera (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 52. Lange: Przyczynek do leczenia rwy kulszowej. Tabora: Fizykalne rozpoznanie wypociny opłucnowej. Lubliński: Przypadkowe zaszczepienie błony śluzowej nosa. Pfahler: Przyczynek do kazuistyki przepukliny Littrego. Bloebaum: Doszczętne leczenie galwanokaustyką guza nosa. Petretto: Stosowanie balsamu paruwiańskiego w leczeniu ran. Wiesner i Dessauer: Stereoskopijne zdjęcia stosu pacierzowego i kości krzyżowej zapomocą „Kompressioneblende“. Bumke: W sprawie częstości występków u jednopłciowych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 52. Fernwald: Przyczynek do patologii i terapii włókniakomięśniaków macicy ciężarnej. Gobiet: Kazuistyczny przyczynek do pęknięcia wiotkich dróg porodowych. Wagner: Pooperacyjne zapalenie gruczołu przyusznego,

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 53. Wieting i Reschad Effendi: Patologia i anatomia zwężenia dwunastnicy nad brodawką na tle owrzodzenia. Aron: Nadzieje pokładane w wziewaniach tlenu podług najnowszych fizyologicznych badań. Franke: Ból w podeszwie i jego leczenie (dok.). Karewski: Technika doszczętnej operacyi blizn brzucha i przepuklin pępkowych. Pfister: Przyczynek do bocznych guzów przewodów skrzelowych.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 52 (od 25/XII do 31/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 36, dziew. 44; nieżywo: chł. 3, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 9, kob. 18; zamiejscowych: męż. 7, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 8, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy. miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. 1, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 27, obcych 16.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 11 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie administracyjne, na którem urzędnicy Towarzystwa zdadzą sprawę z całorocznej działalności.

Rok XLIV. Kraków, 14 Stycznia 1905. Nr. 2.

Redakcya: ulica Basztowa l. 4.
Administracya: ul. Wielopole l. 4.
Telefon Nr. 93.
Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt ponosi w całości autor.

Ogłoszenia przyjmuje: w Krakowie Administracya, w Paryżu C. Adam Scsr. de Raczkowski, 14 cité de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., w Paryżu C. Adam Scsr de Raczkowski, 14 cité de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rsr. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 5 dolarów.
Jeden numer osobno kosztuje 40 hal.

Treść:

Administracya »Przeglądu lekarskiego« zaprasza do przedpłaty na rok 1905, która wynosi rocznie:
w Austryi 20 Kor., w Król. polskiem i Ces. rosyjskiem 7 Rubli, w Niemczech 16 Marek, we Francyi 30 Fr., w Ameryce półn. 5 Dol.

Dotychczasowych PP. prenumeratorów uprasza się o odnowienie przedpłaty, a zalegających z przedpłatą za rok przeszły — o rychłe uregulowanie rachunków dla uniknięcia przerwy w przesyłce pisma.

181

Rok XLIV. Kraków 14 Stycznia 1905. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z krajowego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Hidroterapia w psychiatryi.

Podał
Dr. J. Woszczyński,
sekundaryusz oddziału.

Woda jako środek leczniczy znaną jest tak dawno, jak dawno znane są choroby. W starożytności stosowano ją w chorobach gorączkowych, nerwowych i psychicznych, a używano przeważnie wody zimnej. Hippokrates i Celsus zalecają zimne zlewania chorych na umyśle, a nauka ta przechowuje się aż do wieków średnich, rozwijana przez lekarzy cesarstwa, którzy prócz medykamentów używają zimnych kąpieli i nacierań.

W wiekach średnich upada leczenie wodą. Są to czasy, w których zboczenia umysłowe uważane są jako kara za grzechy, a chorzy tacy za opętanych przez dyabła, to też leczeniem obłąkanych zajmują się teologowie: wypędzają złego ducha i każą żyć pobożnie, aby się zabezpieczyć od niego. Nawet uczeni mało zajmują się leczeniem. Paracelsus (1490—1541)[1], chemik i lekarz nie jest wolny od tych pojęć; uznaje tylko obłęd (manię) jako chorobę umysłową i każe ją leczyć zewnętrznie i wewnętrznie: nacinać skórę na końcach palców, przystawiać przyszczydła i podawać silne środki przeczyszczające, aby wypuścić „*humor destillatus*“. Czasem jednak bywają stosowane ciepłe kąpiele i środki napotne; zimną wodę uważają za szkodliwą.

W wieku XVII poczyna zimna woda ponownie wchodzić w zwyczaj, szczególnie w Anglii używają jej z upodobaniem, a w niektórych krajach dochodzą pod tym względem do skrajności, n. p. we Włoszech, gdzie wszystko leczą nacieraniami śniegiem i lodem. Iremont Boerhave[2]) poleca zanurzanie w zimnej wodzie lub wprost wrzucanie do wody tak długo, dopokąd chory nie straci przytomności.

Większe zainteresowanie się wodolecznictwem widzimy w wieku XVIII, kiedy poczynają przeważać pojmowania psychologiczne chorób umysłowych i psychologiczne ich traktowanie. Powoli znikają pojęcia o demonach, a psychiatryą zaczynają zajmować się lekarze i leczyć stosownie do ówczesnych pojęć psychologii zapomocą nagłego przestrachu i środków, mających zmienić nastrój psychiczny. Wrzucają więc chorych nagle do wody, leją na nich rozmaite tusze, lub poprostu karzą chorych.

Z końcem XVIII wieku poczynają tu i owdzie powstawać zakłady dla obłąkanych, co ułatwia lekarzom obserwacyę chorych i skutków leczenia. Jednak brak znajomości chorób umysłowych, zmian, jakie one wywołują w układzie nerwowym i przyczyn, z jakich powstają, z drugiej strony nieznajomość działania wody zimnej i ciepłej na nerwy, krążenie i przemianę materyi, uniemożliwiały lekarzom wysnucie wniosków z ich obserwacyi i stworzenie podstaw leczenia, które z konieczności musiało pozostać grubą empiryą, nie uwalniającą od zawodów, a nieraz fatalnych następstw. Dzielą się zdania co do użyteczności wody. Jedni chwalą zimną, drudzy ciepłą wodę, inni, nie mając do niej zaufania, rzadko ją stosują. Heinroth[3]) na początku XIX wieku używa u szalonych zimnych okładów na głowę, podaje kalomel lub „tamaryndy“ z solą glauberską, a jeśli to nie pomaga, przywiązuje do stołka.

Leczenie wodą przechodzi w ręce homeopatów i rozmaitych partaczy. Najpoważniejszym między nimi jest Priessnitz[4]) (około roku 1820) właściciel zakładu wodoleczniczego w Gräfenbergu. On to doprowadza hidroterapię do niebywałego rozwoju, wprowadzając do leczenia rozmaite procedury: całe i półkąpiele, zawijania mokre i suche, zawijania pojedynczych części ciała, zlewania, okłady i opaski. Polecał dyetę obfitą, a niedrażniącą i picie wielkiej ilości wody, co miało działać na ruch robaczkowy jelit. Do leczenia należała praca fizyczna. W ten sposób leczył Priessnitz wszystkie choroby, także nerwowe i psychiczne, a używał do swych zabiegów wodoleczniczych tylko wody źródlanej. Jakkolwiek nie stworzył on żadnej metody, wprowadził bowiem tylko w użycie zabiegi, używane przez braci Hahn we Wrocławiu, stosując je jednak szczęśliwą ręką i wydoskonalając, dał bodziec do spopularyzowania hidroterapii i uważanym bywa za jej reformatora.

Schrott[4]), wysłużony kapral dragonów i przeciwnik Priessnitza, używa w swym zakładzie do zawijań trzech mokrych prześcieradeł, każe jeść tylko bułki i zaleca spokój.

W tym czasie powstaje teorya „kriz“; występowanie czyraków i wyprysków uważają za przełom w chorobie; w rzeczywistości nie miały one nic wspólnego z chorobą i były następstwem w części mechanicznego tarcia przy zawijaniach, w części zaś wielkiej różnicy w ciepłocie ciała, a zimnej wody.

Jeszcze w połowie XIX wieku używają zimnych kąpieli, a polecają je poważni autorowie i psychiatrzy, jak Jacobi[5]), który zaleca kąpiele 13° przez $^1/_2$—1 godziny,

[1]) Kirchhoff: Beziehungen des Dämonen- und Hexenwesens zur deutschen Irrenpflege.
[2]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Band 50.
[3]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Band 55.
[4]) Czerwiński: Compendium der Thermotherapie.
[5]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Band XI.

lub kąpiele krótsze o niższej jeszcze ciepłocie. Po takich kąpielach widział Jacobi u szalonych zmniejszenie się podniecenia układu nerwowego, szczególnie w sferze ruchowej i stósował je bezwzględnie, używając nawet przemocy u chorych opornych; kąpiącym się kazał od czasu do czasu zanurzać głowę pod wodę. W tym czasie zaczyna się we Francyi zwrot ku wodzie ciepłej, a kąpiele ciepłe dłużej trwające uchodzą za najlepszy środek uspokajający.

W Anglii występuje Chapmann z teoryą naczynioruchową w leczeniu padaczki i porażenia. Opierając się na doświadczeniach Cl. Bernarda, że przecięcie, względnie porażenie splotu sympatycznego sprowadza rozszerzenie naczyń, drażnienie zaś zwęża, przykładał na grzbiet worki kauczukowe z zimną lub ciepłą wodą, chcąc w ten sposób wpłynąć na zmianę krążenia w mózgu. Zapatrywania jego nie znalazły zwolenników w Niemczech.

Z ulepszeniem i rozpowszechnieniem ciepłomierza zaczynają się systematyczne badania nad wpływem wody na rozmaite stany chorobowe; badają działanie wody o rozmaitych ciepłotach na ustrój ludzki, badają jej wpływ, regulujący ciepłotę ustroju i uznają jej działanie na przemianę materyi. Badania te, jakkolwiek odnoszą się przeważnie do chorób gorączkowych, w których woda, działając przeciwzapalnie, staje się środkiem leczniczym, nie pozostają bez wpływu na psychiatryę.

I tu spotykamy w połowie XIX wieku krytyczne prace nad działaniem wody, zwłaszcza zimnej, na cierpienia umysłowe, uważane już za cierpienia „materyalne“. W pracach tych widać z jednej strony krytykę szablanowego używania wody źródlanej, z drugiej zwrot ku wodzie ciepłej i łagodnym procedurom, które przy rozwijających się już wówczas poglądach na używanie środków przymusowych są więcej humanitarne. Pojawiają się prace nad działaniem wody w rozmaitych postaciach chorobowych, przepisują ciepłotę i czas trwania kąpieli, nakazują indywidualizowanie i przestrzegają przed następstwem zbyt heroicznych zabiegów.

Richter[6]) podaje przepisy systematycznego leczenia histeryi i hipochondryi, skraca czas trwania zimnych kąpieli, zabrania wrzucania do wody i zwraca uwagę na indywidualizowanie; silne podniecenia psychiczne leczy krótkiemi kąpielami zimnemi, lub dłuższemi kąpielami nasiadowemi; w lżejszych zaleca zlewania i nacierania; u osób wrażliwych poprzestaje na krótkich zawijaniach.

Finkelburg[7]) podaje opisy historyi chorób, bada wpływ mokrych zawijań na ciepłotę ciała i tętno i widzi lepsze wyniki po zawijaniach, niż po zimnych kąpielach, które radzi ostrożnie stósować w cierpieniach reumatycznych, chorobach serca i skłonności do wybroczyn w mózgu.

Jeszcze w II. połowie XIX wieku trwa spór o zimne kąpiele; większość jednak usuwa je w leczeniu psychoz, zwłaszcza świeżych, podnosząc zgubne skutki zimnych zabiegów u młodych osób. Obrońcy zimnych kąpieli podnoszą ich wybitny odczyn i skutek w obłędzie (manii); stany przygnębienia, które noszą zazwyczaj nazwę zadumy (melancholii), leczą zimnemi półkąpielami, zmywaniami i zimnemi zawijaniami. Dopiero badania nad działaniem wody na ustrój, przeprowadzone przez Winternitza i jego szkołę, wykazują zbyt silne oddziaływanie zimnej wody i wyjaśniają je naukowo, co przyczynia się do zupełnego niemal usunięcia tej metody w leczeniu psychoz tak, że obecnie zimne kąpiele wyjątkowo tylko niektórzy stosują, a zimna woda wogóle używaną bywa tylko do miejscowych zabiegów.

Jak Priessnitz uchodzi za reformatora hidroterapii empirycznej, tak Winternitz jest naukowym jej przedstawicielem. On głównie zajął się badaniem wody, jako czynnika leczniczego i określił jej działanie na nerwy, krążenie i przemianę materyi; rozszerzając i wydoskonalając używane dotąd metody, dał im naukową podstawę i przystósował do potrzeb klinicznych. Technika Winternitza jest dotąd w Niemczech panującą. (C. d. n.)

[6]) Richter: Wasserbuch.

[7]) Finkelburg: Erfahrungen über Kaltbadekuren bei Seelengestörten.

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do leczenia niektórych stanów septycznych.

Napisał

F. Majewski,

asystent kliniki.

(Podług wykładu na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w 1903 roku).

(Ciąg dalszy).

Oprócz wpływu na ciepłotę mogliśmy spostrzegać również dobroczynny wpływ na tętno i objawy podmiotowe, jak zmniejszenie się bólów, lepsze samopoczucie, czasami poprawę w stanie sensorynm. Godnem jest uwagi, że nieraz tętno pozostawało prawie bez zmiany wówczas, kiedy ciepłota zdążyła już znacznie opaść; — robiło to wrażenie, jakgdyby obydwa te objawy zależały od różnych czynników i jakby surowica działała przedewszystkiem na ciepłotę, a mniej na tętno.

Powikłania, towarzyszące bardzo często wprowadzeniu do ustroju ludzkiego surowicy zwierzęcej, występowały często. Nigdy jednak w podobnych przypadkach nie spostrzegałem objawów, któreby istotnie zasługiwały na nazwę powikłań poważnych i obudziły podejrzenia o szkodliwym wpływie surowicy. Wstrzyknięciu surowicy towarzyszyły często bole i lekkie obrzęki stawów i kości, wysypka w formie pokrzywki, występującej zwykle jednocześnie z nieznacznem podniesieniem ciepłoty, swędzenie i łuszczenie się skóry, bole miejscowe w okolicy dokonanego wstrzyknięcia; raz pokazało się białko w moczu, które po paru dniach ustąpiło. Z zachowania się krwi należy podnieść leukocytozę; w badanych przypadkach zjawiła się ona mniej więcej w 8—10 godzin po wstrzyknięciu surowicy, trwała krótko i była niewielka.

Bole miejscowe występowały często i sprawiały znaczne dolegliwości. W praktyce dziecięcej spostrzegano je już i dawniej i niektórzy klinicyści (Bagiński) są tego zdania, że bole te zawsze bywają większe przy stosowaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej, niż innej, n. p. przeciwbłoniczej. Możliwą jest rzeczą, że niejakie znaczenie w danym

przypadku ma ta okoliczność, że posiadając wysokowartościową surowicę przeciwbłoniczą, jesteśmy w stanie wstrzykiwać ją w stosunkowo małej ilości i tem powodować nadwerężenie tkanek mniejsze, niż to, jakie zachodzi przy zastosowywaniu zwykle dużych ilości surowicy przeciwpaciorkowcowej, znacznie mniej wartościowej. Objawy te zdarzyły się w 4 przypadkach i występowały między 6 a 10 dniem po wstrzyknięciu surowicy. Odliczając więc od ogólnej liczby chorych, leczonych surowicą, 4 przypadki, które zakończyły się śmiertelnie wcześniej, niż którykolwiek z wyżej wzmiankowanych objawów mógł wystąpić, — wypadnie, że na 12 przypadków zastosowania surowicy nastąpiło powikłanie w 4, t. j. 33,33%.

Opierając się na prawie swoistego działania surowic leczniczych na drobnoustroje lub sprawy chorobowe, przez nie wywoływane, mogliśmy się spodziewać, że stosowana przez nas surowica przeciwpaciorkowcowa okaże się istotnie czynną tylko w zakażeniu paciorkowcowem. Przemawiały za tem nietylko dane teoretyczne, ale i praktyka lat dawniejszych. Surowicę przeciwpaciorkowcową próbowano stosować już od dawna w niektórych stanach posoczniczych, najwięcej zaś w przypadkach róży i w gorączce popołogowej. Wnioski wyciągnięte z tych i tym podobnych spostrzeżeń przemawiały za tem, że o ile w zakażeniu czysto paciorkowcowem nieraz udawało się różnym autorom osiągać niezaprzeczalnie dodatnie wyniki, o tyle w zakażeniu mieszanem surowica przeciwpaciorkowcowa zawodziła zupełnie.

Wyniki badań, przeprowadzonych w klinice krakowskiej, przedstawiają tę kwestyę nieco odmiennie, albowiem kilkakrotnie nam się zdarzało spostrzegać wybitne działanie (n. p. przeciwgorączkowe) stosowanej przez nas surowicy nie tylko w razach zakażenia czysto paciorkowcowego, ale i w innych. Tak n. p. raz otrzymaliśmy znaczne obniżenie ciepłoty (około 0,7° C) w ciągu 4 godzin po wstrzyknięciu surowicy przeciwpaciorkowcowej w przypadku zapalenia wyrostka sutkowego (powikłanym z zapaleniem opon mózgowych), wywołanym dwoinkami Fränkla; dwa razy — w zakażeniu mieszanem, z których w jednym (zapalenie posocznicze otrzewnej) uczestniczył i lasecznik okrężnicy, w drugim zaś z ropy, znalezionej w przestworach wyrostka sutkowego, wyhodowano paciorkowca i dwoinki Fränklowskie.

Natomiast w jednym przypadku ropnego zapalenia wyrostka sutkowego, powikłanym zakrzepem w przylegających zatokach mózgowych, — sprawie, wywołanej wyłącznie zakażeniem paciorkowcowem, działanie surowicy okazało się minimalne. Gorączka nie obniżyła się wcale; pozostała i w godzinach następnych po wstrzyknięciu surowicy na tym samym poziomie.

Wyniki większości naszych spostrzeżeń klinicznych zgadzały się zatem z wynikiem mojej pracy doświadczalnej. Prócz tego mogliśmy jeszcze stwierdzić, że surowica używana przez nas ujawniała działanie nietylko swoiste, ale i nieswoiste.

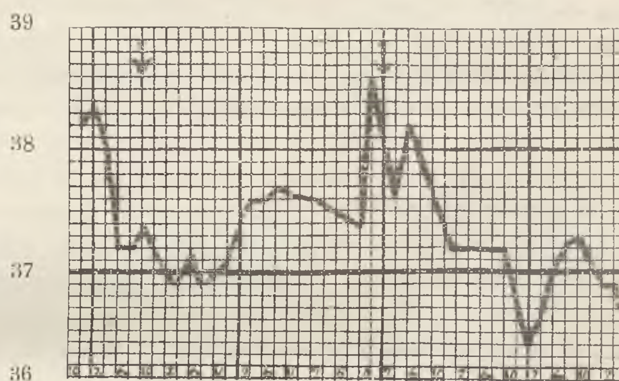
Sposób działania surowicy w spostrzeganych przez nas przypadkach okazał się z niektórych względów nadzwyczaj interesującym i zasługuje na dokładny rozbiór. Przedtem jednak skreślę w krótkich słowach historyę paru przypadków, w których wpływ dobroczynny surowicy wystąpił bardzo wyraźnie i przytoczę tu przeważnie takie, w których sprawa ograniczała się jedynie do paciorkowców.

Pierwszy przypadek dotyczył przepukliny pachwinowej prawej uwięzłej i obumarłej *(hernia inguinalis dextra incarcerata necrotica)*. Chory, mężczyzna, liczący lat 22; uwięznięcie przepukliny, już dawniej istniejącej, nastąpiło przed dwoma dniami. Objawy ogólnego zapalenia otrzewnej.

Przy operacyi znaleziono worek przepuklinowy i tkanki otaczające zapalnie nacieczone; wewnątrz worka mętny płyn i pętla jelita cienkiego około 12 ctm. długości, zupełnie uległa zgorzeli. W jamie brzusznej wysięk surowiczo-krwawy, powierzchnia otrzewnej nie lśniąca, matowa. W płynie wysiękowym jamy brzusznej znaleziono paciorkowce. Mieliśmy oczywiście do czynienia ze świeżo poczynającem się zapaleniem otrzewnej. Dwukrotne wstrzyknięcie surowicy: w ilości 30 sz. ctm. po operacyi i 40 sz. ctm. w 48 godzin później przecięło zupełnie wznoszenie się ciepłoty ponad poziom prawidłowy i wszelkie inne objawy poczynającego się zapalenia otrzewnej. Każdorazowe zastosowanie surowicy wywoływało w krótkim czasie bardzo widoczny wpływ na stan ciepłoty i obserwując chorego miało się to wrażenie, że głównie surowicy zawdzięczał on swój powrót do zdrowia.

Przypadek 1.

Hernia inguinalis incarcerata necrotica. Peritonitis streptococcica incipiens.



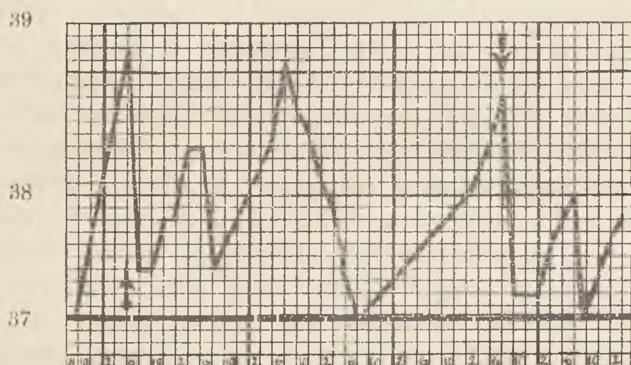
Strzałki oznaczają wstrzyknięcie surowicy.

Następnie mieliśmy sposobność spostrzegać przypadek ropnicy, spowodowanej uogólnieniem się sprawy chorobowej, która zaczęła się od ropnego zapalenia kolana wskutek rany urazowej, drążącej do stawu. Zakażenie paciorkowcowe; paciorkowce stwierdzono drobnowidowo i bakteryologicznie, zarówno w wydzielinie ropnej, jak i we krwi chorego. Chory miał wszelkie objawy ropnicy już po zastosowaniu odpowiednich zabiegów chirurgicznych: typ gorączki zwalniający, kilkakrotne wstrząsające dreszcze, biegunka, żółtaczkowa cera, majaczenia i zwidywania. Stan gorączkowy trwał przez 33 dni. Ciepłota dochodziła do 40° C. Chory na czwarty dzień po operacyi, kiedy ciepłota dosięgła 39,2°, otrzymał 50 sz. ctm. surowicy przeciwpaciorkowcowej; we dwie godziny, jak to zresztą widać z tablicy gorączkowej, ciepłota spadła do 37,4°. We dwa dni później 50 sz. ctm. surowicy wywołało po upływie 2 godz. prawie równie znaczny spadek ciepłoty. Tym razem z 38,8° spadek ciepłoty doszedł do 37,2°. Zwrócić należy tu uwagę na różnice, jakie występowały przy wieczornem obniżaniu się ciepłoty po użyciu surowicy i bez niej. Porównanie dwóch ta-

kich dni, z których w jednym surowica była użyta, a w drugim nie, wykazuje nam duże różnice, zależne, jak to widać z załączonej tablicy, od pomyślnego działania zastosowanej surowicy.

Przypadek 2.

Ropnica wskutek ropnego zapalenia stawu kolanowego.



Strzałki oznaczają wstrzyknięcie surowicy.

W trzecim przypadku mieliśmy do czynienia z posocznicem zapaleniem otrzewnej ze wszystkimi typowymi objawami. Przypadek ten odpowiadał dokładnie niektórym warunkom moich doświadczeń w pracowni, pozwalającym się spodziewać *optimum* wyników. Pierwsze wstrzyknięcie surowicy zrobiłem do jamy brzusznej jednocześnie z wniknięciem zarazka. Było to więc wstrzyknięcie ochronne. W pracy mojej, kilkakrotnie już wyżej wspomnianej, zaznaczyłem, że przy stosowaniu surowicy w celach leczniczych w przypadkach zapalenia otrzewnej otrzymałem lepsze wyniki, zastosowując je podskórnie. Nadmieniam tu jednocześnie, że wyniki przy zastosowaniu ochronnem okazały się daleko lepszymi w razach użycia surowicy do jamy otrzewnowej, zwłaszcza w razach jednoczesnego jej wprowadzenia z zakażeniem.

W krótkich słowach historya choroby i stanu pooperacyjnego tylko co wspomnianego przypadku chorobowego, przedstawia się następująco: Chora lat 36; rok przedtem operowana była w tej samej klinice z powodu *hernia inguinalis dextra incarceta necrotica*. Po operacyi pozostała sztuczna rzyć, przez którą masa kalu ciągle odchodziła. Mniej powikłane zabiegi, jak zakładanie kleszczy Dupuytrena i zeszywanie przetoki, nie dały pożądanego wyniku.

Na żądanie chorej przystąpiono do operacyi zamknięcia przetoki zapomocą laparotomii, zdając sobie sprawę z całego niebezpieczeństwa, jakie groziło ze względu na łatwość zakażenia ze strony nie dającej się dokładnie oczyścić skóry. Założono połączenie między pętlami jelita doprowadzającego i odprowadzającego powyżej rzyci sztucznej (*anus praeternaturalis*), części zaś, przylegające do sztucznej rzyci wraz z założoną przed rokiem enteroanastomozą resekowano a odcinki zaszyto. Następnie jednak przy zbadaniu stanu i położenia reszty jelit okazało się, że jedna z odprowadzających pętli jelita cienkiego była zrośnięta z pętlą esowatą w miejscu, gdzie ta ostatnia przechodzi w prostnicę. Wskutek tego utworzyły się szerokie wrota, przez które cały zrąb jelit również odprowadzających cienkich przeszedł na lewą stronę, zrósł się z wrotami i uciskał zstępującą część kiszki grubej i część esowatej; tu wytworzyły się również zrosty. Miałaby więc chora po usunięciu rzyci sztucznej zupełne zamknięcie wewnętrzne światła jelita w razie nieusunięcia tych zawikłań. Udało się je usunąć tylko kosztem długotrwałego powikłanego zabiegu, przyczem trzeba było zrobić bardzo duże cięcie w powłokach brzusznych, poprzecinać dużo zrostów i wyłożyć jelito na zewnątrz; jelita stykały się niejednokrotnie z miejscami zakażonemi. Należało napewno oczekiwać zakażenia.

Jeszcze na stole operacyjnym przed zeszyciem powłok brzusznych do wnętrza jamy otrzewnowej wlano 10 sz. ctm. surowicy przeciwpaciorkowcowej i w parę minut po operacyi 40 sz. ctm. tejże surowicy wstrzyknięto podskórnie.

Operacya zakończona została o godzinie 3. Wieczorem tego dnia chora czuje się znacznie osłabioną, pozatem żadnych groźnych objawów niema.

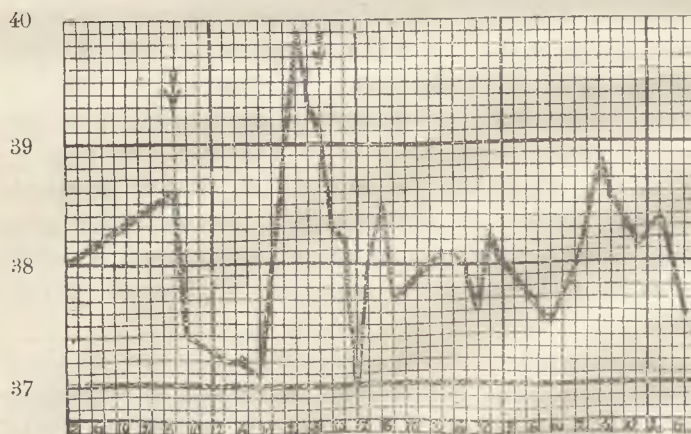
Na drugi dzień: rano $+36,6^0$, tętno 120; wieczorem $+37,6^0$, tętno 140.

Chora czuje się bardzo osłabioną; duża bolesność brzucha całego przy najlżejszem dotknięciu; silna czkawka, kilkakrotne wymioty, bębnica, wiatry nie odchodzą zupełnie; twarz szaro zabarwiona: — posocznicze zapalenie otrzewnej. Tegoż dnia wieczorem o 11-tej wstrzyknięto 30 sz. ctm. surowicy przeciwpaciorkowcowej — ciepłota opada o $0,6^0$, pogorszenie tętna nie następuje.

W dwóch dniach następnych jeszcze dwa razy wstrzyknięto po 40 sz. ctm. surowicy, przytem ciepłota w pierwszym dniu spadła po 2 godzinach od chwili wstrzyknięcia o cały stopień niżej, w następnym zaś w ciągu 8 godzin po zastosowaniu 40 sz. ctm. surowicy z $39,9^0$ do $37,9^0$, tętno 115.

Przypadek 3.

Peritonitis acuta septica.



Strzałki oznaczają wstrzyknięcie surowicy.

Dobroczynny wpływ surowicy dał się jeszcze i w tem zauważyć, że wkrótce po trzeciem jej wstrzyknięciu odeszły po lawatywie wiatry (poprzednie lawatywy pozostawały bez skutku), a na 6 dzień obfity stolec. Już na trzeci dzień chora czuła się podmiotowo daleko lepiej, na 5-ty zaś dzień stan jej tak dalece się poprawił, że bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia chorej — zapalenie otrzewnej — można było uważać za usunięte. (C. d. n.)

* * *

III. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

Podał
Dr. W. Chlumský,
Docent chirurgii i ortopedyi Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

B) O mięsieniu przy skrzywieniach kości kończyn.

Skrzywienia kości kończyn górnych bywają rzadko przedmiotem zabiegów leczniczych. Przedewszystkiem skrzywienia te nie występują zbyt często, a jeżeli mają miejsce, to rzadko dochodzą do tego stopnia, aby wymagały leczenia. Sami mieliśmy w leczeniu tylko sześć podobnych skrzywień i to wrodzonych, przy których obok zniekształcenia kości znaleźliśmy także i brak niektórych kostek ręki. W przypadkach tych stosowaliśmy obok mięsienia odpowiednie opatrunki i przyrządy. Mięsienie w tych przypadkach nie różniło się niczem od zwykłego mięsienia, które wykonywamy w chorobach kończyn górnych. Choroby kości nabyte były częstszym powodem skrzywień kości kończyn górnych, nigdy jednak nie wymagały specyalnych zabiegów leczniczych.

O wiele częściej wydarzają się skrzywienia i zniekształtnienia kości kończyn dolnych — jako zniekształtnienia wrodzone i to jako stopa końska, oraz zniekształtnienia, do niej zbliżone (stopa kopytoszpotawa, stopa szpotawa), a następnie jako stopa płaska. Często też wydarzają się skrzywienia nabyte, jako: kolana koślawe, kolana szpotawe, biodro szpotawe i owe przeróżne skrzywienia, występujące w krzywicy. Wszystkie prawie te skrzywienia należy naprzód wyrównać i choćby w przybliżeniu doprowadzić do stanu prawidłowego. Wyrównanie takie wykonywamy powoli zapomocą odpowiednich opatrunków i przyrządów, albo nagle, krwawym lub bezkrwawym rękoczynem. Wyrównaniem takiem dochodzimy jednak do wyników tylko połowiczych, kończyny w tych przypadkach mają mięśnie wiotkie, a nawet niekiedy bywają porażone. Dopóki słabe mięśnie nie zostaną wzmocnione i zadania swego nie mogą sprawnie wykonywać, dopóty i wyrównanie krzywych kości nie może być zupełne. I tu znowu na pierwsze miejsce występuje mięsienie i gimnastyczne ćwiczenia.

Pożądanem jest, aby masowaną była nietylko część zmieniona kończyny, lecz cała kończyna.

Skrzywienia stopy, n. p. stopa końska i t. p.; pociągają za sobą zanik i zwiotczenie mięśni nietylko na stopie, lecz przedewszystkiem mięśni łydki, a nawet mięśni uda i pośladka; mięśnie te są słabsze i niesymetrycznie rozwinięte. Ćwiczenia gimnastyczne i na przyrządach stosujemy w tym celu, ażeby wzmocnić poszczególne grupy osłabionych mięśni. Mięsienie wykonywamy codziennie, a nawet o ile możności dwa razy na dzień, każdorazowo od ośmiu do piętnastu minut. Rozpoczynamy je jak najwcześniej, a więc nawet u noworodków; wogóle tem lepsze będą wyniki, im wcześniej rozpoczniemy leczenie. Na nieszczęście zawsze jeszcze ogólnem jest mniemanie, że z leczeniem skrzywień kości u noworodków czekać należy kilka miesięcy, aż dziecko „sił nabierze.“ Zdanie to nie ma żadnej zgoła słuszności.

W przeciągu tych kilku miesięcy kości stwardnieją, a zniekształtnienie staje się tem większe. Także i mięśnie się skracają, a rozwój ich zostaje powstrzymany. Gdy zaś rozpoczynamy leczenie zaraz po urodzeniu dziecka, nie napotykamy tych trudności i dlatego zwyklymi i prostymi środkami możemy do pożądanych dojść wyników i uniknąć poważniejszych następowych zabiegów operacyjnych, które w wieku późniejszym są nieraz nieuniknione.

To samo odnosi się też do zniekształtnień kości w krzywicy. Wiadomo, że skrzywienie kości w tej chorobie może, lecz nie musi wyrównać się samo. W oczekiwaniu wyleczenia samoistnego często się wydarza, że skrzywienie powiększy się — zwolna lub nagle, — a wtedy nie pozostaje nic innego, jak wykonać zabieg operacyjny. Gdy zaś zawczasu pomyślimy o leczeniu, to już zwykłe mięsienie wyrównać może wszelkie skrzywienia tak kości podudzia, jak i uda, a nawet zupełnie je usunąć. Mieliśmy w leczeniu cały szereg podobnych przypadków u dzieci w wieku od roku do pięciu lat o skrzywieniach kości często wysokiego stopnia, które powiodło się nam usunąć bez operacyi, a tylko zapomocą odpowiednich przyrządów i pilnego mięsienia. Zwykle wykonawcami leczenia byli w domu sami rodzice dziecka, którym wskazywaliśmy tylko sposób, w jaki należy postępować.

Podobnie postępujemy także w owem, tak częstem, skrzywieniu kończyn dolnych, które nosi nazwę kolan koślawych (*genua valga*, u Niemców „Backerbeine“, „X-Beine“). U dzieci poniżej lat 12 powiodło mi się we wszystkich przypadkach wyleczyć tę sprawę bez operacyi, jedynie zapomocą mięsienia i kilku, osobno w tym celu zbudowanych przyrządów. Nie operowałem ani krwawo, ani bezkrwawo i nie używałem wcale opatrunków gipsowych. U starszych osiągano w ten sposób przynajmniej znaczne polepszenie, które w większości przypadków zupełnie wystarczało.

Z dobrym stosunkowo wynikiem spotyka się leczenie w biodrze szpotawem (*coxa vara*). W jednym przypadku u dziewczynki dwunastoletniej wystąpiło tak znaczne skrzywienie obu szyjek kości udowych, że dziecko tylko z trudnością mogło chodzić. W przeciągu sześciu tygodni, przez który to czas wykonywaliśmy mięsienie obu kończyn i ręką staraliśmy się wyrównywać skrzywienia, nastąpiło tak znaczne polepszenie, że dziewczyna mogła nietylko wznosić się po schodach aż na trzecie piętro, lecz nawet ślizgała się bez żadnego trudu, nie uzyskawszy na to naturalnie naszego zezwolenia. Stosując mięsienie, mieliśmy głównie na celu wzmocnienie pośladków i mięśni odwodzących uda, przyczem jednak nie zaniedbywaliśmy mięsienia mięśni całej kończyny. Dalsze leczenie pozostawiliśmy rodzicom.

Jak powiedzieliśmy wyżej, dobre wyniki zależą od wczesnego rozpoczęcia leczenia, — zwłaszcza u dzieci. Lecz i u dorosłych możemy ćwiczeniami gimnastycznemi i mięsieniem uzyskać pokaźne wyniki. I tu zwracamy uwagę na przypadki t. zw. stopy płaskiej u ludzi u dorosłych, gdzie mięsieniem stopy i łydki udało się nam zmniejszyć trudności w chodzeniu, a nawet w niektórych lżejszych przypadkach cierpienie usunąć zupełnie. W przypadkach zaś ciężkich stosowaliśmy należycie i celowo zrobione obuwie, a w kilku byliśmy zmuszeni zwrócić się do zabiegu operacyjnego. We wszystkich tych przypadkach mięsiliśmy kończyny, przez co powiodło się nam przynajmniej skrócić czas zdrowienia, a choremu przyspieszyć powrót do codziennych zajęć.

Wspomnieć tu muszę o używanym tak często opatrunku gipsowym stopy płaskiej i ostrzedz przed nim jak najusilniej. Wskutek bowiem unieruchomienia przeważnej części stawów kończyny dolnej niezmiernie wtedy słabnie i tak już upośledzona siła mięśni, a stan chorych po przelotnem polepszeniu jeszcze więcej się pogarsza.

C) Mięsienia po urazach kości.

Po lżejszych urazach kości (*contusio*) przystępujemy do mięsienia — o ile możności w samym dniu urazu. Wyjątek stanowią cięższe urazy powikłane, czyli połączone z otwartemi ranami. Tu należy założyć przedewszystkiem odpowiedni opatrunek i poczekać, aż się rana zgoi, albo przynajmniej w tym znajdzie się stanie, że mięsienie nie przyniesie jej szkody i nie sprowadzi zakażenia. W pierwszych dniach po urazie mięsimy uszkodzone miejsce tylko zlekka, natomiast miejsce, znajdujące się wyżej urazu, o wiele silniej (mięsienie przygotowawcze Reibmeyera). W ten sposób wysysamy niejako wypocinę, lub krew wynaczynioną z miejsca urazu. Zwykle już pierwsze mięsienie uśmierza bóle w miejscu urazu i wstrzymuje powiększanie się obrzęku.

Jeżeli zranienie jest małe, to stosujemy leczenie tylko mięsieniem. W cięższych przypadkach używamy odpowiednich opatrunków. Układamy całą kończynę wysoko, albo staramy się przynajmniej utrzymać miejsce zranione w jak największym spokoju. Przy takiem postępowaniu stosunkowo szybko przychodzi do wyleczenia.

Urazy cięższe, połączone z pęknięciem lub zupełnem złamaniem kości, leczymy podobnie, lecz tylko w takim razie, jeżeli odłamki kości nie wysuwają się z prawidłowego położenia kości. Zwykle zakładamy wtedy opatrunek, którego celem jest utrzymanie odłamków w prawidłowem do siebie położeniu. Opatrunek ten zmieniamy codziennie lub co drugi dzień, a już od początku mięsimy części około urazu, jak i samo miejsce urazu, lecz lekko. Przytem wykonywamy w ciągu mięsienia lub po niem ostrożne ruchy w stawach, między którymi, lub przy których uraz nastąpił. Tym sposobem staramy się zapobiedz z jednej strony zwątleniu mięśni, z drugiej powstaniu przykurczenia i zesztywnienia w stawach sąsiednich. Wspomniane ruchy wykonywamy z początku sami (ruchy bierne), później polecamy je wykonywać dowolnie (ruchy czynne), dalej stawiamy opór tym ruchom (ruchy oporne). Mięsienie i ruchy w stawach stosujemy od początku aż do zupełnego zgojenia urazu. W ten sposób przyspieszamy wyleczenie o jedną trzecią, a nawet o połowę czasu, któregoby wymagało ono bez zastosowania mięsienia.

Niektórzy autorowie leczyli na próbę chorych z urazem współczesnym na obu kończynach dolnych lub górnych tak, że na jednej kończynie zmieniali opatrunki, mięsili i wykonywali ruchy w stawach bierne i czynne; na drugą zaś kończynę zakładali opatrunek rzadko zmieniany, nie stosując mięsienia, jak to zresztą do niedawna ogólnem było wśród lekarzy. Wynik postępowania tego był ten, że kończyna, którą leczono mięsieniem, wróciła prędko do stanu prawidłowego; mięśnie uległy wprawdzie zanikowi, lecz małego stopnia, a stawy sąsiednie zachowały zupełną ruchomość. Kończyna zaś, której nie masowano, była stężała, a mięśnie jej częściowo zanikły i wszelkie ruchy sprawiały ból, a poruszalność stawów sąsiednich była znacznie upośledzoną tak, że trzeba było kilku tygodni gorliwego mięsienia, zanim kończyna wróciła do stanu prawidłowego. W przypadkach cięższych, gdzie odłamków kości jest więcej, zmiażdżenie silniejsze, a odłamki i złamane części nie mogą się utrzymać w prawidłowem przystosowaniu do siebie, zakładamy naprzód opatrunek, który daje się łatwo zdjąć i założyć na nowo. Przytem należy pamiętać o tem, że zbyt dokładne składanie odłamków i ustalanie ich w prawidłowem przystosowaniu się niema w pierwszych dniach zbyt wielkiego znaczenia. Wystarczy, jeżeli w przypadkach takich złożymy odłamki kości, choćby mniej dokładnie, wiadomo bowiem, że bezpośrednio po urazie przychodzi do wynaczynienia i znacznego obrzęku, co bardzo utrudnia dokładne złożenie odłamków. Dlatego też należy usunąć najpierw obrzęk i wynaczynienie, lub przynajmniej znacznie je pomniejszyć, czemu właśnie dzielnie dopomaga mięsienie. W pierwszych dniach mięsimy chorą kończynę w opatrunku otwartym, czyli bez zdjęcia go. Tymczasem wytwarza się kostnina, która w pierwszych dziesięciu dniach jest tak miękką, że da się giąć i dlatego też ułożenie kości względem siebie da się jeszcze poprawić. Począwszy dopiero od dnia dziesiątego, według innych zaś autorów później, zaczyna kostnina twardnieć. I tu już należy dbać pilnie o to, ażeby końce złamania znachodziły się w położeniu prawidłowem. Niektórzy lekarze nie stosują mięsienia w okresie, w którym kostnina twardnieje, lecz tylko starają się odłamki utrzymać w prawidłowem ułożeniu. Według naszego doświadczenia należy kończynę masować i opatrunek często zmieniać, ażeby mieć możność nieomylnego przekonania się o położeniu i o przypuszczalnej potrzebie jego zmiany. Opatrunki, zakładane w tych przypadkach, wymagają szczególnej zręczności, a zmiana ich wiele czasu i cierpliwości, lecz wszystko to zostaje hojnie wynagrodzonem przez pomyślne wyniki leczenia. Należyte ruchy i zupełna zdolność do czynności powracają nawet wtedy, gdy nie udało się nam wywołać anatomicznie idealnego zrostu części złamanych. Spotykaliśmy nieraz chorych, u których z nadzwyczajną starannością osiągnięto zrost kości zupełnie dobry, lecz mimo tego pozostała nieruchomość w stawie, lub trwały niedowład mięśni. Natomiast w naszych przypadkach uzyskiwaliśmy zawsze zupełną zdolność do czynności.

Leczenie, przez nas zalecane, przypomina pod niektórymi względami owe cudowne leczenia, wykonywane przez owczarzy i znachorów, którzy do dziś dnia jeszcze opatrują złamaną kość w leszczoty z kory lub z drzewa i wcieraniem w okolicę złamania „cudownie działających“ maści, co w istocie niczem innem nie jest, jak właśnie mięsieniem, zapomocą którego osiągają oni lepsze wyniki, niż wielu lekarzy, którzy z reguły prawie unieruchomiają złamaną kość, resztę pozostawiając cierpliwie „działaniu przyrody“. Obawiano się, że wskutek częstych opatrunków i mięsienia może łatwo opóźnić się kostnina; jednakże rzecz ta ma się właśnie wprost przeciwnie.

Mięsienie jest także jednym ze środków przeciwdziałających powstaniu t. zw. stawów rzekomych (pseudarthrosis) między dwiema złamanemi kośćmi, zwolna się zrastającemi. Mięsieniem sprowadzamy lepsze odżywienie kości, a przez to przyspieszamy twardnienie kostniny. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

H. Magnus: **Der Wert der Geschichte für die moderne induktive Naturbetrachtung und Medicin** (Wrocław 1904. T. U. Kern).

Pracownik, który z zakresu historyi medycyny tak dużo i tej miary rzeczy ogłosił, co Magnus, ma prawo do zastanowienia się nad wartością i znaczeniem historyi dla nauk przyrodniczych wogóle, a medycyny w szczególności. Na ogólnem i miejscowem znieczuleniu, na leczeniu zaćmy, na nadmiernej otyłości i wielu innych przykładach udowadnia M., iżby nauka nasza, a w pierwszym rzędzie cierpiąca ludzkość zyskała, gdyby lekarze należyte mieli zrozumienie dla historyi swojej nauki. Wykazując zaś na wielu jaskrawych przykładach słuszność swoich twierdzeń, zadaje sobie ostatecznie pytanie, jak należy uczyć i wykładać historyę medycyny? Trzymając się zaś zasady, że przy nauczaniu historyi medycyny nie należy się starać tak dalece o gromadzenie jak największego materyału, ile raczej o uwydatnienie ducha, z nich przemawiającego, — prawideł, podług których się odbywał rozwój nauk lekarskich, oraz poznanie ich stosunku do ducha czasu w rozmaitych wiekach, dochodzi M. do przekonania, że historyi medycyny należy się wobec jej wielkiego zadania, które ma do spełnienia, równorzędne stanowisko z innemi dyscyplinami lekarskiemi.

Dr. Lachs.

R. I. Schaefer: **Wilhelm Fabricius von Hilden. Studie aus der Geschichte der Chirurgie** (Wrocław 1904. T. U. Kern).

Wilhelm Fabry, słynny chirurg z drugiej połowy XVI i pierwszej połowy XVII stulecia, nie mógłby się użalać, że potomni o nim zapominają. Do stosunkowo bogatego piśmiennictwa, zajmującego się jego osobą, przybyła nowa praca. Dużo nowych szczegółów z jego życia trudno już było zebrać; to też podjął się S. przeprowadzenia wdzięcznego zadania, a mianowicie zapoznania czytelnika z treścią dzieł Fabriciusa. Z tych wynika, że uprawiał on wszelkie gałęzie wiedzy lekarskiej, lecz w żadnej nie doszedł do tej doskonałości, jak w chirurgii. Jego rozdział o operacyach kamienia pęcherza zasługuje jeszcze dziś na bliższe poznanie się

z nim. Największą zaś zasługę zdobył sobie w nauce o amputacyi kończyn w chirurgii wojennej. Wyczerpawszy część naukową, poświęca S. osobny rozdział Fabriciusowi, jako człowiekowi, podnosząc ogromne zalety jego ducha. Testament F. i wykaz jego korespondencyi naukowej, przechowywanej w bibliotece miejskiej w Bernie, zamykają pracę, którą chirurdzy z zajęciem czytać będą.

Fotografia F. podług obrazu, przechowywanego w Bernie, drzeworyt i podobizna jego pisma upiększają w znacznym stopniu i tak już piękną książkę. *Dr. Lachs.*

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Doc. Braun. **Doświadczalna podstawa dla leczenia naparstnicą i kofeiną.** (*Wiener allgem. med. Ztg.* Nr. 48, 1904). W badaniach swych opierał się autor na doświadczeniu klinicznem, mianowicie, że równoczesne stosowanie naparstnicy i kofeiny zasługuje na osobne miejsce w leczeniu chorób sercowych. Korzystny wpływ takiego połączenia tych leków uwidocznia się szczególnie w przebiegu pewnych zmian patologicznych zastawki dwudzielnej, dalej u chorych z lekkimi objawami dusznicowymi, w niedomodze sercowej, w miażdżycy tętnic z niedomykalnością aorty. Doświadczenia Brauna polegały na tem, iż na odosobnionem, a jeszcze żyjącem sercu zwierząt ssących badał działanie naparstnicy w połączeniu z kofeiną na serce i naczynia wieńcowe, a dla porównania badał z osobna działanie tych przetworów, t. j. działanie samej naparstnicy i działanie samej kofeiny, względnie diuretyny. Posługiwał się dyalizatem naparstnicy Golaza. Autor stwierdził, iż przez równoczesne podawanie naparstnicy z kofeiną znosimy zwężające naczynia działanie przetworów naparstnicy na tętnice wieńcowe i wpływamy korzystnie na czynność sercową. Ponieważ między krążeniem krwi w tętnicach wieńcowych, względnie odżywianiem mięśnia sercowego z jednej, a czynnością serca z drugiej strony, istnieje ścisły związek przyczynowy, z tych powodów należy polepszenie czynności serca pod wpływem naparstnicy z kofeiną odnieść do poprawy krążenia w naczyniach wieńcowych, zwłaszcza, iż wielu autorów zwróciło już uwagę, jak wielką rolę odgrywa szybkość prądu krwi w naczyniach wieńcowych na czynność sercową. Przetwory naparstnicy posiadają obok czynników, wzmacniających krążenie, także czynnik niekorzystny, mianowicie wspomniane zwężenie naczyń. Ten wpływ ujemny usuwa właśnie kofeina, a przez połączenie naparstnicy z kofeiną sprowadzamy stan serca, jakiego nie możemy uzyskać ani samą naparstnicą, ani samą kofeiną, t. j., że mimo powiększenia ciśnienia krwi przez naparstnicę naczynia wieńcowe pozostają szerokiemi, nawet mogą się jeszcze rozszerzyć; mamy więc najkorzystniejsze warunki odżywienia dla serca. Klinicznemi spostrzeżeniami potwierdza Braun zapatrywanie, uzyskane doświadczalnie i wyjaśnia sprawę występującej pod wpływem działania naparstnicy niedomogi sercowej wyłącznie ze stanowiska działania na naczynia wieńcowe serca. B. w końcu zastrzega sobie osobne doniesienie o działaniu naparstnicy w połączeniu z kofeiną na inne obszary naczyniowe ustroju. *Baschkopf.*

J. Bernhart. **Neuropatyczne usposobienie.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 46, 1904). Mimo znacznego postępu, jaki neurolodzy zrobili w ostatnich latach, etyologia chorób układu nerwowego dotychczas jest bardzo zaniedbaną: tylko co do porażenia postępującego i wiądu rdzenia wiemy, iż w większej liczbie przypadków przymiot odgrywa rolę czynnika etyologicznego, a zresztą posługujemy się ogólnikowym zwrotem „skłonność wrodzona lub dziedziczna“. Właśnie co do związku przyczynowego, zachodzącego między patologią chorób nerwowych, a kiłą, autor uważa zapatrywania odnośne Nonnego za miarodajne: autor ten rozróżnia dwa rodzaje chorób nerwowych na tle kiłowem: jedne z następowemi zmianami w komórkach nerwowych, drugie w większości przypadków bez charakterystycznego podkładu anatomicznego; do tych ostatnich, przezwanych „metasyfilitycznemi“, zalicza Nonne wiąd rdzenia, w którym nie zawsze daje się wykazać zarażenie się przymiotowe, a dlatego nieraz swoiste leczenie pozostaje bezskutecznem. Zmiany anatomiczne w rzeczywiście kiłowych zaburzeniach nie mają za podstawę działania chemicznego jadu swoistego, tylko częściej mechaniczne czynniki odgrywają rolę rozstrzygającą. Bernhart równie jak Nonne przypisuje wpływ większości nabytych chorób umysłowych i nerwowych, w których dotychczas nie znamy podstawy organicznej, sprawom, ścieśniającym nerwy, a względnie tkanki je otaczające; mają one miejsce tam, gdzie przemiana materyi w mózgu lub rdzeniu pacierzowym doznaje jakiejkolwiek przeszkody, wskutek czego następuje zatrucie substancyami zatrzymanemi. Zależnie od rozwoju mózgu, od wieku osobnika, od umiejscowienia jadu i jego siły rozróżnia Bernhart rozmaite stany chorobowe. Między innemi uzasadnia autor swój pogląd wynikiem obdukcyi dziecka trzyletniego, zmarłego na gruźlicę otrzewnej i miewającego za życia lekkie i ciężkie napady drgawek. Ponieważ sekcya wykazała zupełny brak owych ośrodków ruchowych, których podrażnienie wywołuje według Fritscha i Hitziga drgawki, autor odnosi je wyłącznie do substancyi usypiających, nagromadzonych w zołzowych, znacznie obrzmiałych gruczołach szyjnych. Co się tyczy podstawy patologicznej, na której powstają zaburzenia wyżej wymienione, bądź wrodzone, bądź też odziedziczone, nie mamy pod tym względem pewnych danych: autor jednak przedstawia sobie ich pochodzenie w analogiczny sposób, jak w sprawach chorobowych nabytych z tą istotną różnicą, iż podczas gdy tu działają szkodliwości na nerwy już wytworzone, tam te same ujemne czynniki wpływają li tylko na tak zwaną substancyę „autoplastyczną“, zawierającą materyał odżywczy i formacyjny dla przyszłego ustroju i naturalnie od obu rodziców pochodzącą. Zależnie od nasilenia tych wpływów ujemnych mogą się albo odrazu wytwarzać choroby układu nerwowego, albo też tworzą się tylko usposobienia neuropatyczne i te pod pewnymi niekorzystnymi warunkami przechodzą w coraz więcej wzmagające się zaburzenia. *Dr. Korm.*

Sprengel. **O znaczeniu leukocytozy, jako wskazaniu w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 57). Od czasu kiedy Curschmann polecił liczenie leukocytów w zapaleniu wyrostka robaczkowego, wyszły liczne prace (około 25) o tym przedmiocie. Wszystkie stwierdzają zgodnie, że w niektórych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego powstaje silna hiperleukocytoza. Co do znaczenia tego faktu atoli przy wskazaniach operacyjnych niema zgody i niektórzy podają w wątpliwość twierdzenie Curschmanna, a najskrajniej stanął Rehn, który zupełnie go nie uznaje. Autor rozpatruje zdanie Curschmanna z innego stanowiska. Leukocytoza jest wskaźnikiem ropienia, a przy postaciach surowiczowłóknikowych brak leukocytozy. Wobec tego miałoby twierdzenie Curschmanna doniosłe znaczenie, gdybyśmy częściej w praktyce spotykali wysięki surowiczowłóknikowe, niż ropne. Tymczasem zestawienie 163 przypadków autora wykazuje, że znacznie częstszą bywa *peritonitis circumscripta purulenta* i *peritonitis libera*, aniżeli *peritonitis circumscripta serofibrinosa*. Nadto badania autora dowiodły, że leukocytoza bywa przeciętnie rzadszą w początkowych postaciach zapaleń wyrostka i że bywa najwyższą w późnych okresach *appendicitidis destructivae*, oraz, że w postaciach wczesnych wyniki badania leukocytozy są mniej stałe, aniżeli w postaciach późnych. Między zapaleniem włóknikowosurowiczem a ropnem nie znajdujemy w leukocytozie charakterystycznego wyróżnienia. Sposób ten zawodzi nas tedy właśnie w tych przypadkach, gdzie postawienie wskazania jest trudne i jakkolwiek ma on niewątpliwie znaczenie naukowe, a i w praktyce może zostać wydoskonalonym, to niemniej, zdaniem autora, nie należy na nim polegać. *Dr. Blassberg.*

J. Blum. **W sprawie serodyagnostyki duru brzusznego zapomocą „diagnostikum Fickera“.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 41). Autor poleca sposób Fickera, który zmodyfikował pod względem technicznym. Ścisnąwszy ramię dokoła, nabiera się zapomocą wyjałowionej przez zagotowanie strzykawki 1 ctm.³ krwi z jednej z napiętych żył przedramienia. Po usunięciu igły zamyka się otwór strzykawki zapomocą wyjałowionej waty, wosku, laku lub kapsli gumowej, a odśrubowawszy guzik od tłoczka, wstawia się strzykawkę z wyciągniętym ku dołowi tłoczkiem pionowo w podstawce, załączonej do przyrządu Fickera. Krew, ochroniona zatyczką od wyschnięcia, na chłodnem miejscu szybko krzepnie, poczem odkręca się nasadę stożkowatą od cylindra strzykawki i pipetą wprost z cylindra ostrożnie wydobywa się surowicę. Sposób ten jest dla lekarza prosty i wygodny, a dla pacyenta przyjemniejszy, bezbolesny, oraz wolny od niebezpieczeństwa. *Dr. Blassberg.*

CHIRURGIA. Dr. F. A. Suter. **O leczeniu tężca surowicą.** (*Arch. Langenbecka* T. 75, Z. 1, 1904). Z 14 przypadków tężca, leczonych w klinice genewskiej wstrzykiwaniami odpowiedniej surowicy, wyzdrowiało zaledwie dwa. W obu zaś razach choroba wystąpiła w tak łagodnej formie, że najprawdopodobniej każde inne leczenie uwieńczone byłoby równie pomyślnym wynikiem. Najmniej skutecznem okazało się wstrzykiwanie surowicy do mózgu (7 razy, zawsze z wynikiem ujemnym), które nadto nie jest obojętne, zawsze bowiem wzdłuż kanału wkłucia wykazać można było wybroczyny, a gdzieindziej obserwowano nawet ropień mózgu, stąd

się rozwijający. Dążyć przeto należy do tego, aby uprzedzać wybuch tężca przez zapobiegawcze wstrzykiwanie surowicy. Liczne i przekonywające spostrzeżenia weterynarzy, a zwłaszcza obserwacye Nocarda stwierdzają, że tą drogą rzeczywiście wiele zrobić można. Zatem i w klinice genewskiej od pewnego czasu każdemu choremu, zgłaszającemu się ze zranieniem, przypadkowo powstałem, wstrzykują podskórnie 10 sz. ctm. surowicy przeciwtężcowej. Mimoto w jednym przypadku wybuchł przecież tężec, ale w formie bardzo łagodnej, prawie poronnej. Podobnych spostrzeżeń w piśmiennictwie jest więcej, opisujących nawet rozwój tężca śmiertelnego, mimo zapobiegawczego wstrzyknięcia surowicy. Takie obserwacye dały pochop niektórym autorom do wnioskowania, że te zapobiegawcze wstrzykiwania nie mają celu. Autor sądzi inaczej: — ceni je bardzo wysoko, — a ujemne spostrzeżenia tłómaczy tem, że wstrzyknięcie nie zostało wykonanem w okresie korzystnym (*tempus utile absolutum*), którego długość jest bardzo zmienna, zależy zaś w pierwszej linii od wirulencyi zakażających bakteryi, w drugiej od chwilowej odporności ustroju. *Herman.*

Dr. R. Burmeister. **O sączkowaniu torbieli trzustkowych przy pomocy pompy ssącej.** (*Archiv Langenbecka* t. 75, zeszyt 1, 1904). Wydzielina, sącząca się z naciętej i w ranę powłok brzusznych wszytej torbieli trzustki (u kobiety 36-letniej), posiadała tak wybitne własności trawiące, że najbliższe otoczenie przetoki zamieniła w głęboki wrzód o postrzępionych brzegach. Doszło wreszcie do tego, że na dnie rany ukazała się pętla jelita. Wówczas B. wprowadził do przetoki dren ze szkła i za pośrednictwem kolbki i manometru rtęciowego połączył go z pompką wodną Finkenera, połączoną znów ze swej strony z wodociągiem. Pompka działała stale przez dzień i noc. Wszystka wydzielina zbierała się we wspomnianej kolbce. Odtąd wrzód szybko począł się oczyszczać tak, że już po paru dniach można było założyć szew wtórorzędny. *Herman.*

Dr. S. Kofmann. **O leczeniu złamań kości udowej.** (*Zntrbl. f. Chir.* 1904, Nr. 49). W przypadkach złamań kości udowej u dzieci zakłada K. opatrunek gipsowy taki sam, jak Lorenz przy zapaleniach stawu biodrowego. Opatrunek ten zakłada zawsze w głębokiem uśpieniu, aby odłamki dokładnie dostosować i na podściółce trykotowej, podwatowawszy tylko nieco okolicę grzebienia i kolców biodrowych, guza siedzeniowego, krętarza większego i rzepki. Opatrunek zdejmuje po 5—6 tygodniach. *Herman.*

POŁOŻNICTWO i GINEKOLOGIA. Profesor Schauta. **O ile operacya doszczętna przez pochwę może znaleźć zastosowanie przy raku macicy.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* tom 19, zeszyt 4, 1904). Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że o doszczętnej operacyi przy wyjęciu macicy rakowatej przez pochwę metodą dotychczasową nie może być mowy, gdyż i dokładne usunięcie zajętych gruczołów jest tą drogą niemożliwe, a także wycięcie tkanki przymacicznej daje się uskutecznić tylko w ciasnych granicach. Z tych względów stoi droga brzuszna znacznie wyżej. Na podstawie badań anatomiczno-klinicznych stara się jednak autor wykazać, o ile operowanie tą drogą brzuszną istotnie zasługuje na nazwę operacyi doszczętnej. W I. części, anatomicznej, omawia autor na podstawie badań na trupach zachowanie się gruczołów w przebiegu raka. Jako materyał służyło 60 trupów kobiet, zmarłych po operacyi doszczętnej (11), albo wskutek samego raka (40), albo wreszcie wskutek innych chorób, przy istniejącym równocześnie raku macicy (9). S. poddał wszystkie bliższe i dalsze gruczoły chłonne dokładnemu badaniu drobnowidowemu. Badano razem 1182 gruczołów i przeglądnięto 160,000 preparatów. Celem łatwiejszego zoryentowania się co do umiejscowienia tych gruczołów podzielił je S. na 6 grup: 1) gruczoły krzyżowe, 2) gruczoły miednicze: te 2 grupy stanowią pierwszy zakres gruczołów, o ile że są one przy operacyi łatwo dostępne i są tą ostateczną granicą, do której operatorowie zwykle dochodzą w szukaniu za zajętymi gruczołami. Do II. zakresu należą: 3) gruczoły lędźwiowe, t. j. te, które leżą po obu stronach aorty od jej podziału na tętnice miednicze (*iliacae*), aż do odejścia tętnic nerkowych; 4) gruczoły brzuszne, dochodzące wzdłuż aorty aż do przepony; 5) gruczoły pachwinowe powierzchowne i 6) głębokie. Na 1182 badanych gruczołów było 271 zajętych rakiem: krzyżowe 20 razy — 43 gruczołów; miednicze 28 razy — 91 gr.: lędźwiowe 17 razy — 44 gr.; brzuszne 9 razy — 19 gr.; pachwinowe powierzchowne 13 razy — 32 gr.; a głębokie 11 razy — 42 gr. Wogóle nie znaleziono rakowatych gruczołów ani w I., ani w II. zakresie 26 razy = 43·3%, z czego 8 kobiet było operowanych, a 18 nie. Tylko w 8 przypadkach = 13·3%, z których żaden nie był operowany, znaleziono zajęte gruczoły w I. zakresie; w 5 = 8·3% (nieoperowane), były gruczoły I. zakresu wolne, a w II. zajęte; wreszcie 21 razy = 35% (2 operowane, 19 nie) były zajęte gruczoły I. i II. zakresu. Z tego widzimy, że na 60 przypadków raka macicy znaleziono gruczoły zajęte, dające się usunąć przy operacyi, w 29 = 48·3%, z których jednak tylko w 8 wolne były gruczoły II. zakresu: tylko więc te ostatnie stanowią przypadki, gdzie operacya t. zw. doszczętna mogłaby liczyć na dobre wyniki, przyjąwszy naturalnie, że usuniemy wszystkie gruczoły i drogi chłonne I. zakresu, co technicznie tylko trudno i nie zawsze daje się przeprowadzić. Pozostaje 35% przypadków = 83%, gdzie zajęte są tylko gruczoły II. zakresu, a więc 43·3%, gdzie usunięcie gruczołów I. zakresu, jak to ma miejsce przy dotychczasowem operowaniu, byłoby zupełnie bezcelowe, o ile pozostają gruczoły zajęte II. zakresu, które dla operacyi nie są dostępne; o doszczętnem więc operowaniu w przeważającej liczbie przypadków wogóle nie może być mowy. Nadto zauważono, że gruczoły duże i twarde często były tylko przerosłe, a zupełnie wolne od nacieku rakowatego, natomiast małe wybitnie zajęte; raz znaleziono przerzuty w naczyniach chłonnych, a nawet w tkance łącznej między gruczołami, zupełnie wolnymi. W końcu zauważono, że zajęcie gruczołów nie zależy ani od natężenia, ani też czasu trwania choroby, owszem — niejednokrotnie znajdowano gruczoły zajęte w I, i II. zakresie przy raku początkującym i na odwrót — zupełnie wolne przy daleko posuniętym, nie dającym się operować. Że mimoto nawroty nie tak często i szybko się wytwarzają po operacyi doszczętnej, należy to przypisać własności gruczołów, które, choć zajęte, długo pozostają małe, rzadko tylko przebijają swą osłonę i wogóle nie okazują skłonności do szybkiego rozrostu. To zauważyli wszyscy operatorowie i tłómaczą usunięciem pewnego wpływu drażniącego, wychodzącego z ogniska pierwotnego. Jest więc możliwem, że jakiś przerzut rakowy po usunięciu macicy, jako ogniska pierwotnego, a więc i owego wpływu drażniącego, przestaje rosnąć, a nawet może długo pozostać w ustroju, jako t. zw. ognisko ukryte. Dlatego nie można wprost zaprzeczyć pytania, czy operować tam, gdzie zachodzi prawdopodobieństwo pozostawienia w dalszem otoczeniu kilku nawet ognisk rakowych. Znane są wreszcie przypadki, (autor opisuje 2), gdzie zajęty gruczoł uległ zwyrodnieniu i obumarciu. Za tem przemawiałyby również i spostrzeżenia kliniczne, że miejscowe nawroty raka występują częściej, aniżeli z gruczołów. Skoro niema mowy o doszczętnem operowaniu drogą brzuszną, to nie mają powodu zarzucić drogi przez pochwę ci operatorowie, którzy zawsze chętnie nią postępowali; do tych należy autor. W II. części, klinicznej, uzasadnia on swoje stanowisko, przyczem radzi wszędzie tam, gdzie dostęp ten przez pochwę jest utrudniony lub wązki, wreszcie dla łatwiejszego zoryentowania, posługiwać się dodatkowem cięciem Schuchardta. Przy pomocy tego cięcia można z tą samą dokładnością wyszukiwać zajęte gruczoły, jak i przy postępowaniu drogą brzuszną, a zarazem wyciąć tkankę przymaciczną w szerokich granicach. Zarzut, że przy operowaniu przez pochwę łatwiej można zranić narząd moczowy (pęcherz i moczowody) jest nieuzasadniony, gdyż — jak autor wykazuje statystycznie — przy odpowiedniej technice nie zdarza się to częściej, aniżeli przy operowaniu drogą brzuszną. W końcu odsetek możności operowania i śmiertelności jest przy tej zmodyfikowanej metodzie operacyjnej przez pochwę co najmniej równorzędny, jak i przy postępowaniu drogą brzuszną. Na 204 przypadków raka macicy w ostatnich 2 latach operował autor 91 przez pochwę, z czego zmarło po operacyi 11 kobiet = 12% (Wertheim przy metodzie brzusznej 20%). Obie tkanki przymaciczne były wolne od nacieku rakowatego 32 razy, z tych zmarło 2 kobiet; z jednej strony wolna, z drugiej naciekła — 39 razy, z tych zmarło 3; z obu stron były zajęte 25 razy, z tych zmarło 6. Skaleczenia narządu moczowego zdarzyły się 7 razy = 7·6%. *Dr. E. Ehrenpreis.*

E. Bumm. **Leczenie gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcową.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 44, 1904). Autor stosował z początku surowicę przeciwpaciorkowcową Marmorka, od 3 lat zaś Aronsona. Zależnie od anatomicznego szerzenia się zakażenia dzieli B. swoje przypadki, w ten sposób leczone, na rozmaite grupy. W posocznicy ogólnej, towarzyszącej zapaleniu macicy, skutek wstrzykiwań prawie zawsze był ujemny; tak samo nie miała surowica żadnego wpływu na gorączkę, ani na ogólny przebieg choroby; cztery przypadki pooperacyjnego zapalenia otrzewnej i 4 przypadki, tyczące się kobiet z rozpoznaną czystą ropnicą, zakończyły się śmiercią, mimo dużych i częstych dawek surowicy. Inaczej się sprawa przedstawia u 53 położnic z zakażeniem następowem po zapaleniu macicy, u których już od samego początku, bo w pierwszym tygodniu, stosowano surowicę przeciwpaciorkowcową. We wszystkich przypadkach stwierdzono drobnowidowo swoiste koki, jakoteż miejscowe białe naloty, wysoką gorączkę, znamienne tętno itd.: tak B., jak i jego asystenci, odnosili wrażenie, że przy każdorazowem stosowaniu surowicy przebieg sta-

wał się łagodniejszym. Ośmnaście razy nie miał autor po surowicy żadnego powikłania, 2 razy sprawa zapalna ograniczyła się do żył miednicy lub dolnych kończyn; 2 razy wytworzył się ropień przymaciczny. Jeśli po pierwszej dawce (50·0) gorączka w 12—24 godzin znowu się podnosiła do pierwotnej wysokości, B. stosował tę samą lość po raz wtóry, a skoro i teraz gorączka niezupełnie ustępowała, wstrzykiwał po raz trzeci, a nawet i czwarty. Autor uważa za znamienny objaw działania surowicy zmianę wejrzenia i charakteru wydzieliny macicznej: z początku wydzielina surowicza staje się w odpowiednich przypadkach więcej ropną, zawiera coraz więcej leukocytów, prócz tego łatwo w niej stwierdzić można drobnowidem fagocytozę, co ma miejsce wtedy, gdy sprawa chorobowa ma dażność do umiejscowienia się. Na tem właśnie pochłanianiu paciorkowców przez leukocyty polega według B. działanie surowicy, gdyż w 4 przypadkach, mimo starannego badania krwi i wstrzykiwań, fagocytoza nie wystąpiła przez pierwszych kilka dni choroby, a jednocześnie nie ustępowała gorączka i stan ogólny był jednakowo niepomyślny; dopiero gdy w 12 godzin po ostatniem wstrzyknięciu stwierdzono fagocytozę, gorączka, a z nią i choroba cała straciły niebezpieczny charakter. Autor doradza stosować surowicę w celach zapobiegawczych po ciężkich porodach, odklejeniu się łożyska, rozłożeniu się odchodów i w gorączce przedpołogowej. *Korm.*

G. de Paoli i P. Gioelli. **Kliniczno-bakteryologiczne badania ciężkiej żółtaczki u ciężarnej.** (*Arch. für Gyn.* tom 73, zeszyt 2, 1904). Patogeneza tej choroby nie jest jeszcze dotąd zupełnie wytłómaczoną; nie wiemy, czy ona jest następstwem zakażenia, czy zatrucia, czy czynnik, wywołujący ją, rozwija się w samym ustroju, czy poza nim. Faktem jest, że ciężarne wogóle skłonne są do nabycia jej; niejasnym jednak pozostaje stosunek między chorobami wątroby i ciążą, a wpływem, jaki ona wywiera na usposobienie do nabycia tych chorób. Przypadek, spostrzegany przez autora, dotyczył 25-letniej wieloródki w 6 miesiącu ciąży, którą w stanie sennym, przerywanym lekkiemi drgawkami, przyniesiono do kliniki. Badanie wykazało wybitną żółtaczkę. Po kilku godzinach urodził się płód nieżywy, nie okazujący żadnych zmian, a po 10 minutach popłód. W godzinę po porodzie wystąpiły gwałtowne krwawienia maciczne, nie dające się zatamować, a po następnej godzinie chora umarła. Sekcya, oprócz drobnych wynaczynionek podsurowiczych, lekkiego stopnia zwyrodnienia tłuszczowego serca i nieco powiększonej śledziony, wykazała główne zmiany w wątrobie. Była ona znacznie zmniejszona, ciemno zabarwiona, nieco twarda. Badanie histologiczne wykazało wybitne zmiany komórek wątrobowych, przerost tkanki łącznej i wynaczynionki włosowate. Prcy badaniu drobnowidowem wątroby znaleziono nieliczne krótkie i grube drobnoustroje, zamykające w niektórych miejscach szczelnie światło naczyń włosowatych. Te same drobnoustroje znajdowały się w śledzionie. Dały się one wyhodować na rozmaitych pożywkach, a przez zastrzyknięcie ich świnkom morskim i myszom wykazano ich wysoką jadowitość. Jakkolwiek z tego jednorazowego odosobnienia wspomnianego drobnoustroju trudno mówić o jego swoistem znaczeniu, rzuca ono jednak pewne światło na teoryę tych badaczy, którzy uważają powyższą chorobę wątroby jako zakaźną, wywołującą zatrucie ustroju toksynami tych drobnoustrojów. Inni badacze znaleźli znowu inne bakterye i już dlatego zmniejsza się znaczenie tych badań. Z drugiej strony nie można zaprzeczyć, że ptomainy i toksyny różnych drobnoustrojów mogą istotnie wywołać zmiany we krwi i komórkach wątrobowych, szczególnie jeżeli się zważy, że już przy zwykłej żółtaczce nieżytowej stają się drobnoustroje, które zawsze można znaleźć w przewodzie pokarmowym, znacznie więcej żywotne i jadowite, aniżeli w warunkach prawidłowych. Może więc być, że w przypadkach żółtaczki ciężkiej wskutek pogorszenia przemiany materyi stwarza się podłoże, które szczególnie jest korzystne dla rozwoju własności biologicznych tych właśnie drobnoustrojów, które zwykle żyją w przewodzie pokarmowym i które, otrzymawszy teraz znaczną żywotność, wywiązują tak jadowite toksyny, że wessane następnie do ustroju, wywołują ciężkie objawy chorobowe. Autor sądzi, że i ten znaleziony drobnoustrój żyje w przewodzie pokarmowym, a otrzymawszy znaczną żywotność, dostał się do krwi obiegu, wywołał zmiany w narządach, głównie w wątrobie, i spowodował zatrucie ustroju. Badania Bossiego nad zatruciem i zakażeniem u zwierząt ciężarnych i w połogu wykazały, że w stanie tym wtargnięcie drobnoustrojów odbywa się znacznie łatwiej, aniżeli w stanie prawidłowym. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Pilcer i Eberson. **Leczenie gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcową.** (*Therap. Monatsh.*, 1904). U 28 położnych, przeważnie pierwiastek, stosowali autorowie surowicę Marmorka i doszli w ten sposób do następujących wniosków: 1) surowica nie jest środkiem swoistym we wszystkich przypadkach gorączki połogowej rozmaitego pochodzenia; należy go jednak uważać za lek silnie działający i zakażenie zwalczający równie, jak n. p. wcierania maści Credégo, albo też wstrzykiwania terpentyny Fochiera. 2) Surowica pobudza ustrój do wytwarzania leukocytów i już dlatego nie należy zaniechiwać jej stosowania. 3) Po wstrzyknięciu nastaje zwykle rzeźwość, ułatwiająca wykonywanie innych zabiegów leczniczych. 4) Surowicę trzeba wstrzykiwać w dość znacznych dawkach, gdyż inaczej trudno spodziewać się skutecznego działania; autorowie stosowali pierwszego dnia 40 gramów, następnego przy niezmienionej gorączce tę samą dawkę, przy obniżeniu ciepłoty połowę dawki, t. j. 20 gramów. *Korm.*

Pankow. **O zachowaniu się leukocytów w przebiegu chorób kobiecych i podczas porodu.** (*Arch. für Gyn.* tom 73, zeszyt 2, 1904). Zastanowiwszy się nad piśmiennictwem tego przedmiotu od czasu spostrzeżenia Curschmana, opisuje autor przyrząd do liczenia ciałek białych Thoma-Zeissa i wykazuje na licznych przykładach różnice ilościowe, jakie występują przy liczeniu ciałek tej samej kropli, ale w różnych kwadratach pola widzenia; dalej, przy tej samej mieszaninie, użytej do badania, ale w różnych kroplach, w różnych dniach i t. p. błędy, które należy zawsze uwzględnić przy dokładnem badaniu. Dotyczyło ono najprzód 28 kobiet, dotkniętych ropnemi i nieropnemi chorobami narządu rodnego i otrzewnej (historye choroby i przebieg badania są podane) — i wykazało: 1) że liczby leukocytów w przebiegu chorób ropnych narządu rodnego żeńskiego obracają się w dość nizkich granicach (16.000). 2) Przy wszystkich zmianach zapalnych przydatków macicy, w przebiegu których liczba leukocytów stale przekraczała 10.000 i gdzie można było wykluczyć inne przyczyny tego wzmożenia, miało się zawsze do czynienia ze zmianami ropnemi. 3) Liczby leukocytów poniżej 10.000 w okresie przewlekłym choroby nie wskazują napewne na ropienie. 4) Zachowanie się to ciałek białych, szczególnie w przebiegu chorób ginekologicznych, wskazuje znacznie pewniej na obecność ropy, aniżeli krzywa ciepłoty. 5) Liczenie leukocytów ma tak wielkie znaczenie rozpoznawcze, że podobnie jak liczenie tętna i mierzenie ciepłoty powinno być zawsze stosowane w przypadkach wątpliwych. Drugi szereg badań, który dotyczył 14 kobiet, dotkniętych rakiem części pochwowej szyi lub trzonu macicy, wykazał, że 1) w przeważającej liczbie tych przypadków nie przychodzi do hiperleukocytozy; 2) że zachowanie się ciałek białych jest zupełnie niezależne od rozszerzania się raka; 3) że liczenie leukocytów nie daje nam żadnej miary do ocenienia rozmiarów i rokowania w każdym przypadku raka. Dalsze badania wykazały, że i mięśniaki macicy same przez się nie wywołują hiperleukocytozy, chyba że wśród samego guza przychodzi do rozkładu lub ropienia, albo po dłużej trwających krwotokach. Nadto zauważono wzmożenie się liczby leukocytów po ciężkich operacyach, a jako przyczynę tego objawu podaje autor ropienie, dostanie się drobnoustrojów do rany, a przedewszystkiem obumarcie komórek, zdarzające się przy każdej ranie i następowe wessanie wytworów rozkładu, które działają chemotaktycznie; inne przyczyny, jak obawa i stan rozdrażnienia przed operacyą, utraty krwi podczas niej i uśpienie chloroformowe nie potwierdziły się w przypadkach badanych. W końcu badał autor zachowanie się leukocytów w ciąży, porodzie i połogu i zauważył, że wzmożenie się ciałek białych w przebiegu ciąży prawidłowej wcale nie jest objawem stałym, lecz występuje tylko czasem i to głównie w ostatnich miesiącach. Podczas porodu wzmaga się liczba leukocytów stopniowo, ale dość znacznie, zależnie od częstości i siły bólów i czasu trwania porodu. Zwykle w pierwszych 12 godzinach po porodzie następuje gwałtowny spadek liczby ciałek białych, które w trzeciem dniu połogu wracają do stanu prawidłowego. *Dr. E. Ehrenpreis.*

BAKTERYOLOGIA. Romme. **Nowa metoda przyrządzania surowic.** (*La Presse médicale* Nr. 105, 1904). Wychodząc z założenia, że leczenie surowicze jest na porządku badań obecnych czasów, poświęca autor swe uwagi wynalazkowi Loefflera, polegającemu na nowym sposobie wytwarzania czynnej surowicy, zarówno precypitującej, jak antytoksycznej i bakteryobójczej. Podstawą pomysłu Loefflera jest stwierdzenie, że wszelka substancya zakaźna lub jadowita, będąc wysuszoną, nast ępnie ogrzaną do 120—150° i ostatecznie utartą na proszek, jeżeli zostanie wstrzyknięta zwierzęciu, staje się zdolną do wytworzenia surowicy czynnej i swoistej. Loeffler zadał sobie pytanie, czy w miejsce uodporniania zwierząt zapomocą bakteryi, lub ich toksyn, nie byłoby możebnem dojść do tych samych wyników, a może i lepszych, posługując się drobnoustrojami wysuszonymi, ogrzanymi do 150° i sproszkowanymi. Doświadczenie jego z białkiem kurzem czyni tę hipotezę prawdopodobną. Loeffler stwierdził, że wstrzykując zwierzętom zawiesinę białka kurzego, które poprzednio zostało wysuszone, ogrzane

i sproszkowane, otrzymuje się surowicę swoistą, która precypituje roztwory białka. Spostrzeżenie to nasunęło mu myśl zużytkowania tego samego postępowania (wysuszenia, ogrzania do 150° i sproszkowania) do uodporniania zwierząt przeciw prątkom chorobotwórczym: durowemu, okrężnicowemu, gruźliczemu itd. We wszystkich tych przypadkach zwierzęta dostarczyły surowicy swoistej, aglutynującej drobnoustroje, których wysuszone i sproszkowane hodowle służyły do zaszczepienia ich. Surowica takiego zwierzęcia, uodpornionego mętwikiem cholery, wywiera na niego samego wybitne działanie bakteryobójcze i bakteryolityczne. Podobne surowice czynne były już sporządzane z całych narządów zwierząt, które specyficznie zakażono.

Badania te naprowadziły Loefflera na myśl wytworzenia surowicy przeciwrakowej. W tym celu guz tego nowotworu, wysuszony, ogrzany do 150°, wreszcie sproszkowany, w odstępach regularnych zastrzykiwał osłu. Po pewnej liczbie tych wstrzyknięć surowica w ten sposób uodpornionego osła nabywała własności precypitowania w zawiesinach proszku z raka wysuszonego. Loeffler przystąpił do leczenia osoby chorej na raka sutka, nie nadającego się do operacyi; działanie tych wstrzykiwań było osobliwe: po każdem wstrzyknięciu w okolicę nowotworu występował odczyn miejscowy i ogólny: ból dręczący chorą ucichał na dni kilka, a stan ogólny wybitnie się poprawiał. Gdy jednak nowotwór bujał dalej, zaprzestano wstrzykiwań. Romme przytacza ten przypadek tem chętniej, że Miecznikow w liście do „Gazette des hôpitaux" utrzymuje ponownie, że surowica Doyena sprowadza „polepszenie" i być może, sądzi Romme, że na podstawie przytoczonej historyi choroby tyleż można powiedzieć i o „surowicy Loefflera"; a słusznie też już nieraz pisano o wielu lekach i metodach leczniczych raka, że wywołują one przemijające „polepszenie". Rzecz oczywista, że w pracy Loefflera uwaga o surowicy przeciwrakowej jest tylko luźnym dodatkiem, a istotna wartość doświadczeń jego polega na nowej metodzie, która pozwala przechowywać do końca, manipulować bez obawy, a może nawet i dozować substancye zakaźne najrozmaitszej przyrody i pochodzenia, któremi podręcznie posługiwać się będą mogły pracownie, przyrządzające surowice rozpoznawcze i lecznicze. *A. K.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Ant. Blumenfeld. **Przyczynek do zapalenia żył z zakrzepem w wczesnym okresie kiły.** (*Dermatol. Centralblatt*, styczeń, 1904). Autor opisuje spostrzeżenie, uczynione w klinice wrocławskiej Neissera, dotyczące mężczyzny, u którego w 6 miesięcy po zarażeniu się kiłą wystąpiło na prawem przedudziu zakrzepowe zapalenie żył na tle kiły w zakresie żyły podskórnej goleniowej (*vena saphena magna*). Znamienne objawy tego zapalenia są: 1) zajęcie tylko powierzchownych żył kończyn górnych i dolnych; 2) początek i przebieg bezgorączkowy; 3) przebieg choroby dobrotliwy; 4) korzystny wpływ rtęci na chorobę. *Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 16 grudnia 1904 r.

Przewodniczący: R. Dw. Prof. Rydygier.

Obecnych: 42.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Prof. E. Machek przedstawia chorą z *hemianopsia lateralis sinistra*, skombinowaną z połowiczą martwotą źrenicy (Wernicke). Prelegent uwzględniwszy wywiady, przebieg choroby i stan obecny, wnosi, że przyczyną cierpienia w tym przypadku jest wylew krwawy do mózgu, umiejscowiony pomiędzy skrzyżowaniem, a miejscem, z którego odchodzi pasmo włókien źrenicznych do ośrodka nerwu okoruchowego.

W *dyskusyi* przemawiają koledzy Prof. Beck i Dr. Meyer.

III. Kol. Dr. S. Ruff demonstruje dziecko z wrodzonem zwichnięciem kolana, przedstawionem już na jednem z poprzednich posiedzeń. Przed $3^1/_2$ tygodniami po otworzeniu stawu znalazł oba więzadła krzyżowe wydłużone i pofałdowane; założył szew z drutu srebrnego, chwytając nim obie powierzchnie stawowe. Nawrót zwichnięcia nie nastąpił. Utrzymuje się jeszcze zanik mięśni.

IV. Kol. Prof. G. Ziembicki przedstawia:

a) Chorego, u którego w czasie strumektomii stwierdził podane Wölflera o nadzwyczajnej kruchości ścian tętnicy tarczykowej dolnej.

W *dyskusyi* kol. Prof. L. Rydygier przypomina, że na kruchość owej tętnicy uskarżał się także Billroth. Sam tego objawu dotychczas nie stwierdził.

b) Chorego, u którego po nakłuciu kapillarnem (11 igłami) rozdętego jelita i lawatywie, zastosowanej w parę godzin potem, objawy ostrej niedrożności jelit ustąpiły.

Po tej demonstracyi nastąpiła żywa *dyskusya*, w której koledzy: Prof. A. Gluziński, Prof. Kadyi, Doc. P. Kučera i Prof. Rydygier oświadczają się przeciw nakłuciu kapillarnemu, podnosząc rozmaite jego ujemne strony. Przemawiali nadto koledzy: Dr. Skałkowski, Dr. R. Merunowicz i Prof. Beck. W końcu kol. prelegent odpowiadał na zarzuty w czasie dyskusyi przeciw nakłuciu podnoszone, które nie zdołały go przekonać i zniechęcić do dalszych prób.

V. Kol. Dr. W. Nowicki przedstawia preparat anatomiczny z przypadku gastroenterostomii, wykonanej przed kilkoma miesiącami, rzekomo z powodu cieśni nowotworowej odźwiernika. Przed operacyą stwierdzono bowiem w treści żołądkowej kwas mlekowy, a w czasie operacyi wyraźny guz. Na sekcyi (chory zmarł skutkiem ostrej gruźlicy płuc) guza nie wykazano, a zwężenie odźwiernika powodowały blizny po wielokrotnych wrzodach okrągłych.

VI. Kol. Doc. P. Kučera demonstruje pierwotnego gruczolakoraka żołądka, usadowionego na krzywiźnie mniejszej w okolicy wpustu. Nowotwór ten rozwinął się prawdopodobnie z polipa, inny bowiem egzemplarz tego nowotworu, jeszcze nie zwyrodniały, wykazać można na preparacie w samym odźwierniku. Z małego nowotworu żołądka potworzyły się nadzwyczaj liczne przerzuty w wątrobie (najprawdopodobniej drogą żyły bramnej), która skutkiem tego uległa olbrzymiemu powiększeniu (waży 8 klgr.). *Dr. Herman.*

VII. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Zarys dziejowy

przez

Prof. Dra L. Wachholza.

„...Słońce prawdy wschodu nie zna i zachodu".
(A. Mickiewicz).

(Ciąg dalszy).

II. Okres od r. 1810—1815.

Ks. Józef Poniatowski, minister wojny Księstwa Warszawskiego, rozporządził imieniem Rządu Księstwa Warszawskiego dekretem z 2 grudnia 1809, że stan krakowskiej Akademii ma nadal pozostać tym samym, jakim był za poprzednich rządów cesarstwa austryackiego. Na czele Akademii stoi Rada złożona z rektora, dyrektorów i dziekanów 4 wydziałów, dyrektora szkół początkowych i średnich, oraz prokuratora i sekretarza tejże. Mimo to jednak zmniejsza się już w r. 1810 liczba dotychczasowa katedr na wydziale lekarskim z 11 na 8; w liczbie pozostałych jedna przeznaczoną jest nadal policyi lekarskiej i medycynie sądowej. Porządek wykładów ulega pewnej zmianie, albowiem uczniowie medycyny i wyższej chirurgii mają odtąd w ostatnim, t. j. 5 roku swoich studyów uczęszczać w jednem półroczu (zimowem) na wykłady medycyny sądowej, w drugiem zaś, t. j. letniem, na wykłady policyi lekarskiej. Wykłady te odbywały się jako trzygodzinne „collegia" w języku polskim. Uczniowie niższego rzędu, kształcący się na patronów (magistrów) chirurgii, uczęszczali na te same, odpowiednio tylko dla nich skrócone, wykłady w ostatnim, t. j. trzecim roku swoich studyów.

Profesorem medycyny sądowej i policyi lekarskiej mianowała Izba edukacyjna Księstwa Warszawskiego Dra med. i fil. Sebastyana Girtlera, który też od r. 1809/10

wykłada medycynę sądową wedle dzieł Metzgera i Plenka, zaś policyę lekarską wedle dzieła I. P. Franka, Hebenstreita i Scherfa.

Sebastyan Girtler, ur. w Krakowie 18 stycznia 1767 r. z rodziców, zaliczających się do patrycyuszów miasta, uczy się zrazu w domu, potem w szkołach początkowych i średnich Krakowa. W r. 1780 przedstawionym był jako celujący uczeń biskupowi Ignacemu Massalskiemu, prezesowi Kom. Eduk. zwiedzającemu szkoły krakowskie. Po ukończeniu studyów w zakresie niższej matematyki i praw przyrody w Akademii krakowskiej pełni obowiązki nauczyciela tych przedmiotów w szkołach winnickich w województwie bracławskiem (od r. 1786—1788), następnie przez rok w szkołach sandomierskich, wreszcie przez dwa lata, t. j. do roku 1791, w szkołach przygłównych Krakowa, udzielając wszędzie nadobowiązkowo języka niemieckiego, którym włada biegle. W r. 1791 zyskuje stopień Dra filozofii i nauk wyzwolonych, porzuca posadę nauczycielską i oddaje się studyom medycyny, zarazem porządkuje archiwum i inwentarze Szkoły głównej krakowskiej wedle prawideł, wydanych przez H. Kołłątaja. Zbadał on w tym czasie i zestawił fundusze Uniw. Jag. aż po rok 1794. W tymże czasie pełni obowiązki seniora jednej z najdawniejszych szkół przy parafii N. P. Maryi, zburzonej następnie za rządów austryackich i przeniesionej do kollegium pojezuickiego przy kościele św. Barbary (obecna bursa akademicka). W myśl Konstytucyi z 3 maja 1791, wybrany przez obywateli Krakowa do ułożenia ustaw dla magistratu miejskiego, wygłasza mowę, ogłoszoną drukiem. Dnia 6 marca 1794 postanawia Kom. Eduk. wysłać go do Francyi celem wykształcenia na przyszłego prof. weterynaryi. Gdy uchwały tej nie pozwolił wykonać ostatni rozbiór kraju, wyjeżdża on na własny koszt, a z wiedzą Akademii, w lipcu 1794 do Wiednia, gdzie po 9 miesiącach studyów uzyskuje stopień doktora medycyny, poczem zwiedza Berlin, Erfurt, Lipsk i Pragę. Od r. 1796 pełni w Krakowie kolejno powierzane mu przez Rząd austryacki urzędy fizyka okręgowego, wykładającego farmacyę dla aptekarzy, zastępcy sekretarza Uniw. i Kollegium fizycznego, wreszcie zastępcy Dra Rafała Czerwiakowskiego, prof. chirurgii i położnictwa, złożonego chorobą. Od r. 1801—1805 pełni z wielką godnością powierzone mu przez Rząd austr. obowiązki prokuratora Akademii, jednak w r. 1803 usuwa się od służby z powodu „uderzeń krwi i humorów do głowy“. W listopadzie 1804 przyjmuje już napowrót urząd, tym razem sekretarza Wydz. lek. i bierze udział w konkursie na posadę prof. kliniki i nauk teoretycznych dla uczniów niższej chirurgii, której jednak nie uzyskuje, tylko zyskuje godność assessora, czyli członka Wydz. lek. W r 1805, trapiony napadami artrytycznymi, porzuca wykłady instytucyi medyczno-chirurgicznych, nie przyjmuje ofiarowanego mu dziekanatu i żyje zdala od służby publicznej do r. 1809, w którym to czasie mianuje go Izba eduk. Ks. Warszawskiego profesorem medycyny sądowej, a zarazem prokuratorem Akademii. Niebawem jednak popada w niełaskę u Stanisława hr. Potockiego, prezesa Izby eduk., a to jako zwolennik H. Kołłątaja, którego br. Senft rad był widzieć następcą hr. Potockiego. Ponieważ w r. 1810/11 zniesiono urząd dyrektora Wydziału, a nadto Izba eduk. złożyła z urzędu dziekańskiego Dra Kosteckiego i zamianowała dziekanem bez wyboru prof. chemii Dra Markowskiego, przyszło między Girtlerem a Markowskim do zatargu o okazanie przez tego ostatniego dyplomu doktorskiego. Zatarg ten zresztą małoznaczący, ściągnął na Girtlera upomnienie, udzielone mu przez hr. Potockiego pismem, danem w Warszawie 2 kwietnia 1811 za „niespokojne i przeciwne porządkowi i władzy“ zachowanie się, a nadto pociągnął za sobą (wskutek doniesienia rektora Uniw. Jag. hr. Sierakowskiego) usunięcie z posad profesorskich Girtlera i Michała Szymańskiego, zwolenników Kołłątaja. Dekretem z dnia 1 lipca 1811 zmniejsza Izba eduk liczbę katedr na wydz. lek. do sześciu, z tych jedną przeznacza dla wykładów terapii ogólnej i szczegółowej, kliniki lekarskiej i medycyny sądowej. Uchwałą Izby eduk. z 27 sierpnia 1811 powołany bez konkursu Dr. Boduszyński wykłada od r. 1811 — do 6 paźdz. 1814 obok kliniki lek. medycynę sądową, oraz dobrowolnie i bezpłatnie policyę lekarską.

Wojciech Jerzy Boduszyński ur. 22 kwietnia 1768 w Rzeszowie, po ukończeniu szkół pijarskich, a potem gimnazyum austryackiego tamże, uczęszcza przez 3 lata na wydz. filozoficzny, następnie przez dalsze 3 lata na teoryę medycyny w Uniw. lwowskim, zaś na praktyczne wykłady lekarskie we Wiedniu, gdzie też 13 września 1797 uzyskuje stopień Dra med. Douczywszy się biegle języków łacińskiego, greckiego, francuskiego, niemieckiego, angielskiego i włoskiego, zwiedza Węgry, Czechy i Niemcy, poczem wraca w r. 1798 do kraju i wkrótce pełni obowiązki fizyka rządowego w Tarnowie. W r. 1801 szczepi on pierwszy w kraju ospę ochronną sposobem Jennera (rząd austr. szczepienia te wprowadził obowiązkowo dopiero w r. 1803). W r. 1811 mianowany fizykiem Krakowa, obejmuje wkrótce potem katedrę wyżej wspomnianych przedmiotów, przyczem w r. 1812 tworzy w szpitalu św. Łazarza pierwszą klinikę chorób wenerycznych. W r. 1816 mianowany przez komisarzy pełnomocnych trzech Dworów opiekuńczych protomedykiem Wolnego Miasta Krakowa, dostąpił zaszczytu, iż go Akademia wybrała jednym z dwóch obieralnych przez nią senatorów W. M. Kr. Dnia 22 sierpnia 1832 r. zmarł w Krakowie. Jakkolwiek nie ogłosił żadnej pracy drukiem, był za swe istotne zasługi obrany członkiem korespondentem ces. Tow. lek. w Wilnie (od r. 1819), oraz członkiem honorowym Tow. lek. w Warszawie (w r. 1832).

Gdy Boduszyński, obarczony wielką liczbą wykładów, domagał się przydzielenia wykładów medycyny „sądowniczej“ i policyi lekarskiej osobnemu profesorowi, wniósł Girtler, czasowy kwiescent w r. 1813 i 1814 podania do Izby eduk. o reaktywowanie tej katedry i przydzielenie jej jemu. Pierwsze podanie nie odnosi skutku; drugie również, lecz dlatego, że niechętny Girtlerowi (który w r. 1812 odmówił Izbie eduk. objęcia katedry chirurgii z powodu, „iż niema do tego serca ani śmiałej ręki“) prof. Dr. Ignacy Woźniakowski oświadcza gotowość objęcia tych wykładów. Stosunki między profesorami Wydz. lek. nie musiały być podówczas najlepsze, skoro Girtler czuje się, jak pisze jego biograf F. Kojsiewicz, poruszonym „niezgodą dzieci własnych tej biednej matki nauk“ w chwili, gdy wskutek otrzymanego polecenia od Fryderyka Augusta, króla saskiego i księcia Warszawskiego, wnosi w r. 1814 projekt reorganizacyi Akademii. Projekt ten, z powodu zmian politycznych nie urzeczywistniony, zjednał pochwałę, udzieloną mu w liście przez Kołłątaja. W tym jeszcze okresie zasłużył się Girtler wnioskiem swym, aby profesorowie złożyli swe prywatne księgozbiory na rzecz mającej się utworzyć biblioteki Wydz. lek. Wtedy to prof. R. Czerwiakowski ofiarował na rzecz Uniw. cały swój bogaty zbiór dzieł i narzędzi chirurgicznych.

Od 6 paźdz. 1814 wykłady medycyny sądowej miewa „niedbale“ prof. Woźniakowski.

Ignacy Woźniakowski ur. w Biczycach w Galicyi 20 lipca 1779, kończy szkoły średnie w Tarnowie, wydział filozoficzny we Lwowie, lekarski zaś we Wiedniu i tu w r. 1804 zdobywa dyplom Dra med. W r. 1805 i 1806 zasługuje się odwagą przy leczeniu cholery, za co też w r. 1808 otrzymuje od cesarza Austryi złoty honorowy medal. W r. 1809 uzyskuje w Uniw. Jag. dyplom magistra położnictwa; w r. 1810 mianowany zastępcą profesora wydz. lek. wykłada instytucye medyczno chirurgiczne; w r. 1811 kieruje wykładami w klinice lekarskiej, poczem mianowany przez Izbę eduk. w tymże roku zwyczajnym profesorem położnictwa, zajmuje tę katedrę do końca roku 1828/9. W r. 1816 zostaje wybrany czynnym członkiem Tow. nauk. krak.; w r. 1820 członkiem Rady gospodarczej Szpitala św. Łazarza ze strony Wydz. lek.; w r. 1821 zastępcą dziekana,

a w r. 1823 członkiem Wielkiej Rady Uniw. Jag. Zmarł 8 grudnia 1875. Z prac, mających związek z medycyną sądową, ogłosił drukiem: „De delirio tremente i t. d.“. Kraków w drukarni Gieszkowskiego 8°, str. 42.

Przez cały tedy rok 1814/15 wykłada medycynę sąsdową i policyę lekarską Woźniakowski, Girtler zawnosi po raz trzeci dnia 14 kwietnia 1815 prośbę o oddanie mu katedry medycyny sądowej i policyi lekarskiej, względnie o oddanie mu posady zastępcy profesora weterynaryi. Tym razem wreszcie podanie Girtlera odnosi skutek, gdyż z dniem 1 października 1815 obejmuje on jako zastępca profesora napowrót wykłady medycyny sądowej, policyi lekarskiej, a nadto weterynaryi.

III. Okres od r. 1816–1851.

Wskutek swej prośby z 7 czerwca 1816 mianuje Rząd Wolnego Miasta Krakowa Sebastyana Girtlera rzeczywistym profesorem historyi medycyny, medycyny sądowej, policyi lek. i weterynaryi i odtąd też aż do r. 1826 pełni on powyższe obowiązki. W r. 1826 obejmuje z wyboru urząd rektora Akademii, a nie mogąc wedle odnośnego statutu piastować równocześnie dwóch posad, zmuszony jest porzucić katedrę, z takim trudem wywalczoną. W r. 1818 wybrano go na 4 lata dziekanem Wydz. lek., w r. 1822 na dalsze czterolecie. Gdy jednak w tymże czasie ustąpił dobrowolnie z urzędu rektora Walenty Litwiński, b. prof. Wydz. prawa, powołano Girtlera od czerwca 1821 na zastępcę rektora. Dlatego też przy powtórnym wyborze jego na dziekana w r. 1822 za wybór ten dziękuje i prosi Wydział, aby dziekanat powierzył prof. Woźniakowskiemu, który niedawno jeszcze przeszkodził mu w uzyskaniu katedry. Od 18 paźdz. 1826 pełni urząd rektora, zatwierdzony na tem stanowisku przez Senat rządzący W. M. K. W uznaniu jego niespożytych zasług dla Akademii (brał czynny udział przy odebraniu na rzecz Uniw. Szpitala św. Łazarza, nieprawnie przywłaszczonego przez Siostry Miłosierdzia w r. 1821, zestawił i zlikwidował pretensye byłych profesorów, ich wdów i sierot co do zaległych ich pensyi z czasów Rzeczypospolitej, rządów Austryi i Ks. Warszawskiego), wybrała go Akademia na posiedzeniu z 20 maja 1831 w myśl statutu dożywotnim senatorem W. M. Kr. w miejsce zmarłego b. prof. prawa Józefa Sołtykowicza. Przy tej sposobności wymierza mu Rząd ówczesny emeryturę o 1000 złp. wyższą od należącej się mu, wynoszącą razem z tym dodatkiem 4000 złp. Dnia 5 czerwca 1832 mianuje go Tow. lek. w Warszawie swym członkiem, w r. 1833 przy redukcyi liczby senatorów W. M. K. z 12 na 8 ustępuje z ich grona i niebawem, t. j. 15 sierpnia 1833, umiera w Krzeszowicach w 67 roku życia.

Z prac jego oprócz przekładu podręcznika anatomii z niemieckiego oryginału (Kraków 1811, 8°, str 475), drobniejszych rozpraw, np.: „O potrzebie ścisłego postępowania władzy policyjnej co do szczepienia ospy“ (dedykowanej w r. 1820 Stan. hr. Potockiemu), z zakresu historyi medycyny i weterynaryi, ogłoszonych w rocznikach Tow. naukowego krak. (1817 T. III. str. 116—154; 1818 T. VII, str. 23—91), którego od czerwca 1821—1831 był prezesem, przełożył na język polski i wydał bezimiennie: J. P. Brinckmanna: „Wykaz prawideł, podług których przy sądowych obdukcyach medycy i chirurgowie t. zw. *visa reperta* spisywać i sporządzać mogą. Kraków 1811“. — Nadto na podstawie dzieła I. P. Franka wypracował wykłady nauki o policyi lek., zastosowanej do potrzeb kraju naszego. Pracą tą, obejmującą 300 arkuszy *in folio* „zbitego staroświeckiego pisma polskiego“, posługiwał się od r. 1810—1826 przy swych wykładach, poczem używał jej do swych wykładów następca Girtlera na katedrze Julian Sawiczewski, nawet już po śmierci Girtlera, mimo że Girtler wyraził życzenie, aby ten rękopis złożyć po jego śmierci w bibliotece Jag. Niestety, Sawiczewski nie wypełnił woli autora, zatrzymał rękopis u siebie i tutaj też spalił się on wraz z całą biblioteką Sawiczewskiego 18 lipca 1850 przy ogólnym pożarze miasta. Podobnie zaginął rękopis kilkunasto arkuszowy Girtlera „O ostatnim rozbiorze Polski“.

Po ustąpieniu Girtlera w r. 1826 z posady profesora, powierzono wykłady historyi medycyny, medycyny sądowej i policyi lek. Julianowi Sawiczewskiemu.

Julian Józef Sawiczewski, ur. w Krakowie 1795 r., kształcił się w szkołach rodzinnego miasta i tu uzyskał w r. 1818 stopień Dra med. i chir. po napisaniu rozprawy „De ferro“. Brał on czynny udział w legionach polskich Napoleona. Dnia 8 czerwca 1821 zamianowany przez Wielką Radę Uniw. Jag. nadzwyczajnym profesorem, wykładał zrazu makrobiotykę, t. j. naukę „o ratowaniu i zabezpieczeniu ludzi w nagłych wypadkach życia na lądzie i wodzie“, nadto o chorobach oczów i zębów. Przez rok 1825/6 wykładał farmacyę, zaś od r. 1826/7 objął po Girtlerze wykłady historyi medycyny, policyi lekarskiej, medycyny sądowej i weterynaryi. Dnia 30 sierpnia 1831 mianowany przez Senat rządzący zwyczajnym profesorem tych przedmiotów, wykładał je na podstawie rękopisu Girtlera do r. 1833/4. W r. 1833 wezwała go ówczesna Komisya reorganizacyjna dla Uniw. Jag. do poddania się ponownemu konkursowi celem zatrzymania nadal zajmowanej katedry. Wezwaniu temu, stanowiącemu dlań wyraźną ujmę, nie uczynił zadość i wobec tego wkrótce potem, bo z końcem roku 1833/4 z katedry ustąpił, uzyskawszy od Wydz. lek. świadectwo za swą 17-letnią nauczycielską pracę. Odtąd oddał się praktyce lekarskiej w Krakowie, poświęcając wolny czas studyom muzyki. Zebrał on też pieśni ludowe i krakowiaki, lecz ten cenny zbiór spłonął w r. 1850. Dnia 10 lutego 1854 zmarł w Krakowie. Nie pozostawił po sobie żadnych prac naukowych, miewał tylko w krak. Tow. nauk. lek. wykłady o „historyi policyi lek.“ „o zarazie morowej“ i „o medycynie u ludów dzikich“. Po reorganizacyi Uniw. Jag. w r. 1833 liczył Wydział lek. 9 profesorów, z których jeden, t. j. Sawiczewski wykładał w zimie medycynę sądową, w lecie policyę lekarską, a nadto przez cały rok historyę medycyny. Brodowicz, jako dziekan Wydz. lek. nie otrzymał od niego z końcem roku 1833/4 żadnego sprawozdania o odbywanych wykładach po myśli ówczesnego zwyczaju, a szczegół ten łącznie z tem, że do wykładów posługiwał się rękopisem Girtlera, oraz że nie zostawił żadnej naukowej pracy, świadczy, iż nie należał on do rzędu wybitniejszych uczonych, którzy przed nim i po nim katedrę tę zajmowali. (C. d. n.).

VIII. † Dr. Józef Wszebor,

lekarz naczelny szpitala Dzieciątka Jezus, kurator szpitala zapasowego, członek towarzystw naukowych i dobroczynnych, zakończył życie w Warszawie dnia 1 stycznia, licząc lat 68. Nauk lekarskich słuchał w ówczesnej warszawskiej Akademii medyko-chirurgicznej, którą ukończył w roku 1862, a w dwa lata później, po obronieniu rozprawy, otrzymał stopień doktora medycyny. Następnie, jako stypendysta warszawskiego Wydziału lekarskiego, bawił za granicą, oddając się w pierwszorzędnych szkołach lekarskich studyom patologii męzkich dróg moczowych i narządu płciowego. Po roku sumiennej pracy naukowej, głównie w Paryżu i w Berlinie, z której składał sprawozdania warszawskiemu Wydziałowi lekarskiemu, osiadł w roku 1866 w Warszawie, mianowany ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus; w roku 1879 objął stanowisko naczelnego lekarza w szpitalu św. Rocha, a następnie w szpitalu Dzieciątka Jezus, które piastował do śmierci. Zostawił znaczny dorobek literacki: przez 3 lata kierował wydawnictwem „Pamiętnika Towarz. lekar. warszawskiego“; ogłosił drukiem 16 prac, głównie z zakresu chirurgii, a wspólnie z Drem Stankiewiczem i Drem J. Kwaśnickim opracował „Chirurgię operacyjną“, wchodzącą w skład „Biblioteki umiejętności lekarskich“. Poważany dla zasług i zalet rozumu i serca, zeszedł z tego świata wśród czci i żalu bliższych kolegów i całego społeczeństwa. *A. K.*

IX. Listy otwarte.

* *Otrzymaliśmy do ogłoszenia następujące pisma:*

XV Międzynarodowy Kongres lekarski w Lizbonie w r. 1906. Na propozycyę Stowarzyszenia międzynarodowego prasy lekarskiej, komitety narodowe zostały wzmocnione przedstawicielami tejże prasy. Jako reprezentanci prasy lekarskiej do Komitetu polskiego wstąpili: Dr. Kwaśnicki, redaktor „Przeglądu lekarskiego", prof. Kadyi, red. „Archiwum Polskiego", Dr. Kramsztyk, red. „Krytyki lekarskiej", Dr. Chłapowski i Dr. Święcicki, red. „Nowin lekarskich".

Firma Cook and Soon z Londynu organizuje ułatwienia podróży dla członków Kongresu. Krzyżowiec 1 klasy kursować będzie, — jak nam Komitet centralny donosi, — pomiędzy Londynem a Lizboną, gdzie się zatrzyma w czasie trwania Kongresu i służyć będzie za hotel dla uczestników. Parowiec opuści Londyn we czwartek 12 kwietnia, zatrzyma się w Hawrze dla zabrania podróżnych francuskich, a dalej wyruszy do Corunna, gdzie zatrzyma się na czas jakiś dla umożliwienia członkom zwiedzania ważniejszych miejscowości; podobnie wysadzi podróżnych na ląd we Vigo i Oporto, a do Lizbony przybędzie po południu we środę d. 18 kwietnia, gdzie zatrzyma się aż do 26 kwietnia, by już prosto powrócić przez Havre do Londynu.

Dowiadujemy się dalej, że Komitet centralny w Lizbonie robi starania, ażeby podobny parowiec wypłynął z jednego z włoskich portów z przeznaczeniem dla kongresistów. Sądzimy, że i nasza propozycya, ażeby Komitet wszedł w układy z Lloydem austryackim dla urządzenia wyprawy parowcowej z Tryestu do Lizbony, z zatrzymaniem się w główniejszych miejscowościach Włoch, Algieru i Hiszpanii południowej, będzie mogła być uskutecznioną. Ażeby umożliwić przyjście do skutku tego bez wątpienia bardzo dogodnego środka komunikacyjnego, trzeba nam w przybliżeniu wykazać, jaki będzie udział w Kongresie z ziem polskich. Z tego względu prosimy o wczesne zgłaszanie tak odczytów i referatów, jako też chęci uczestniczenia w Kongresie w ogóle.

Kraków, dnia 3 stycznia 1905.

Prof. Dr. B. Wicherkiewicz.
Prezes Komitetu polskiego XV międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Lizbonie.

Kasa chorych lekarzy we Lwowie. Ponieważ uchwalone zmiany statutu nie zostały przez c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych zatwierdzone przeto uchwalił Wydział Kasy zwołać na niedzielę 29 stycznia b. r. o godzinie 12 w południe powtórne nadzwyczajne Walne Zgromadzenie do lokalu Izby lekarskiej (ulica Dominikańska, l. 11, na dole).

Porządek dzienny:
Zmiana statutów.

Zapraszając Szan. Kolegów na to Zgromadzenie, zwracamy ich uwagę, że w myśl § 21 statutu potrzebny jest komplet połowy (a więc przeszło 70) członków; zatem w razie przeszkody przybycia upraszamy o podpisanie i przysłanie pełnomocnictw.

Lwów, dnia 6 stycznia 1905.

Sekretarz: *Dr. Czaczkowski.* Przewodniczący: *Dr. Festenburg.*

Szanowny Panie Redaktorze! Do wiadomości kolegów, życzących mieć surowicę przeciwbłoniczą skoncentrowaną w małej dawce, podaję, że Zakład posiada obecnie stale surowicę, która w 4—5 centm., t. j. w jednej małej flaszeczce, zawiera 2000 jednostek. Flaszeczka takiej surowicy w aptekach według nowej taksy, zatwierdzonej przez Minist. spraw. wewn., kosztuje 8 kor., zaś w sprzedaży hurtownej za 10 flakonów 51 kor. Surowica ta nie ulega zmianie w ciągu kilku lat i może być przechowywaną bez zamiany na świeżą. *Bujwid.*

Z zarządu Towarzystwa samopomocy lekarzy:

I. Ponieważ wielu kolegów zwraca się do mnie z prośbą o przysłanie znaczków receptowych, przeto przypominam, że najlepiej nabywać je w aptekach (wszystkie apteki w całej Galicyi są już w znaczki zaopatrzone, albo też, adresując wprost: „Administracya znaczków receptowych, Kraków, ul. Radziwiłłowska, dom Towarzystwa lekarskiego" przez co oszczędza się wydatku i zapobiega zwłoce. *Dr. Langie.*

II. P. Maszewski, aptekarz w Przemyślu, przesłał czekiem poczt. Kasy oszczędności Nr. 867,268 kwotę dwustu koron dla Tow. samopomocy lekarzy, z dopiskiem, że: „przeznacza ją zamiast będącego w Przemyślu zwyczaju rozsyłania życzeń i podarunków noworocznych miejscowym lekarzom, na fundusz dla wdów i sierót po lekarzach, utworzony przy Tow. samopomocy, z prośbą o podanie tego do wiadomości lekarzy przemyskich". Imieniem Wydziału składam za ten dar gorące podziękowanie.

Dr. Langie, generalny sekretarz.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12 stycznia.

* **Nowa teorya pochodzenia gatunków.** W poniedziałek d. 9 b. m. wyłożył prof. Rostafiński na posiedzeniu Akademii Umiejętności nową teoryę pochodzenia istot żywych. Opiera się ona głównie na odkryciu, że wszystkie istoty żyjące posiadają jedną składową część „naszej" pamięci, którą autor nazywa „utrwalnością". Wszystkie przyzwyczajenia stają się niemi właśnie dzięki tej utrwalności i przechodzą raz nabyte z pokolenia na pokolenie. Każda cecha morfologiczna, każda właściwość fizyologiczna albo psychiczna danego osobnika może w razie odosobnienia dać początek potomstwu, mającemu, dzięki tej utrwalności, nowe cechy odziedziczalne. Tak bez walki o byt i bez doboru naturalnego mogą powstawać przez przyzwyczajenia do nowego środowiska nowe grupy osobników, które nazywamy rasą, odmianą albo gatunkiem. Prof. Rostafiński podał Akademii tylko komunikat streszczający jego poglądy, a samą rzecz zamierza ogłosić w osobnej książce.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie administracyjne, na którem funkcyonaryusze Towarzystwa zdali sprawę z całorocznej działalności.

* Warszawskie Towarzystwo lekarskie odbyło dnia 3 b. m. posiedzenie wyborcze. Wybrano na rok 1905 następujący skład zarządu Towarzystwa: prezes — Dr. Dunin; wiceprezes — Dr. Kamocki; sekretarz — Dr. Korzon; pomocnik sekretarza — Dr. Landstein.

* Dom Towarzystwa lekar. krak. ciągle jeszcze oczekuje na oświetlenie elektryczne i z tego powodu nie może być jeszcze w całości otwarty; natomiast czytelnia jest już urządzona i członkowie Towarzystwa mogą z niej każdodziennie korzystać od godziny 5 po południu.

* I-sze Walne Zgromadzenie członków Polskiego Towarzystwa balneologicznego odbędzie się w sobotę dnia 14 stycznia o godzinie 6 wieczorem w sali wykładowej krakowskiej kliniki lekarskiej z następującym porządkiem dziennym: *a*) Wybór Wydziału Towarzystwa; *b*) Wnioski i interpelacye. (Notatkę tę otrzymaliśmy dnia 10 b. m.).

* W lwowskim szpitalu dla dzieci mianowani zostali: Doc. Dr. Bednarski konsultantem w oddziale chorób oczów i Dr. Eug. Doliński — sekundaryuszem w oddziale chorób wewnętrznych.

* Prof. Babiński w Paryżu mianowany został oficerem legii honorowej.

* „Słownik terminologii lekarskiej polskiej" został ukończony. W końcu miesiąca stycznia okaże się na półkach księgarskich.

* „Zjednoczone austryackie akcyjne Towarzystwo żeglugi parowej *austro-amerikana*" poszukuje lekarzy dla służby okrętowej. Szczegółów i wyjaśnień udzieli „Jeneralna agencya na Galicyę i Bukowinę" (Kraków, ul. Lubicz, 7, p. Goldlust i Ska).

* W Paryżu od niedawnego czasu zostało urządzone w Sorbonie „biuro informacyjne" dla cudzoziemców, przybywających do Francyi dla studyów. Inicyatorem tej tyle pożytecznej instytucyi jest Dr. Blondel. Biuro paryskie informuje i o innych ogniskach nauki europejskiej, przeto ma ono doniosłe znaczenie międzynarodowe. „Berliner klin. Wochenschrift" donosi, że podobne biuro informacyjne zostało założone przy uniwersytecie Fryderyka Wilhelma w Berlinie.

* Międzynarodowy Kongres ginekologów odbędzie się od 11 do 18 września w Petersburgu pod przewodnictwem prof. Otta. Dowiadujemy się, że Komitet gospodarczy tego Kongresu zwrócił się do prof. Marsa z propozycyą zorganizowania Komitetu polskiego. O ile nam wiadomo ginekolodzy nasi zamierzają Komitet polski do życia powołać i wziąć udział w Kongresie. W skład miejscowego Komitetu krakowskiego weszli: prof. Jordan, prof. Rosner i docent Dobrowolski.

* Międzynarodowy Kongres fizyologów odbędzie się w Rzymie od 26 do 30 kwietnia t. r.

* Między 18 a 24 grudnia 1904 doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim, drohobyckim, horodeńskim, jarosławskim, kamioneckim, kolbuszowskim, kołomyjskim, mieleckim (po 1 gminie), przemyślańskim (2 gm.), stanisławowskim, stryjskim, tarnopolskim, tłumackim, trembowelskim (po 1 gminie), turczańskim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Docent ginekologii Holzapfel otrzymał tytuł profesora w Kilonii. Doc. psychiatryi Gudden otrzymał tytuł profesora w Monachium. Doc. psychiatryi Weygandt otrzymał tytuł profesora w Würzburgu. Dr. Robinson mianowany prof. anatomii w Birminghamie. Doc. Brachet mian. prof. anatomii w Brukseli. Doc. Małkow mian. prof. wewnętrznej medycyny w Kijowie. Tytuł profesora otrzymali: Dr. Neisser w Szczecinie; Dr. Sudhoff — w Hochdhalu; Dr. Schücking — w Pyrmoncie.

Nekrologia. Dr. Franciszek Brunon Dziewiszek zmarł 5 b. m. w Lublinie, licząc lat 49. Dr. Lécorché, znany autor i były prof. uniw. paryskiego, zmarł w 75 r. życia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 53. Świątecki: Rad i jego promienie (dok.). Lud. Korczyński: O wpływie jadów gruźliczych na rozwój i jadowitość innych bakteryi (dok.).

— *Medycyna* Nr. 53. Heryng: O nowych metodach inhalacyjnych (dok.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 1. Giedroyć: Poglądy lekarskie Reja. Biegański: O celowości w zjawiskach patologicznych (c. d.). Z. Kramsztyk: 1) Pilna potrzeba. 2) Hypertrofijne organy szpitalnictwa warszawskiego. 3) Nowe pisma lekarskie.

— *Biblioteka lekarska* Z. 12. Dieulafoy T. IV. Gorączki wysypkowe. Dur.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 12. Łepkowski: Uproszczony sposób robienia koron ciągnionych.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 1. Barzycki: Sprawozdania roczne o inspekcyach w r. 1902. Zarzycki: W sprawie kanalizacyi m. Lwowa.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 1. Maixner: Některe zkušenosti o angina pectoris. Thomayer: Příspěvek k vědomostem o obrnách svalů dýchacích. Lhoták: O podmínkach určujících projevy dušeni. Steppan: Luxatio talo-cruralis pedis postica.

— *Lékařské rozhledy* Z. 12. Hnátek: Polymyositis acuta haemorrhagica.

— *La Presse médicale* Nr. 104. Sabouraud i Noiré: Leczenie liszaja wyłysiającego promieniami X w szkole Lallier. Terrien: Leczenie osesków ze wstrzymanym wzrostem.

— Nr. 105. Desfosses: Badanie kliniczne grzbietu dziecka. Sardou: Klimat francuskiego wybrzeża śródziemnego morza pod względem klinicznym. Delaunay: Odruch przełykowo-łzowy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 1. Orth: Przyczynek do znajomości rozedmy płuc. Passow: Przyczynek do nauki o czynnościach błędnika. Baum: Przyczynek do nauki o pokrzywce. Kernig: O przedmiotowo wykazalnych zmianach w sercu, zwłaszcza na osierdziu, po napadzie dusznicy bolesnej. Schomburg: Przyczynek do leczniczego działania grizeriny. Neumann: Gnilec u osesków w Berlinie. Hildebrandt: Zastosowanie adrenaliny w chirurgii.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 1. Lange: Leczenie bocznego skrzywienia kręgosłupa zapomocą czynnych i biernych prostowań. Peters: Dalsze uwagi nad sprawą jaglicy i nad leczeniem cierpień spojówki. Arnsperger: Endemiczne występowanie białaczki szpikowej. Stadler: Badania Pawłowa i ich znaczenie dla kliniki chorób trawienia. Hempel: Przyczynek do leczenia choroby Basedowa antytyreoidynową surowicą Möbiusa. Thienger: Spostrzeżenia nad antytyreoidyną Möbiusa. Sondermann: Nowa metoda dla rozpoznawania i leczenia chorób nosa. Kretschmann: Przyczynek do operacyi ropotoku jamy szczękowej. Hildebrandt: Nowe lekarstwiane i lecznicze kierunki. Cahen: Przypadek przepukliny urazowej płuca bez zewnętrznego zranienia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 1. Hamburger: Przyswajanie a dziedziczenie. Rossiwall i Schick: O swoistej aglutynacyi paciorkowców z płoniczego zapalenia gardła i o pozaustnem pierwotnem zakażeniu. Pick: Uwagi z zakresu granicznego między psychiatryą a neurologią. Graff: Leczenie operacyjnego zranienia przewodu piersiowego.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 1. Kraus: Uwagi nad czynnościowem rozpoznaniem chorób serca. Edinger: Choroby układu nerwowego z zużycia. Pfeiffer: Antybakteryolityczne substancye surowicy prawidłowej. Riedel: Leczenie zanogcicy. Sarvey: Bakteryologiczne uwagi nad odkażaniem gorącą wodą i alkoholem. Sattler: Leczenie oderwania siatkówki. Riesenfeld: Rad w zdrojach i borowinie. Müller: Przewlekłe zołzowate zapalenie gruczołu mlecznego u dzieci.

Redakcya otrzymała. Karliński: W kwestyi przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na zwierzęta. — Sprawozdanie szpitala powiatowego w Buczaczu za rok 1904.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 1 (od dnia 1/1 do 7/1) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 36, dziew. 30; nieżywo: chł. 4, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 15, kob. 26; zamiejscowych: męż. 9, kob. 5.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miej. 2, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 8, ob. —. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 41, obcych 14.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

LW. 234/05.

KONKURS.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem księstwem Krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w szpitalu powszechnym w Białej.

Kandydaci powinni najpóźniej do końca stycznia 1905 wnieść podania do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) Metryki urodzenia na dowód, że kandydujący nie przekroczył 40 roku życia.

b) Dowodu obywatelstwa austryackiego.

c) Dyplomu doktora wszech nauk lekarskich na jednym z uniwersytetów Monarchii austryackiej, upoważniającego go do wykonywania praktyki lekarskiej.

Do posady tej jest przywiązana płaca o rocznych 1200 Koron.

Stabilizacya na tej posadzie, nadającej prawo do emerytury, może nastąpić po roku gorliwej i pożytecznej służby.

We Lwowie, dnia 3 stycznia 1905. 81

Konkurs

Przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie jest opróżniona posada sekundaryusza przy oddziale chirurgicznym z remuneracyą 1.200 Koron rocznie, płatną w ratach miesięcznych z góry.

O posadę tę ubiegać się mogą tylko Panowie lekarze, którzy przynajmniej przez 6 miesięcy pozostawali na praktyce w szpitalu św. Ludwika.

Podania wnosić należy na ręce Dyrektora najpóźniej do dnia 1 lutego b. r.

111 Dyrektor: Prof. *Jakubowski.*

L. 872.

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego w miasteczku Tyrawa wołoska z płacą roczną 600 koron.

Podania wnosić można do Zwierzchności gminnej w terminie 4 tygodni.

Tyrawa wołoska, dnia 20 grudnia 1904. 183

Zwierzchność gminna.







Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XLIV. Kraków 21 Stycznia 1905. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O lekarzach w Babilonii i o czynności ich wchodzącej w zakres okulistyki.

Na podstawie nieznanego dotąd źródła,

napisał

Prof. Dr. E. Machek.

Wiosną r. 1902 wykopała ekspedycya francuska, którą kierował J. de Morgan, na wzgórku, na którym stała niegdyś akropolis miasta Suzy, stolicy państwa Elamu, a późniejszej zimowej rezydencyi królów perskich, wielką bryłę dyorytu, pokrytą pismem klinowem. Odgrzebany dokument kamienny, kształtu ściętego stożka, ma 225 ctm. wysokości, u góry 165 ctm., u dołu zaś 190 ctm. objętości. Głęboko w kamień wryte pismo tworzy 49 kolumn, z których pięć uszkodzono. W tym samym roku prof. V. Scheil z Paryża, głośny znawca języków wschodnich, odczytał zapiski i wydał tłómaczenie[1]). Otóż na kamieniu na wieczną rzeczy pamiątkę utrwalić nakazał Hammurabi, król Babilonu, swój kodeks prawny. W jakim to uczynił celu, widocznem jest z ustępu, wyrytego na początku: „Bóstwa Anu i Bal powołały bogobojnego króla do ugruntowania sprawiedliwości w kraju, do poskromienia swawolnych i przewrotnych, aby w przyszłości mocny nie krzywdził słabszego“.

Zbiór praw Hammurabiego obejmuje według dzisiejszych pojęć prawo cywilne i karne. Pomijając wstęp i zakończenie, składa się z pomniejszych ustępów, które H. Müller[2]) liczbami poznaczył tak, że podzielił kodeks niejako na 282 paragrafów.

Pewna liczba paragrafów stanowi co do treści odrębną całość, osobne działy; szereg n. p. paragrafów dotyczy prawa małżeńskiego i rozwodów (§ 137—143); inny dział, prawa spadkowego (§ 162—169); inny mówi o obowiązkach niewolników (§ 278—282). A jest także dział, który dotyczy lekarzy, weterynarzy i postrzygaczy i wspomina o zawodowej ich czynności (§ 215—227). W innych miejscach jest wzmianka o chorobach, o zabiegach operacyjnych, a w trzech paragrafach wspomina kodeks o operacyi ocznej, która musiała być ważna, jeżeli wogóle kodeks o niej wspomina.

Ta ostatnia okoliczność sprawiła, że się zająłem kodeksem Hammurabiego. Jak bowiem z toku rzeczy wyniknie, tylko przy pomocy wiadomości okulistycznych rozstrzygnąć można, o jaką tu chodziło operacyę. Następnie jednakże nie ograniczę się tylko do tego, co przedewszystkiem mnie, jako okulistę, zajmuje, lecz podam także wiadomości o szczegółach, które dotyczą wogóle stanu lekarskiego. Należy to uczynić już z tego powodu, że historya medycyny dotąd prastarego tego dokumentu cywilizacyi babilońskiej, który właśnie co został odkryty, uwzględnić nie mogła.

Zanim jednakże mówić będę o tem, co lekarzy dotyczy, muszę w krótkości wspomnieć o ważności i donioslości tego odkrycia wogóle.

Chcąc się rozpatrzyć w znaczeniu, jakie mają wiadomości, czerpane z kodeksu Hammurabiego, dla poznania współczesnych stosunków kulturnych, należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na poważną liczbę wieków, która dzieli nas od czasów, o jakich to źródło daje świadectwo. Każdy z nas z poszanowaniem dla minionej przeszłości czerpałby wiadomości n. p. ze zbioru praw Kazimierza Wielkiego (1368), od spisania którego dzieli nas przeszło pięć wieków. Decemwirów, którym powierzono zebranie i spisanie obowiązujących współcześnie w Rzymie praw, wybrano w r. 451 przed Chrystusem; jest to data zapoczątkowania prawodawczej pracy, z której wzrosło prawo dwunastu tablic. Ośmset lat przedtem nadał Mojżesz żydom dekalog, który stanowi pierwsze uchwytne początki ustawodawstwa żydowskiego. Prawa Mojżeszowe znamy z ksiąg Pentateuchu, które stanowią jeden z najstarszych i najobszerniejszych dotąd znanych zbiorów prawnych. Otóż, w czasie gdy Mojżesz na Sinai szukał skupienia, aby przynieść narodowi wybranemu „przykazanie Boże“, minęło już lat 1000, odkąd na dyorycie na rozkaz Hammurabiego, który panował około 2250 przed Chrystusem, spisano jego kodeks. Daje on tedy świadectwo o kulturze, od której dzieli nas przeszło 41 wieków, o stosunkach istniejących 1000 lat przed Mojżeszem, a jest obecnie, od czasu odkrycia kamienia z Suzy, najstarszym znanym systematycznym kodeksem prawnym.

Doniosłość tego odkrycia jest dla poznania prawa i cywilizacyi starożytnego Wschodu bardzo wielka. Scheil (j. w.) twierdzi, że przewyższa ono wszystkie dotąd znane źródła, dające świadectwo o kulturze Egiptu, Babilonii i Assyryi.

Co do stylizacyi przypomina każdy ustęp kodeksu nasze paragrafy. Najczęściej rozpoczyna się od słów *summa awilum*, co znaczy, jeżeli mąż, albo mieszkaniec popełni to a to, ma się stać tak a tak. Stylizacya jest ściśle rzeczowa, krótka i zwięzła, możnaby powiedzieć nowożytna. Okoliczność ta jest znamienną dla kodeksu Hammurabiego. Daleko późniejsze przepisy prawne, zebrane w *Deuteronomium*, są

[1]) V. Scheil. Code de Lois (Droit Privé) de Hammurabi roi de Babylone vers l'an 2000 avant Jesus-Christ.

[2]) Dr. David Heinr. Müller. Die Gesetze Hammurabis und ihr Verhältniss zur mosaischen Gesetzgebung sowie zu den XII Tafeln. Wien, 1903.

mniej przejrzyste, a prawo cywilne i karne pomieszane jest z ustępami treści historycznej i teologicznej

Zapoznanie się z treścią przenosi myśl naszą na daleki Wschód, gdzie spotykamy naród rozumny, wysoce kulturny, potrzebujący szerokiej ochrony prawnej. Świat, który poznajemy, jest tak odmienny, jak dalekie czasy, z których kodeks pochodzi. Król i dwór, służba królewska, strzelec i żołnierz zasiedziali na królewszczyźnie, świątynia, starsi gminy, wolni zamożni, wolni w skromnych żyjący warunkach (*muskenu*) i niewolnicy, to czynniki życia publicznego. Wnikamy w najściślejsze stosunki wewnętrznego życia rodzinnego. Bezdzietna małżonka wybiera nałożnicę dla męża, aby ród nie wygasł, a prawo zastrzega jej pierwszeństwo w domu i jego rządy. Świat niewolników staje żywo przed oczami; prawo nagradza wierną ich służbę i zabezpiecza im spokojny chleb na starość, nakazując: „nie wypędzisz go z domu, w którym służył“.

Cywilne prawodawstwo olśniewa wprost roztropnością i sprawiedliwością, a często przewidującą przezornością. Dla przykładu przytaczam kilka paragrafów, które dają świadectwo o rozumie prawodawców, a równocześnie odsłonią ten pełen uroku świat Wschodu. Dosłowne tłómaczenie daje obraz stylizacyi oryginału. I tak § 161 opiewa: „Jeżeli mężczyzna przyniósł do domu swojego (przyszłego) teścia dary i cenę kupna (za córkę) złożył a przyjaciel go oczerni, teść zaś do zięcia rzecze: — „Mojej córki ci nie dam“, — odda (teść) wszystko, co otrzymał w dwójnasób (niedoszłemu) zięciowi. Żona tegoż nie wyjdzie za przyjaciela“.

Pierwszy ustęp tego paragrafu wprowadza nas w prastare stosunki Wschodu. Młody człowiek, przyniósłszy dary i złożywszy cenę kupna ojcu, który miał dziewczę na wydaniu, otrzymywał przyrzeczenie rodzica i uważany był za zięcia. Wobec tego prawodawca mówi o mężu i żonie, chociaż małżeństwo jeszcze do skutku nie przyszło. Tymczasem przyszłego męża oczernia przyjaciel, a teść postanawia zerwać małżeństwo. Prawo tego nie zabrania, lecz nakazuje, aby teść zwrócił w dwójnasób to, co wziął za córkę. Postanowienie takie musiało zachęcać ojców, mających córki na wydaniu, do należytego rozważenia, komu dać dziecko, zanim wyrzekną ostatnie słowo. A jak rozumny jest drugi ustęp: „za przyjaciela nie wyjdzie“, stawiając tamę wszelkim intrygom, mającym na celu zrywanie małżeństwa dla osobistych widoków.

§ 117. „Jeżeli męża chwycił dług, a tenże swoją żonę, syna lub córkę za pieniądze sprzedał albo w zastaw dał, pracują oni przez 3 lata w domu kupca, albo u tego, który ich wziął w zastaw, — w czwartym roku są wolni“.

§. 119. „Jeżeli męża chwycił dług, a tenże sprzedał za srebro niewolnicę, z którą miał dzieci, otrzyma ją właściciel napowrót, skoro kupcowi odważy taką ilość srebra, jaką wziął“.

Otóż człowiek, którego kiedyś „chwycił dług“, mógł się z czasem może przy pomocy dzieci czegoś dorobić. Aby matka jego potomstwa nie żyła w niewoli, zastrzega prawo możność wykupienia jej bez nadpłaty.

Prawo karne zdaje nam się zbyt surowem. Prawdopodobnie jednakże surowość kar jest dla owych czasów konieczną potrzebą obrony społeczeństwa. Należy nadto uwzględnić, że prawodawstwo pomojżeszowe, z górą 1000 lat późniejsze, a przyznać potrzeba, także postępowsze, mimo to niewzruszenie stoi na zasadzie: „życie za życie, oko za oko, ząb za ząb“.

Znaczenie stosunków zdrowotnych wogóle małe znachodziło w starożytności zrozumienie, a skutkiem tego stan lekarzy podrzędne zajmował stanowisko.

Z tego powodu w nielicznych źródłach historycznych, które się dotąd z tych prastarych czasów przechowały, rzadko kiedy napotykamy wiadomości o lekarzach. Te zaś, które się tamże znachodzą, zawdzięczamy tej okoliczności, że zawód lekarski we wcześniejszej starożytności pozostawał przeważnie w rękach kapłanów. Niespodzianką tedy jest nagromadzenie większej ilości szczegółów, dotyczących lekarzy babilońskich, w kodeksie Hammurabiego, z których możemy w przybliżeniu odtworzyć obraz ich czynności i stwierdzić, jakie było ich stanowisko i znaczenie.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że lekarz był tylko lekarzem. Nie napotykamy w kodeksie wzmianki, któraby się domyślać kazała, że leczeniem trudnili się kapłani, jak w Indyach i Egipcie. Naturalnie, że lekarz żył z zapłaty, którą pobierał od stron za czynność lekarską tak, jak się to dziś dzieje. Dowodzi tego już § 206, który właśnie nawiasem tylko wspomina o lekarzu, a tak opiewa: „Jeżeli mąż drugiego w bójce uderzy i zada mu przytem ranę, złoży przysięgę: — „Nie chcąc go uderzyłem“ — a lekarza także „zapłaci“. Solenna tedy przysięga uwalnia od odpowiedzialności karnej tego, który zadał ranę, lecz nie uwalnia od obowiązku zapłacenia lekarza.

Dział dotyczący wogóle służby lekarskiej w szerszem tego słowa znaczeniu, a więc lekarza, weterynarza i postrzygacza, stanowią § 215 - 227. Wyłącznie lekarzy dotyczą paragrafy 215 — 223, a więc dziewięć paragrafów. Sześć (§ 215—217, 221—223) stanowią niejako taryfę za czynność lekarską, trzy zaś (§ 218, 219, 220) naznaczają kary za błędy, popełnione w wykonywaniu sztuki lekarskiej, należą tedy do prawa karnego. (C. d. n.)

II. Z krajowego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Hidroterapia w psychiatryi.

Podał

Dr. J. Woszczyński,

sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy).

Najczęściej używanym zabiegiem wodoleczniczym w zakładach dla obłąkanych są mokre zawijania. Sposób zawijania trochę skomplikowany, powinien być jednak wykonanym dokładnie, jeżeli zawijania mają swój cel osiągnąć. Na łóżku żelaznem rozkłada się koc wełniany długi i szeroki tak, aby nakrywał poduszkę, a drugim końcem spadał ponad poręcz łóżka. Na ten koc rozkłada się zwykle lniane prześcieradło, zamoczone poprzednio w wodzie studziennej i należycie wyżęte, w ten sposób, żeby u głowy na szerokość dłoni nie dosięgało koca, u dołu równało się z kocem.

Rozebrawszy teraz chorego i obmywszy mu twarz zimną wodą, kładziemy go na wznak na mokrem przeście-

radle, ręce układamy wzdłuż ciała po obu bokach, poczem szybko zawijamy prześcieradło około ciała tak, aby gładko przylegało; bok prześcieradła układamy między ręce a klatkę piersiową, tudzież między nogi, górny koniec powinien szczelnie przylegać do szyi, dolnym obwijamy nogi. Teraz dopiero nawijamy na chorego koc tak, aby dokładnie wszędzie przylegał, zwłaszcza na szyi, dolny koniec naciągamy i nakładamy na nogi. Aby zapobiedz rozwinięciu się chorego, przymocowujemy go zapomocą prześcieradeł, złożonych wzdłuż przekątni, do boków łóżka, jednem przez piersi, drugiem przez brzuch, trzeciem przez kolana. W końcu na głowę chorego kładziemy zimny okład.

Zawijania uskutecznia się zazwyczaj rano po lekkiem śniadaniu, można je jednak stosować 2—3 dziennie, trzeba jednak pamiętać, aby chorego nie zawijać z pełnym żołądkiem. Przed zawinięciem powinien chory wypróżnić pęcherz. W sali, w której zawijania odbywamy, nie powinno być przeciągu powietrza, ale należy trzymać otwarte okno, aby świeże powietrze mogło napływać; przed rozwinięciem z koców okno powinno być zamknięte.

Zawijania mokre działają jako silny bodziec czuciowy na nerwy. Skoro ciepłota zimnego prześcieradła wyrówna się z ciepłotą ciała, przestaje ciało tracić ciepło, naczynia obwodowe rozszerzają się, skóra się rozgrzewa, sprawiając parowanie z mokrego prześcieradła; ciało otacza się jednostajnem wilgotnem ciepłem, które działa uspokajająco na układ nerwowy a czasem sprowadza sen. Tętno, badane na tętnicy dogłowowej lub skroniowej, z początku przyspieszone, staje się wolniejsze i pełniejsze, oddychanie głębsze. Jednostajne ciepło, poziome ułożenie chorego i spokój mięśniowy wpływają na uspokojenie podnieconego układu nerwowego.

Przez czas trwania zabiegu powinien chory pić od czasu do czasu wodę. Czerwienienie się chorego i wzrastająca ilość tętna są wskazówką, że zabieg przerwać należy, co powinno nastąpić przed wystąpieniem potów.

Cały zabieg trwa 1—1½ godziny, czasem jednak musi być skróconym. Zdarza się to u chorych, którzy w zawinięciu doznają niepokoju i usiłują uwolnić się z koców, szamocą się z wytężeniem sił, czerwienieją na twarzy i oblewają potem.

Po rozwinięciu zmywa się chorego zimną wodą i układa do łóżka. Niektórzy nie zmywają chorych wcale; inni zamiast zmywania dają krótką zimną kąpiel. Emminghaus nie radzi używać zimnej wody po kocach; Kraepelin poleca zmywania.

Wpływ uspakajający na ośrodkowy układ nerwowy tłómaczą niektórzy zmianą krążenia w mózgu, wywołaną zimnem prześcieradłem, na naczynia obwodowe i krezkowe. Według doświadczeń Schüllera[8]) na królikach naczynia opony miękkiej mózgu oddziaływują na bodziec cieplny, przy nienaruszonej oponie twardej, nawet z miejsc odległych.

Zimne okłady, stosowane na brzuchu lub grzbiecie, zwężają najpierw naczynia obwodowe i krezkowe, poczem odruchowo następuje rozszerzenie naczyń opony; ciepłe okłady rozszerzają naczynia krezkowe i obwodowe, odruchowo zaś zwężają naczynia opony. Istnieje więc antagonizm między naczyniami krezkowemi a opony.

[8]) Matthes: Lehrbuch der klinischen Hydrotherapie.

Z doświadczeń Schüllera wynika, że mokre zawijania sprawiają rozszerzenie naczyń mózgowych, większy przypływ krwi i lepsze odżywienie mózgu.

Równie często, jak wilgotne zawijania, używane bywają ciepłe kąpiele o ciepłocie 30—37°. Są to kąpiele pełne, w których chory może zanurzyć się po szyję, stosowane w łazienkach, wyjątkowo w wannie przy łóżku chorego Krótkie ciepłe kąpiele polecane bywają dla czystości, dłuższe jako środek uspokajający i nasenny. W klinikach psychiatrycznych i w niektórych zakładach dla obłąkanych używane bywają dłuższe kąpiele ciepłe jako środek uspakajający i leczniczy. Zwolennikiem tych kąpieli jest prof. Kraepelin w Monachium, który nie poprzestaje na kąpielach dłuższych, ale stosuje w swej klinice kąpiele trwałe (*Dauerbäder*), trwające bez przerwy kilka dni, nawet tygodni. W zakładach jednak spotykałem tylko kąpiele dzienne dla braku odpowiedniej liczby służby do zmiany. Kąpiele trwałe nie przedstawiają same w sobie nic szczególnego. Łazienki do tego celu powinny się znajdować blizko sali chorych, co ułatwia służbie dozorowanie kąpiących się. Würth[9]) ma do tego celu na swoim oddziale dwie wanny, umieszczone w pokoju, odgraniczonym od sali chorych tylko drzwiami; służba obsługująca salę dozoruje równocześnie kąpiących się przez drzwi otwarte. Gdzie takich wanien jest więcej, lub gdzie kąpiele i w nocy stosowane bywają, musi być zwiększona liczba służby.

Ilość użytej wody do kąpieli stałych nie jest wielką, gdyż woda w ciepłocie pokojowej oziębia się tylko o 1° na godzinę; potrzeba więc od czasu do czasu dolewać ciepłej wody tak, że ilość użytej wody dla jednego chorego w ciągu dnia równa się 3—4 wannom. Naturalnie nie mówi się o chorych zanieczyszczających się. Często również zdarza się, że potrzeba zmienić wodę zanieczyszczoną pokarmami, które chory w kąpieli przyjmuje. Podczas takiej zmiany kąpieli wkłada się chorego do drugiej wanny, nawet do wanny z innym chorym; a czyni się to dlatego, aby chorego nie poparzyć gorącą wodą. Naturalnie grubego chorego, zanieczyszczonego lub wrażliwego nie włożymy do wspólnej wanny z innym chorym. Do kąpieli ubierają chorych w długie koszule; takich zaś, którzy się rozbierają lub drą, w koszule grube z tyłu zapinane. Długa koszula krępuje ruchy chorego i utrudnia wychodzenie z wanny. Nie wszyscy chorzy, potrzebujący leczenia zapomocą kąpieli trwałych, chętnie siedzą w wannie; wówczas służba przytrzymuje chorego w wodzie, aż powoli przyzwyczai się do ciepłoty wody. Niektórzy z przyjemnością siedzą w wodzie i nie mają wcale ochoty opuszczać kąpieli. Często chorzy chlapią się w wodzie lub wyczerpują ją dla zabawy; aby temu zapobiedz, rozpina się nad wanną płótno z otworem na kadłub chorego i przymocowuje się je do brzegów wanny. Aby chorym udogodnić zabicie czasu, n. p. przez czytanie, daje się im książki i dzienniki, które, czytając, opierają o pas płótna, rozpięty w poprzek wanny. Wyjątkowo zdarzają się chorzy, których mimo wysiłku służby trudno w wodzie utrzymać; wtedy należy próbować dojść do celu przez dolanie cieplejszej wody lub przez podanie im szklanki piwa; jeśli i to niepomoże, trzeba zrzec się dłuższej kąpieli, co zdarza się przeważnie w *dementia praecox*. Chorzy powinni być przez

[9]) Über das Dauerbad, seine Anwendung und seine Erfolge.

czas trwania kąpieli dozorowani głównie ze względu na wydarzające się czasem omdlenia lub możliwe uduszenie się w wodzie. W razie wypadku powinna służba wynieść natychmiast chorego z kąpieli, ułożyć w łóżku i zawiadomić lekarza.

W razie wystąpienia przekrwienia twarzy lub potu powinien chory otrzymać zimny okład na głowę. Po kąpieli zmywa się chorego zimną wodą i układa do łóżka, poczem następuje zwykle sen, trwający kilka godzin. Działanie ciepłych kąpieli jest podobne do działania wilgotnych zawijań; brak tu tylko zwężenia naczyń obwodowych, które wywołuje początkowe zimno i utrata ciepła.

Zimna pełna kąpiel nie bywa prawie używaną w chorobach umysłowych z powodu zbyt silnego oddziaływania, jakie powstaje przez zetknięcie się całego ciała z wodą o ciepłocie 7—15°, a więc bardzo zimną. Zimna woda działa przedewszystkiem na naczynia obwodowe, które zwężają się i wypychają krew do narządów wewnętrznych, powodując w nich przekrwienie. Im zimniejsza woda, tem większe przekrwienie narządów wewnętrznych, które, trwając dłużej, wywołać może zwiększenie ilości moczu, a nawet białkomocz.

Pełna gorąca kąpiel o ciepłocie powyżej punktu obojętnego, t. j. od 37—42°, urządza się w wannie na kilka minut i działa podobnie jak wilgotne zawijania, naturalnie bez początkowego okresu działania zimna; następuje tu odrazu rozszerzenie naczyń obwodowych, następnie poty. Wskazania do tych kąpieli wynikają z działania termicznego na naczynia obwodowe. Kąpiele ponad 42°, używane powszechnie w Japonii, rzadko bywają polecane z powodu szybkiego oddziaływania w narządach wewnętrznych, uczucia gorąca, nawałów krwi do głowy i objawów mózgowych. Z mniejszych zabiegów wodoleczniczych najczęściej używaną bywa półkąpiel. Do tego celu służą najlepiej wanny nizkie a szerokie, napełnione wodą o ciepłocie 22—26° na 20 ctm. głębokości, stawiane obok łóżka. Przed włożeniem chorego zamyka się drzwi i okna sali dla uniknięcia przeciągu. Kąpiel trwa do 10 minut; w kąpieli należy chorego zlewać wodą, czerpaną dłonią z wanny i lekko nacierać. Niektórzy radzą zlewać kąpiącego się ciepłą i zimną wodą naprzemian dla wzbudzenia większego oddziaływania.

Z kąpieli częściowych, w których tylko część ciała wystawiona jest na działanie wody, powszechnie używane bywają kąpiele nasiadowe. Woda może tu być zimna lub ciepła, zależnie od wskazania. W kąpieli nasiadowej zimnej głowa chorego musi być osłonięta zimnym okładem z powodu następowego nawału krwi do mózgu. Winternitz wykazał, że w zimnej kąpieli nasiadowej podnosi się nieco ciepłota ciała i że działają one głównie na nerw trzewny, wyciskają krew z jamy brzusznej do góry, przyspieszają ruchy serca i oddychanie.

Inne jest działanie krótkich kąpieli nasiadowych, a kąpieli dłuższych. Krótkie zimne kąpiele obniżają ciepłotę ciała i zmniejszają ilość krwi w narządach jamy brzusznej przez wypchnięcie jej do mózgu; dłuższe podnoszą ciepłotę, krew zaś wskutek oddziaływania wraca z górnych części ciała do jamy brzusznej. Opierając się na tem, podał Winternitz wskazania do kąpieli nasiadowych: krótka zimna kąpiel jest orzeźwiającą i podniecającą; dłuższa jest uspakajającą z powodu zmniejszenia napływu krwi do mózgu; pierwsza podnieca czynność narządów jamy brzusznej i działa na ruch robaczkowy kiszek.

Ciepłe kąpiele nasiadowe działają kojąco, uśmierzają kurcze i bole w jamie brzusznej, parcie na stolec, kurcz pęcherza i t. p.

Zmywania wykonują się zapomocą kawałka płótna, zmoczonego w zimnej wodzie i wyciśniętego; działanie przy tym rękoczynie jest cieplne i mechaniczne. Im grubsze płótno, tem silniejsze drażnienie skóry, tem większy bodziec na zakończenia nerwów. Zmywania podnoszą działanie wody i są orzeźwiające nawet dla zdrowego człowieka. Działanie odwodzące ciepło jest tu na drugiem miejscu. Winternitz każe zmywać chorego przykrytego w łóżku tak, że do nacierania wystawia się z pod przykrycia kolejno ręce, nogi, tułów. Zmywanie powinno trwać krótko, wykonywać się szybko.

Nacieranie działa podobnie, jak zmywanie, tylko wybitniej, sprowadza bowiem zaczerwienienie skóry. Wykonuje się je w ciepłym pokoju w ten sposób, że chorego obwija się w postawie stojącej w prześcieradło, zamoczone w zimnej wodzie i wykonuje się ruchy pocierające po prześcieradle, jedną ręką z przodu, drugą z tyłu, aż do zaczerwienienia skóry; potem obciera się szybko chorego suchym ręcznikiem, ubiera się go i poleca przechadzkę. Działanie objawia się zaczerwienieniem skóry, szybkim oddechem i uczuciem senności. Ponieważ krew w nacieraniach dopływa więcej ku powierzchni ciała, polecamy je w zastoinach i przekrwieniach narządów wewnętrznych.

Tusze wymagają specyalnego urządzenia w łazienkach; mianowicie przyrząd, rozdrabniający strumień wody, powinien być połączony z wodociągiem i zbiornikiem ciepłej wody. Ponieważ przy tuszowaniu działa obok ciepłoty także ciśnienie wody, przeto tusze powinny być tak urządzone, aby działanie cieplne i mechaniczne można uregulować. Odpowiednio do kształtu mogą być tusze deszczowe, promieniste, wachlarzowate i t. p. Działanie ich jest miejscowe na rozmaite części ciała; ze względu na silne działanie mechaniczne, na ciągle odnawiający się bodziec na skórę, należy tusze stosować krótko. Działają one orzeźwiająco, podniecają czucie skórne i odruchy, wzmacniają siłę mięśniową. Silne tusze na głowę mogą sprowadzić wstrząs.

Okłady na głowę, czy to w postaci worków z lodem, czy też wężownic z metalicznego glinu w kształcie czapki z przepływającą przez nie zimną wodą, używane bywają w przekrwieniu mózgu i opon w wybroczynach mózgowych i drgawkach poraźnych. (C. d. n.)

III. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do leczenia niektórych stanów septycznych.

Napisał
F. Majewski,
asystent kliniki.

(Podług wykładu na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w 1903 roku).

(Ciąg dalszy).

Każdy ustrój posiada względem różnych drobnoustrojów, jakeśmy to już powiedzieli, pewien stopień naturalnej odporności. Odporność tu bywa czasem minimalna, czasem

daje się wykazać tylko w stosunku do drobnoustroju, tym lub innym sposobem osłabionego. Pomimo to, dzięki bardzo rozmaitym zabiegom, jesteśmy w stanie podnieść ją do tego stopnia, że ustrój staje się zdolnym przemódz szkodliwy wpływ dawki kilka, a nawet kilkaset razy większej od najmniejszej śmiertelnej dla niego dawki w warunkach prawidłowych. Mówimy wówczas, żeśmy ustrój uodpornili sztucznie.

Przy badaniu spraw zakaźnych u zwierząt laboratoryjnych jesteśmy w możności dzięki doświadczeniom kontrolującym na okazach prawidłowych sprawdzić istnienie naturalnej odporności, a zapomocą pewnych metod określić ją bardzo dokładnie, a nawet wymierzyć właściwe dla danego rodzaju zwierząt granice wahań osobniczych. Czynnik ten z łatwo zrozumiałych przyczyn nie mógł być nigdy określony w naszych doświadczeniach przy łóżku chorego: nie posiadamy bowiem zwierzęcia, któreby oddziaływało jednakowo z człowiekiem na to lub inne zakażenie i było bezwzględnym wskaźnikiem szkodliwości zarazka chorobotwórczego dla ustroju ludzkiego. Ograniczamy się więc tylko do zbadania drugiego czynnika — odporności nabytej, sztucznej, o której mogliśmy sadzić z objawów, zachodzących w chorym ustroju po zastosowaniu surowicy, w porównaniu ze stanem jego przed zastosowaniem tego środka. Ponieważ zastosowywaliśmy surowicę przeciwpaciorkowcową w ustroju chorego, nasuwają się tu przedewszystkiem dwa pytania, jakie jest działanie surowicy 1) na zarazek chorobotwórczy względnie na paciorkowca; 2) — na ustrój ludzki w ogólności, w szczególności ustrój chory. Pierwsza kwestya została już dokładnie zbadana, drugą będziemy musieli rozstrzygać na zasadzie podobieństwa (nie tożsamości) pomiędzy reakcyą na zakażenie, zachodzącą w ustroju ludzkim i zwierzęcym.

Nie będę wchodził w szczegóły historyczne, zaznaczę tylko pokrótce to, co pracami Rogera, Lingelsheima i Bordeta dowiedzionem zostało. Wynika z nich, że wszystkie możliwe wpływy przeciwpaciorkowcowej surowicy, razem wzięte, nie są w stanie uszkodzić paciorkowca w znacznym stopniu. Surowica ta lekko je aglutynuje; prawda — rozwijają się one w niej nieco później, niż w surowicy zwierząt prawidłowych, ale rosną zupełnie dobrze i wstrzyknięte do ustroju zwierzęcego (bez większej ilości samej surowicy) zdolne są wytworzyć zakażenia śmiertelne. Surowica ta zatem sama przez się bakteryobójczą nie jest, pomimo to zastosowanie jej nie jest bez wpływu na przebieg zakażenia paciorkowcowego.

Podobnie do doświadczeń Richeta i Héricourta, Behringa i Kitasato i in., w myśl prawa Behringa o właściwościach surowic zwierząt uodpornionych względem jakiegokolwiek z drobnoustrojów, surowica przeciwpaciorkowcowa okazała się zdolną uchronić zwierzęta od śmierci wskutek następowego zakażenia paciorkowcem. Wobec tego powstaje kwestya nadzwyczaj interesująca, tembardziej interesująca, że obserwowano ją zarówno w wielu innych sprawach zakaźnych, w jaki sposób surowica, nie posiadająca sama własności bakteryobójczych, nie będąca przytem w stanie wywołać takowej w ustroju, któremu ją zastrzyknięto, może pomimo to wykazać taki widoczny wpływ ochronny, a jak później zostało stwierdzonem, nawet i leczniczy?

Początkowo posądzano różne znane już substancye, znajdujące się w surowicy zwierząt uodpornionych, o posiadanie własności ochronnych. Dzięki licznym badaniom trzeba było przyznać, chociaż kwestyi ostatecznie nie rozstrzygnięto, że istnieją w surowicy zwierząt uodpornionych istoty specyalne — ochronne, których bliższe zbadanie tymczasem nie mogło być dokonane. Doświadczenia Frankla i Sobernheima wykazały, że substancye ochronne, zawarte w surowicy zwierząt uodpornionych, bardzo dobrze znoszą nawet względnie wysokie ogrzewanie, jak n. p. do 70° C; jest to ciepłota, przy której surowica prawidłowa traci najzupełniej działanie bakteryobójcze. Badania te pozwalają wykluczyć aleksyny z rzędu substancyi, które posiadają wymienione własności ochronne. Oprócz aleksyn, które już ciepłota 56° niszczy zupełnie, inne substancye, jak aglutyniny lub substancye uczulające, są daleko mniej wrażliwe na ogrzewanie i pod tym względem zachowują się bardzo podobnie do substancyj ochronnych.

Pomimo tego podobieństwa nie są one identycznemi i liczne prace (Miecznikow, Pfeiffer, Gieorgiewski i t. d.) wykazały, że stopień własności ochronych tej lub innej surowicy znajduje się w zupełnej niezależności od ilości substancyi uodparniających takich, jak „fixatrice“ lub aglutyniny.

Ale nie tylko surowice zwierząt uodpornionych są w stanie wywrzeć dodatni wpływ na przebieg zakaźnej sprawy chorobowej; własność taką mogą posiadać w swej surowicy również i zwierzęta prawidłowe, posiadają ją także płyny takie, jak bulion pożywkowy lub rozczyn soli kuchennej kwas nukleinowy i t. d. (Klemperer, Wassermann, Pfeiffer, Isajew, Majewski i t. d.). Pomiędzy surowicą zwierząt uodpornionych a normalnych zachodzi jednak różnica, że dla ochronienia zwierzęcia od śmierci wskutek zakażenia, pierwszej potrzeba użyć w daleko mniejszej dawce, niż drugiej. I tu i tam widzimy ochronne działanie, nie wiemy tylko dokładnie, czy jest ono zalezne od jednego i tego samego czynnika, czy też od różnych?

Wobec braku bliższych wiadomości o tych istotach sprawa ta nie została załatwiona ostatecznie: jedni autorowie widzą w obydwóch tych przypadkach jedno i to samo podniecające działanie pewnych substancyi (stymuliny) na komórki fagocytujące, które pod ich wpływem wykazują daleko energiczniejszą czynność w pożeraniu drobnoustrojów, inni znowuż, przyznając surowicom zwierząt prawidłowych i niektórym płynom, sztucznie przygotowanym, własności stymulizujące, twierdzą, że wpływ surowic zwierząt uodpornionych oparty jest na innym mechanizmie; że dzięki im komórki ustroju zostają pobudzone do wydzielania istot czynnych, działających szkodliwie na same drobnoustroje lub porażających ich szkodliwe działanie na zakażony organizm.

Dla zbadania podniecającego (stymulującego) działania surowic na czynność fagocytów zostały wykonane prace, które przyniosły fakta, sprawę tę rozjaśniające, zarówno co do surowic zwierząt uodpornionych (Bordet), jak i prawidłowych (Besredka). Doświadczenia Bordeta, jako bliższe kwestyi nas obchodzącej, bo wyjaśniające główny czynnik odporności zwierząt (króliki, morskie świnki) przeciwko paciorkowcowemu zakażeniu otrzewnej, przytoczę w skróceniu poniżej. Badacz ten w roku 1897, nie czyniąc

zresztą żadnych wniosków co do leczenia zapalenia otrzewnej w ogólności, zauważył, że śmiertelne dawki hodowli paciorkowca, wprowadzone do otrzewnej, nie sprowadzały śmierci u zwierząt, użytych do doświadczenia, jeżeli przedtem zostało dokonane wstrzyknięcie do otrzewnej lub pod skórę pewnej dawki przeciwpaciorkowcowej surowicy. Za pomocą sprawdzania co pewien czas składowych części (morfologicznych) wysięku zapalnego w jamie otrzewnej, otrzymał on szereg danych, które go przekonały, że pod wpływem działania surowicy energia fagocytów w pochłanianiu paciorkowców znacznie się wzmaga. Leukocyty, które w przypadkach, gdzie nie była użyta surowica, pozostały w stanie ujemnej chemotaksy, pochłaniały po jej zastosowaniu drobnoustroje w dużej ilości. Pod wpływem opóźnionego w stosunku do zakażenia wstrzyknięcia surowicy można było czasami wywołać tak zwaną „phagocytose tardive" — czyli działalność fagocytową po pewnym okresie bezczynności.

Doświadczenia te mówią same za siebie i rzeczą jest bardzo prawdopodobną, że ich wyniki dadzą się w całej rozciągłości zastosować i do ustroju ludzkiego. Dzięki im poznajemy dokładnie mechanizm walki ustroju z zarazkiem w samej jamie otrzewnowej. Zwrócić jednak musimy uwagę na to, że zwierzę zakażone do otrzewnej już w stosunkowo bardzo krótkim czasie staje się ofiarą zakażenia ogólnego, co nieraz udaje się stwierdzić przez wykazanie drobnoustrojów we krwi [1]). Wobec tego nie możemy przypisywać walce fagocytów z zarazkiem jedynie w jamie otrzewnowej znaczenia rozstrzygającego o przebiegu choroby, ten jeden objaw nie jest dostatecznem wytłómaczeniem pomyślnego zejścia.

Wobec przedostawania się drobnoustrojów z prądem krwi do wszystkich zakątków ustroju ocalić go może tylko odczyn ogólny, czynnik, któryby mógł działać wszędzie z jednakową siłą przeciw chorobotwórczym zarazkom. Czynnikiem tym może być fagocytoza ogólna; bo z tym samym prądem krwi, który roznosi po ustroju zarazki, płyną i liczne białe ciałka, które w bardzo wielu sprawach chorobowych zakaźnych pojawiają się nawet w nadmiarze (hyperleucocytosis). Ale sama obecność białych ciałek, nawet w nadmiernej ilości, nie stanowi jeszcze o niczem; znamy liczne przypadki płonicy o przebiegu bardzo złośliwym, pomimo że ilość leukocytów dochodziła tam do 30000 i więcej w 1 sz. mm. krwi. Trzeba te leukocyty przeobrazić w fagocyty, trzeba ujemną chemotaksę zmienić w dodatnią, a energię trawienną ich wnętrza podnieść o tyle, ażeby one nietylko chętnie drobnoustroje pochłaniały, ale i były w stanie uczynić je nieszkodliwymi.

Wiemy dziś, że na czynność fagocytarną białych ciałek podniecająco działa nietylko surowica zwierzęca — swoista i prawidłowa, ale także niektóre płyny mniej skomplikowane, jak n. p. zwykle bulion pożywkowy. Nie wszystkie te środki działają jednakowo. Największe widoki ma surowica zwierząt uodpornionych, posiada ona bowiem nietylko własności surowicy prawidłowej (stymuliny), ale dzięki uodparnianiu zwierzęcia otrzymuje pewne bliżej jeszcze nieokreślone swoiste własności, które wywierają nieraz w sposób rozstrzygający dobroczynny wpływ na przebieg sprawy chorobowej, użyte nie tylko zapobiegawczo, ale i jako środek leczniczy. Surowice prawidłowe i inne płyny, w tym celu stosowane, zdolne są, jak dotychczasowe badania dowodzą, wywierać przeważnie lub wyłącznie wpływ ochronny (stymuliny).

Z pomiędzy różnorodnych czynników, wchodzących tu w grę, znaczenie największe posiada tu czas, w którym uskutecznione zostaje wstrzyknięcie surowicy: trzeba je dokonać jak można najwcześniej, o ile można prewencyjnie. Wyżej wspomniany został już fakt, że surowice prawidłowe mogą być czynne tylko pod warunkiem, że są zastosowane ochronnie; stosownie do tego musimy się starać tak postępować, ażeby i ten czynnik wyzyskać. Następnie powinniśmy się starać, ażeby zapomocą uprzedniego przygotowania białych ciałek ustroju stworzyć dla ich walki z drobnoustrojami warunki jak najkorzystniejsze, t. j. nadać ciałkom białym własności fagocytarne na ten czas, kiedy zarazki są jeszcze nieliczne, w takiej tylko ilości, w jakiej do ustroju wtargnęły lub nieznacznie tylko pomnożone, a to dlatego, by przeszkodzić wytworzeniu się jadowitych toksyn w ilości większej, któreby obezwładniły ciałka i osłabiły cały narząd życiowy ustroju. W większości przypadków trudno jest przewidzieć nastąpienie choroby, o nich też nie mówimy; dużo jednak znamy przypadków, gdzie takie przewidywanie jest zupełnie usprawiedliwione. Mogą to być zakażenia groźne, albo wskutek znajdującego się w wolnej jamie otrzewnowej ropnego ogniska, jak n. p. w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, ropnem zapaleniu woreczka żółciowego, powierzchownych ropniach wątroby i wielu innych, albo wprost wskutek tej lub innej przyczyny, których nie brak przecież przy wykonywaniu każdej prawie laparotomii, związanej z operacyami na przewodzie pokarmowym, przepełnionym drobnoustrojami. Nie mówię tu już o przypadkach zakażenia, n. p otrzewnej, spowodowanych niedoskonałą aseptyką narzędzi i materyałów opatrunkowych, rzeczy nieraz niezależnej od operującego. W tym ostatnim razie, gdzie urządzenia wyjaławiające nie stoją na wysokości zaufania, lub gdzie się jest zmuszonym operować przy pomocy asystentów, niedostatecznie wyszkolonych, ochronne wstrzyknięcie surowicy uważam za absolutnie wskazane.

Można się spodziewać również, że w razach ran, które rąk lekarza dochodzą nieraz bardzo prędko po ich dokonaniu, ochronne zastosowanie surowicy, naturalnie wraz z odpowiednimi zabiegami chirurgicznymi, dobre przyniesie wyniki. Stosuje się to przedewszystkiem do ran postrzałowych, przy których z kulą wtarga do ciała cała masa septycznego materyału, jak odzież, bielizna wraz z ich liczną florą bakteryjną — przypadki, w których często z różnorodnych względów o zabiegu chirurgicznym doszczętnym mowy być nie może (n. p. pewne postrzały mózgu, płuc i t. d.).

Powyższym uwagom zarzucić jednak można, że przecież niepodobna przewidzieć, jaki drobnoustrój w tym lub innym poszczególnym przypadku sprowadzi zakażenie? Badania ropy jednak wykazały, że w ogromnej większości przypadków wywołuje zakażenie względnie nieliczna grupa drobnoustrojów ropotwórczych. Sprawa surowic o własnościach mięszanych — surowic, pochodzących ze zwierząt szczepionych nie jednym, ale kilku rodzajami drobnoustro-

[1]) Prawdopodobnie w zależności od tego uogólnienia się zakażenia znajduje się fakt spostrzegany przezemnie („Przegląd lekar." 1902 Nr. 49), że lecznicze zastosowanie surowicy podskórnie dawało lepsze stosunkowo wyniki, niż wstrzyknięcia do otrzewnej, może dlatego, że z okolic tkanki podskórnej mogła surowica być wessana w stanie czystszym, nie ulegając wpływowi nagromadzonego w jamie otrzewnowej wysięku.

jów, nie jest jeszcze dostatecznie opracowana. W obecnej chwili, jeżeli nie posiadamy żadnych danych o rodzaju zakażenia, powinno się starać o wytworzenie jaknajniekorzystniejszych warunków dla rozwoju najzłośliwszego i najczęściej spotykanego drobnoustroju, — jakim jest paciorkowiec. Jednocześnie wyzyskujemy własności surowicy nieswoistei działamy przez nie na drobnoustroje inne, bądź towarzyszące paciorkowcom, bądź występujące zupełnie samodzielnie.

(Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

„Eos". Vierteljahrschrift für die Erkenntnis und Behandlung jugendlicher Abnormer. Wydawcy: Dr Brunner, Krenberger, Alex. Mell, H. Schlöss. Nakład: A. Pichlers Wittwe und Sohn. Wiedeń i Lipsk. Zeszyt I. Styczeń, 1905.

Nowy kwartalnik, wychodzący pod wyżej przytoczonym tytułem, ma tworzyć organ badaczów, pracujących na polu pedagogicznem i lekarskiem, których zakres działania ogranicza się do ociemniałych, głuchoniemych, głupowatych, neuropatycznych i psychopatycznych w młodym wieku. Tytuł odpowiada zadaniom leczniczym, dążącym do obdarzenia tych wychowanków światłem poznania i duchowego życia. Do przedstawicieli naukowych tego pisma należą poważni specyaliści w zakresie neuropsychologii i pedagogii. Bardzo znaczna liczba współpracowników, do pocztu których zaliczyć należy pierwszorzędne powagi na polu otyatryi, okulistyki, pedyatryi i psychoneurologii, jak np. prof. Benedikt, Escherich, Frühwald, Hang, Schmidt, Rimpler, Pick, Urbantschitsch, Wagner, Wicherkiewicz i in., na razie w liczbie 80-ciu, świadczy o powadze tego wydawnictwa. W pierwszym zeszycie, pod nagłówkiem „Dziecka głuchoniemego umysł" podaje dyrektor Brunner zwięzły przegląd i krytyczne omówienie panujących na tem polu zapatrywań. Zestawienia te rzucają ciekawe i pouczające światło na obecny stan tego zagadnienia. Po oddaniu należytego hołdu zasługom Heinickego, wyświadczonym sprawie nauczania głuchoniemych mowy głosowej, omawia B. złudne podstawy, na których wielu autorów opiera swoje sądy o tej sprawie. Psychologia odgrywa najważniejszą rolę w poznaniu wewnętrznego życia człowieka i wskazuje środki pedagogiczne w celu wywierania na nie pożądanego wpływu. Dla nauczania głuchoniemych mowy, jako zewnętrznego objawu myślenia, musimy przedewszystkiem znać stan duchowy takiego upośledzonego dziecka; otóż brak mowy utrudnia nadzwyczaj poznanie spraw świadomości i życia duchowego. Na tem polega sprzeczność i w znacznej mierze i mylność zapatrywań, sprzeciwiających się często doświadczeniu, wyrażonemu przez wielu uczonych i badaczów. I tak Kant na podstawie swojej nauki o „rozumie", jako „zdolności zasad", t. j. „syntetycznego poznania z pojęć", przychodzi do wniosku, że głusi z urodzenia nie mogą nigdy osiągnąć więcej, niż „analogon rozumu", podczas gdy inni, jak Eschke, Kiesewetter, powołując się na doświadczenie, wyrażają się wręcz przeciwnie. W dalszym ciągu rozbiera autor zapatrywania co do zdolności umysłowych nieuczonych głuchoniemych, wyrażone przez M. Müllera, Huxleya, Prölssa, Benekego, Drobischa, Itarda, Steinthala, Sicarda, Krusego i w. in., przedstawiając je w krytycznem oświetleniu nowoczesnej psychologii. Przytem wskazuje na niejednokrotne jaskrawe sprzeczności w zapatrywaniach nawet tego samego autora. Te sprzeczności, pojawiające się nawet tam, gdzie idzie o kwestyę, czy głuchoniemy, który nie pobierał nauki, równa się zwierzęciu, lub też pod względem intelektualnym stoi wyżej nad niem, mnożą się jeszcze w usiłowaniach autorów dokładnego wyjaśnienia stanu świadomości takich kalek.

Na podstawie przytoczonych zapatrywań i ich krytyki musimy przyznać, że poznanie stanu duchowego nieuczonych głuchoniemych jest w wysokim stopniu niedostatecznem i niepewnem i że mamy tu przed sobą zagadnienie, czekające jeszcze na rozwiązanie. Niemniej pewnem jest z drugiej strony, że w interesie skutecznej i pomyślnej nauki rozwiązania tego szukać należy i znaleźć je można tylko w szkole dla głuchoniemych.

W następnym rozdziale pod tytułem: „Życie duchowe ociemniałego", redakcya zaznajamia nas obok krótkiego życiorysu z bardzo cennemi, polegającemi na samospostrzeganiu rozprawkami ociemniałego w młodym wieku **Ludwika Ansaldiego**, wyjętemi z pracy tegoż pod tytułem: „Fizyologiczny rozbiór stanu ślepego" i zawierającemi ciekawe i godne uwagi spostrzeżenia o stanie ślepych. Rozprawki te, zawierające rozbiory Ansaldiego o zmysłach wzrokowym, dotykowym, analitycznym, słuchowym, smakowym i węchowym, o przyczynach wyższego wykształcenia zmysłów i o wzmocnieniu uwagi i pamięci u ślepego, o konieczności wychowania ślepego i o spotęgowanem tegoż poczuciu estetycznem, dalej o wychowaniu i nauce ślepego, podają nam wyobrażenia ociemniałych o świetle, barwach, piękności itp. i przedstawiają cenny materyał dla psychologii ślepych. W następnym zeszycie redakcya zamierza podać krytyczną ocenę tych uwag i ustalić dodatnie wyniki z samospostrzeżeń ociemniałych.

Pouczające są również następne sprawozdania o stanie pedagogicznego leczenia nieprawidłowych dzieci na Węgrzech, o środkach, sposobach, urządzeniach, służących do leczenia i o zaopatrzeniu dzieci ślepych, głuchoniemych i nierozwiniętych umysłowo.

W rozprawce pod tytułem: „O oświetlaniu zakładów dla głuchoniemych" C. Baldrian, główny nauczyciel zakładu dla głuchoniemych w Austryi Dolnej, zaznajamia czytelników z głównemi zasadami dobrego oświetlenia takiego zakładu. Ważność obfitego światła w salach naukowych dla głuchoniemych wynika już z tej okoliczności, że u nich zmysł wzrokowy ma niejako uzupełnić niedostateczny słuch, że nabywanie poznania i znaczenia przedmiotów, oraz zdolność do mowy może u nich mieć miejsce tylko zapomocą dokładnego widzenia, przypatrywania się i postrzegania; wielką ma doniosłość dla głuchoniemych szanowanie siły wzrokowej, której strata lub osłabienie pociągnęłyby za sobą gorsze dla nich następstwa, niż u zdrowych, i mogłyby spowodować za sobą śmierć duchową dotkniętego niemi osobnika. Wszak nauka mowy i odczytywania z ust odbywa się tylko zapomocą okiem spostrzeganych ruchów artykulacyjnych w połączeniu z dotykowem odczuciem ruchów narządu mięśniowego mowy, jak to autor w pracy tej bliżej przedstawia. Największa jasność ma być przeciętnie w wysokości 1·3 m. od podłogi. Stopień oświetlenia ma wynosić 150—200 „lux", t. j. jednostek prawidłowej świecy Höfnera. Nareszcie autor wyjaśnia sposób nauki artykulacyi odnośnie do potrzebnego oświetlenia i zestawia postulaty, wymagane od nowoczesnych szkół lub zakładów dla głuchoniemych pod względem oświetlenia. Za najlepsze źródło światła sztucznego uważa autor rozlane łukowe światło elektryczne.

Między pracami, zapowiedzianemi w przyszłych numerach tego czasopisma, znajdujemy artykuł prof. B. Wicherkiewicza pod tytułem „O kompensacyi zmysłowej u ślepych".

Cel pisma, złączenie wszystkich prac, odnoszących się do badania i leczenia dzieci zmysłowo i umysłowo upośledzonych w jedno ognisko, zasługuje na uznanie. Każdy lekarz czytać będzie te prace z korzyścią dla swej wiedzy teoretycznej i dla swego działania praktycznego i należy życzyć, żeby wydawnictwo to znalazło szerokie koło czytelników.

Spira.

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. G. Besod. **O klimacie i gruźlicy płuc.** (*Deut. med. Woch.* 1904). Autor również jak Dettweiler i inni jest zwolennikiem klimatu kraju rodzinnego chorych; pobyt w południowych ciepłych krajach poleca wyłącznie suchotnikom zamożnym, nie mającym żadnych widoków wyzdrowienia; tylko takim klimat przy komforcie i różnych wygodach sprawia ulgę, rzadko wstrzymując — i to nieznacznie — przebieg choroby. B. przemawia tem goręcej za klimatem ostrym, a nie łagodnym, gdyż środki zaradcze przeciw zakażeniu się innemi chorobami są tu liczniejsze i doskonalsze, aniżeli np. w Egipcie, Hiszpanii południowej, na Riwierze. Co do górskiego i podgórskiego klimatu, to również nie trzeba się łudzić, odkąd przekonano się, że i okolice górskie nie stznowią strefy ochronnej, jeśli są gęsto zaludnione, lub gdy przemysł rozpoczyna się tam rozwijać: w tego rodzaju przemianach klimat jako taki przestaje odgrywać tę rolę, jaką miał przodtem; w każdym jednak razie wpływ krajów górzystych na ustrój ludzi zdrowych i chorych jest kwestyą dotychczas nie poznaną należycie. Dlatego też autor nie jest za ciągłem próbowaniem tego lub innego klimatu albo też za układaniem z góry programu podróży kilku — lub kilkunastomiesięcznej — bez zastanawiania się, iż w każdym czasie choroba może podlegać rozmaitym zmianom i powikłaniom; natomiast doradza lekarzom stosowanie środków leczniczych wszelkiego rodzaju względnie do zmian anatomicznych i objawów klinicznych, jakie po dłuższej obserwacyi u chorego stwierdzają; to samo tyczy się i wyboru klimatu w każdym przypadku, jeśli już zachodzi konieczna potrzeba jego zmiany. *Korm.*

CHIRURGIA. Dr. Preindlsberger. **Kruszenie kamieni drogą międzykroczową.** (*Wiener Allg. med. Ztg.*, Nr. 48, 1904). Autor donosi o swych wynikach, uzyskanych tym sposobem operowania kamieni moczowych u dzieci (wprowadzenie litotryptora przez otwór w części błoniastej cewki moczowej) i wogóle o wynikach, osiągniętych zapomocą otwarcia pęcherza moczowego przez międzykrocze (*cystotomia perinealis*) metodą Franka. Ten sposób operowania powinien w zupełności zastąpić cięcie pęcherza środkowe i boczne, a zasługuje w wielu przypadkach na pierwszeństwo przed cięciem wysokiem. Przy tej sposobności wspomniał autor o swoich nadzwyczaj pomyślnych doświadczeniach ze zniecz ulenieniem lędźwiowem, które wykonał w 245 przypadkach i doznał doskonałych wyników. *Baschkopf.*

Fittig. **Leczenie promieniami Roentgena.** (*Beiträge zur klin. Chirurgie* Tom XLII, Zeszyt 2, 1904). Promieniami tymi leczono raka skóry jamy ustnej, gruczołów szyjnych, sutków i połyku. Z piętnastu raków skórnych wyleczono tymczasowo 12, tylko w 3 przypadkach nie było żadnego wyniku. Zdaniem autora w rakach skórnych, mianowicie w ich postaci wrzodu żrącego (*ulcus rodens*), także w rakowcach, jak długo w gruczołach niema przerzutów, można osiągnąć w zasadzie zupełne wyleczenie zapomocą naświetlania, a leczenie to stawia autor na równi z leczeniem operacyjnem, a nawet może ono jest lepsze w przypadkach raka twarzy, gdyż daje o wiele kształtniejszą bliznę. W przypadkach, gdzie już są przerzuty w gruczołach, można naświetlać, a gruczoły wyjąć. Wykluczyć należy przypadki, w których rak już drąży bardzo wgłąb, a które operacyjnie dadzą się jeszcze leczyć. W przypadkach, nie nadających się do operacyi, można naświetlaniem łącznie z operacyą uzyskać polepszenie, może nawet i wyleczenie. Raka sutka nie powinno się naświetlać promieniami Roentgena nawet w najlepszych warunkach, gdyż tu trzeba zadziałać na całą przestrzeń limfatyczną, czego można dokonać nożem, a promienie Roentgena, jak doświadczenie uczy, nie wystarczają. W tych przypadkach naświetlanie ograniczyć należy tylko do przypadków, nie dających się operować, w których sprowadza polepszenie, a nigdy wyleczenie. *B. Żmigród.*

Boas. **Tamowanie krwotoków krwawnicowych.** (*Therapie der Gegenwart*, 1904, Nr. 7). Autor radzi w tym celu wstrzykiwać do odbytnicy 20 grm. 10% roztworu chlorku wapnia strzykawką odbytnicową, i to rano przed oddaniem stolca. W ciężkich przypadkach radzi i wieczór jeszcze raz wstrzyknąć. Po ustaniu krwotoków należy jeszcze przez pewien czas, w ciężkich przypadkach nawet 4 tygodnie codziennie wstrzykiwać, a później 2 albo 3 razy tygodniowo. Wstrzykiwania te do odbytnicy dają dobre usługi nietylko w krwotokach krwawnicowych, ale i w krwotokach przy raku odbytnicy, lub w rozległych krwotokach miesiączkowych. Stron ujemnych w leczeniu tem niema. Należy tylko uważać, by sól była chemicznie czysta, gdyż w przeciwnym razie wstrzykiwania te powodują znaczne palenie, bole i parcie na stolec. *B. Żmigród.*

Werner i Hörschel. **Doświadczenia z działaniem leczniczem promieni radu.** (*Deutsche med. Wrchenschrift* 42, 1904). Autorowie nie osiągnęli w sześciu przypadkach złośliwego nowotworu żadnego wyniku. O wiele lepsze były przy guzach dobrotliwych i guzach gruźliczych. Ujemną stroną tego leczenia jest łatwe powstawanie owrzodzeń, które wymagają do wygojenia się bardzo długiego czasu. Między obumarłemi częściami skóry trzeba koniecznie pozostawiać nietknięte, zdolne do odrodzenia wysepki naskórka. W żadnym przypadku nie nastąpił nawrót po dziewięciu miesiącach. *B. Żmigród.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Kneise. **Przyczynek do czystej posocznicy** (*septicaemia*). (*Archiv für Gyn.* tom 73, zeszyt 2, 1904). Autor wskazuje na zamieszanie, jakie do tej chwili jeszcze panuje w kwestyi przebiegu zakażenia połogowego i terminologii rozmaitego rodzaju zakażenia. Podział na ropnicę i posocznicę nie wystarcza i często nie odpowiada rzeczywistości. Na tle spostrzeganego przypadku, którego dokładna historya choroby jest podaną, wskazuje autor na pewną rzadką postać zakażenia połogowego, która stanowi dla siebie zamkniętą, ściśle ograniczoną jednostkę chorobową: 32-letnia wieloródka, badana rzekomo 15 razy przez położną, urodziła dobrowolnie płód w położeniu czaszkowem i wstała w 4 dniu połogowym. Wieczorem tegoż dnia wystąpiła gorączka, a gdy stan ten stale się pogarszał, odesłał ją lekarz po 3 dniach do kliniki. Badanie przedmiotowe dało wynik zupełnie ujemny: narząd rodny okazał się zupełnie prawidłowym, odchody skąpe, niecuchnące; badanie jednak drobnowidowe tych ostatnich wykazało bardzo liczne łańcuszkowce. Ani miejscowe leczenie jamy maciey, ani też ogólne, ani wreszcie wstrzykiwania surowicy Marmorka nie pomogły; chora gorączkowała stale powyżej 40° przy tętnie 130—150 i zajętem sensoryum i w 5 dni po przyjściu do kliniki umarła. Dreszczu nie było ani razu. Przeszczepienie na bulion krwi, wziętej w 3 dniu pobytu w klinice z żyły przedramiennej, wydało czystą hodowlę łańcuszkowców. Sekcya dała wynik ujemny; również i badanie histologiczne prócz nieznacznego zwyrodnienia nerek, wątroby i serca nie wykazało nic nieprawidłowego, w szczególności żadnych zmian w macicy i tkance przymacicznej, żadnego wału ziarniny, lub innych oznak odczynu zapalnego; natomiast znaleziono we wszystkich narządach łańcuszkowca. Ten gwałtowny przebieg choroby wykazuje niezawodnie, że tu przez palce lub przyrządy wprowadzono do pochwy i kanału szyi, czy może wprost do jamy macicy, łańcuszkowce o wielkiej żywotności, obdarzone nadto własnością tak nadzwyczajnie silnego wtargnięcia, że bardzo szybko potrafiły przezwyciężyć przeszkody, jakie stawiają tkanki żyjące i soki ustrojowe i bez wywołania choćby najmniejszego odczynu w mięśniu macicy — dostały się do krwiobiegu. To jest właśnie różnica między tą postacią zakażenia krwi a ropnicą. Przy tej rozszerzają się drobnoustroje wzdłuż śródbłonka żył, a niszcząc go, wywołują w tych miejscach tworzenie się skrzepów, które, rozmiękając pod wpływem działania drobnoustrojów ropnych, niszczą i tkankę sąsiednią. Części tej zropiałej masy mogą się następnie dostać drogą krwiobiegu do innych tkanek i narządów i tam znowu wywołać tworzenie się ropni. Tu więc można znaleźć drobnoustroje tylko czasowo we krwi, w chwili oderwania się cząstki skrzepu; o ile to się zwykle dzieje nagle, o tyle oddziaływa na to ustrój dreszczami; tu proces sam jest zawsze umiejscowiony, choć w wielu nawet narządach. Natomiast w powyżej opisanej postaci drobnoustroje żyją i rozmnażają się w samej krwi, gdzie je też można stale i zawsze znaleźć; dlatego tu brak dreszczów. Energia i żywotność ich jest tak znaczną, że one szybko przechodzą przez narządy, nie wywołując w nich żadnego odczynu, stąd zupełnie ujemny wynik sekcyi. Naturalnie, że tak znaczna ilość drobnoustrojów produkuje znacznie większą ilość toksyn, aniżeli przy ropnicy, a przy równej ilości z pewnością są one znacznie jadowitsze: stąd ten gwałtowny przebieg, wczesne zajęcie sensoryum i szybko występujące porażenie serca. Koniecznie więc należy odosobnić tę postać chorobową zakażenia połogowego od innych i nadać jej odrębną nazwę. Nazwa podana przez Kochera »*streptococcäemia*« nie przyjęła się — i stale utrzymuje się nazwa „sepsis", która właściwie oznacza gorączkę gnilną. Autor proponuje dlatego nazwę kliniczną „czysta posocznica" (septicaemia) — i obliczył jej częstość na 2% — w stosunku do innych postaci zakażenia. Dalej omawia autor pojęcia, określenia i podział zakażeń u innych autorów i proponuje podział nowy. *Dr. E. Ehrenpreis.*

OKULISTYKA. Noiszewski. **Mnogowidzenie jednooczne.** (*Polyopia monocularis*). (*Postęp okulist.*, grudzień, 1904). Powstawanie mnogowidzenia jednoocznego tłómaczono różnie: Péclet tłómaczył szczególną budową płaszczyzny załamującej światło; Stellwag polaryzacyą światła w ośrodkach łamiących oka; Szokalski astygmatyzmem; Tronessart przypuszczał, że poza płaszczyzną łamiącą

w oku znajduje się siatka z mnogimi otworami; Klein zaś przypisywał powstawanie mnogowidzenia jednoocznego w przypadku zaćmy na tle cukrzycy działaniu promieni obwodowych. Autor jednakże tłómaczy powstawanie tego objawu zupełnie niezależnie od sposobu załamania światła w oku bezładem wzrokowym, udowadniając swe twierdzenie możnością wywołania przy pomocy fiksometru jednoocznego mnogowidzenia w każdem oku prawidłowem. Posługuje się w tym celu zwyczajnym metronomem, używanym w muzyce, z przyklejoną do podstawy wahadła kartką, na której znajdują się dwa 1 m. kwadraty, rozdzielone przestrzenią 1 mm. Przed wahadłem znajduje się tarcza ze szczeliną pionową, odpowiadającą pionowemu ustawieniu wahadła. Zależnie od szybkości ruchów wahadła występują prędzej lub później objawy mnogowidzenia. Mnogowidzenie jednooczne u osób, cierpiących na bezład wzrokowy, powstaje — według autora — tak samo, jak mnogowidzenie jednooczne u zdrowych przy patrzeniu na znaki fiksometru. Ten sam przyrząd umożebnia także oznaczenie najmniejszego czasu fiksacyi danego oka. *Dr. Reis.*

Rumszewicz. **Przyczynek do anatomii patologicznej tak zwanych brodaweczek błony sprężystej naczyniówki.** (*Postęp okulist.*, grudzień, 1904). Na podstawie 4 anatomicznie badanych przypadków stwierdza autor, że brodaweczki błony sprężystej naczyniówki powstają bezwarunkowo z komórek przybłonka i stanowią sprawę samoistną, niezależną od zmian w błonie sprężystej. Są one objawami przeważnie zmian starczych w oku, występują jednakże i przy sprawach chorobowych innych części oka. *H. Reis.*

OTYATRYA. Hölscher (Ulm). **Choroby opon mózgowych pochodzenia usznego.** (*Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Hals-Krankheiten, in Rücksicht auf allgemein-ärztliche Gesichtspunkte.* T. VIII, Z. 6/7, 1904. Carl Marhold. Halle a/S). Autor rozpoczął swą rozprawę od przedstawienia liczb statystycznych, tyczących się częstości powikłań śródczaszkowych w chorobach usznych. Następnie kreśli krótki szkic topograficzny anatomii narządu usznego, włączając wskazówki dla praktycznego działania w kierunku zapobiegawczym i leczniczym, oraz drogi, któremi choroby uszne zazwyczaj przechodzą do wnętrza czaszki. Drogami takiemi są: przestwory w wyrostku sutkowym, strop jamy bębenkowej, błędnik, przewód tętnicy domózgowej i opuszka żyły szyjnej. Przenoszenie się to następuje za pośrednictwem małych naczyń krwionośnych i chłonnych, oraz wrodzonych lub powstałych w następstwie próchnicy ubytków kości. Przyczynami, wywołującemi takie powikłania, są: 1) zatrzymanie ropy w uchu środkowem, spowodowane brakiem dobrowolnego lub sztucznego przebicia błony bęb.: wielka odporność błony bęb.; zbyt szczupło lub niekorzystnie dla odpływu wydzieliny umieszczone przedziurawienie tej błony; wielkie ukleje, obce ciała, lub silne obrzmienie ścian przewodu ucha zewnętrznego, oraz zatkanie jego wskutek wielkich ilości wdmuchiwanego proszku do ucha, wbrew istniejącym przeciwwskazaniom i t. p. 2) Zbyt silne wstrzyknięcie do ucha przy odsłoniętej, zwłaszcza już schorzałej, oponie twardej. 3) Uraz, np. silne wstrząśnienie głowy wskutek upadnięcia, uderzenie głowy, a nawet operacya odklutowania wyrostka sutkowego. Wszystkie choroby opon mózgowych, powstałe w następstwie chorób usznych, dzieli autor na 1) mieszczące się na zewnętrznej powierzchni opony twardej i na 2) takie, które dostały się do wnętrza worka oponowego. W rozprawie omawianej ogranicza się autor na opracowaniu pierwszego tylko rodzaju powikłań, roztrząsając przyczyny, sposoby powstania, objawy, rozpoznanie i metody leczenia zewnętrznego zapalenia opony twardej, ropnia powierzchownego i głębokiego zewnątrzoponowego, oraz otoku worka śródlimfatycznego. (*empyema sacci endolymphatici*). Wszystkie te dane ilustruje autor przykładami z spostrzeżeń własnych i cudzych. Zmiany w uchu przy takich powikłaniach mogą być nieznaczne, szczególnie w przypadkach ostrych; są zaś zwykle bardzo ważne i rozległe w przypadkach przewlekłych. A jednak może nawet przewlekłe ropienie pozaoponowe wystąpić przy nieznacznych zmianach w uchu środkowem, a nawet przy nieropnem zapaleniu w jamie bębenkowej, jak to między innemi poucza spostrzeżenie sprawozdawcy, ogłoszone w „Przegl. lek." z roku 1903. *Spira.*

PEDYATRYA. M. L. Guinon. **O schorzeniu gruczołów chłonnych tchawicowo-oskrzelowych u oseskow.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Grudzień, 1904). Chociaż choroba ta u oseskow nie jest rzadka i przebiega zwykle gwałtownie, podręczniki mało poświęcają jej miejsca. Główne objawy tego cierpienia są następujące: najwybitniej uderza tu silne dyszenie (*cornage*), co rodzice w początku choroby uważają zwykle za nieżytowe zatkanie nosa; lecz objaw ten tak się powiększa, że zapanowuje nad całym obrazem chorobowym. Z dyszeniem łączy się rodzaj świstu (*sifflement*) i bulkotanie (*gargouillement*), przedewszystkiem słyszalne przy wydechu, choć niekiedy słychać je także i na końcu wdechu. Przy krzyku lub podczas wzruszenia objaw ten zwiększa się, a gdy się dziecię pochyli ku przodowi — zmniejsza; słabnie zaś przy położeniu dziecka, a niknie prawie zupełnie podczas snu. Temu dyszeniu towarzyszy z czasem zmienny rytm oddechowy, zwłaszcza przy wydechu, podobnie jak w zapaleniu oskrzelików. Do kaszlu i krzyku zwykle przyłącza się duszność, sinica, połączone z obfitymi potami głowy. Głos przy krzyku jest czysty, jednak słabnie u szczytu napadu duszności. Kaszel jest świszczący, czasem łączy się z lekkiem bulkotaniem (*gargouillement*); zwykle jest napadowy, złożony z wielu napadów bardzo gwałtownych, lecz niema cechy krztuścowej. Pod ustawicznym wpływem wysiłków duszności wcześnie występują zniekształtnienia bądź czasowe, bądź stałe. Wciąganie nad- i podmostkowe, a u dzieci bardzo małych między- i podżebrowe, oraz okrężne w samym dole klatki piersiowej, gdzie tworzy rynienkę głęboką w poziomie fałszywych żeber i jest bardzo wyraźne; zniekształtnienie stałe stanowi wypuklenie części górnej klatki piersiowej, która się staje kulistą. Wypuk jest jawny, nieco bębenkowy i szorstki w górnej części rozedmowej, a prawie prawidłowy w reszcie obu płuc; czasem się stwierdza małe przytłumienie w górnej części przymostkowej i międzyłopatkowej: ale nie trzeba bardzo liczyć na ten objaw, który występuje tylko wtenczas, gdy dziecię się uspokoi i gdy duszność nie rozdyma płuc. Również osłuchiwanie jest bardzo trudne z powodu dyszenia i świstów oskrzelowych, które zacierają szmery płucne. W każdym razie nabieramy przekonania, że szmer pęcherzykowy osłabł i że krzyk nabiera dźwięku uderzająco głośnego w tylnym poziomie wnęki płucnej; nareszcie, że świst i dyszenie w tym punkcie są największe. Na podstawie tych wskazówek można stanowczo rozpoznawać sprawę patologiczną w gruczołach zaoskrzelowych. W klinice zwykle przedstawia się sprawa jak następuje: mamy przed sobą dziecię osłabione, sine, dyszące. Badamy cały przewód oddechowy od nosa do oskrzeli. Obraz ten może być wywołany połknięciem ciała obcego; wywiady rodziców albo mamki zwykle nie dają pewnych pod tym względem wskazówek: zresztą ciało obce w drogach oddechowych wywołuje objawy od początku bardzo ciężkie. Dyszenie z powodu wyrośli gruczołowatych zazwyczaj jest hałaśliwsze i cięższe, oraz wybitnie nosowe. Przeszkadza ono staniu, czego nie spostrzega się przy zwężeniu oskrzeli. Cieśń krtani wytwarza szmer szorstki, podobnie, jak w zapaleniu krtani dławcowem. głos zdławiony, kaszel także szorstki. Chrzest (*stridor*) wrodzony odczuwa się jako szmer dźwięczny, bez duszności. Zwężenie z powodu przerostu grasicy przedstawia się rozmaicie; w żadnym razie jednak nie jest podobne do obrazu schorzenia gruczołów oskrzelowych. Duszności wydechowej w zapaleniu oskrzelików, albo w zapaleniu płuc i oskrzeli, towarzyszą czasem świsty tchawiczne. Schorzenie gruczołów zaoskrzelowych prowadzi po pierwszych tygodniach stanu względnie prawidłowego do stopniowego ogólnego upadku sił. Dzieci rzec można ustawicznie pracują płucami; czynią wysilki, są smutne, nie uśmiechną się nigdy, a rozwijają się bardzo powoli. Wkrótce zaczynają chudnąć, siły ich słabną, trudne oddychanie i sinica występują. Śmierć następuje z przyczyn rozmaitych: bądź z uduszenia się, bądź z zajęcia mózgu lub błon surowiczych, bądź z krwotoku płucnego. O leczeniu niewiele da się powiedzieć. Tracheotomia oczywiście jest bezskuteczna; środki uśmierzające nie dają wyników. Ciepłe kąpiele od 36° do 38° C. zdają się przynosić ulgę. *L.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. J. Guszman (Budapeszt). **O pochodzeniu kiłowem wiądu rdzenia.** (*Monatschr. f. pr. Derm.* T. 39, 12, 1904). J. Guszman i Hudovernig. **O stosunku kiły późnej do wiądu rdzenia i porażenia postępującego.** (*Monatschr. f. prakt. Derm.* T. 40, 1). Sprawa zależności wiądu rdzenia od kiły nie jest dotąd w zupełności rozstrzygnięta; zapatrywania różnych autorów, tak neuropatologów, jak syfilidologów, rozchodzą się dość znacznie; zdaje się jednak przeważać zdanie (Erb, Fournier), że wiąd rdzenia jest w każdym przypadku pochodzenia kiłowego. Sprawa nie jest łatwa do rozstrzygnięcia ani na mocy liczb statystycznych, które dają się naciągać w pewnym kierunku, ani na podstawie badań anatomicznych, bo cechy histologiczne zmian kiłowych nie są tak wybitne, aby przez nie od niekiłowych odróżnić je można. Autor opisuje cztery przypadki wiądu rdzenia, w których istniały równocześnie rzeczywiste zmiany kiłowe i na mocy podobnych przypadków, rzadko spostrzeganych, wnioskuje, że skoro mamy do czynienia ze zmianami, wywołanemi jadem kiłowym, nie możemy przyjmować równoczesnego działania toksyn kiłowych. To też w ostatnich czasach Erb, zwolennik toksyn w wiądzie, oświadcza, że jeżeli w przypadku wiądu wykazujemy przebytą kiłę, nie potrzebujemy szukać działania toksyn, lub jakiegoś po-

dobnego ciała, gdyż jad kiłowy wywoływać może zwyrodnienia, a zatem i wiąd rdzenia. Wedle zdania G. pochodzenie wiądu da się łatwiej stwierdzić zapomocą zbierania danych statystycznych nie jak dotąd od chorych na wiąd, ale drogą badania wszystkich tych z przebytą kiłą, którzy zgłaszają się do nas z objawami różnymi, lub pozostają pod kontrolą lekarza.

W drugiej pracy podają autorowie wynik takich właśnie spostrzeżeń, poszukują bowiem u chorych, zgłaszających się przynajmniej w 3 lata od czasu zakażenia, za objawami schorzenia układu nerwowego. Na 50 badanych chorych, mężczyzn i kobiet, u 22 nie znaleziono żadnych objawów chorobowych ze strony układu nerwowego; u 12 wykazano początki wiądu, u 7 obłąkanie z porażeniami, u 4 „taboparalysis“, a 5 przypadków było podejrzanych. Z badania tego, jakoteż z wywiadów w różnym kierunku, wyciągają autorowie wniosek, że tak wiąd, jak niedołęstwo umysłu z porażeniami, stoją w bardzo ścisłym związku z kiłą, a zapatrywanie to mogłoby być zachwiane tylko w tym razie, gdyby wykazano podobny związek między temi zboczeniami układu nerwowego, a jakąś inną chorobą. Dalej przypisują autorowie wybitną rolę obciążeniu dziedzicznemu co do chorób nerwowych, ale tylko jako czynnikowi usposabiającemu, a wreszcie nie przyjmują jakiegoś wyraźnego wpływu przebytego leczenia przeciwkiłowego na powstawanie tych cierpień.

Krzyształowicz.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

O nowym farmakodynamicznym sposobie badania środków moczopędnych. Dr. P. F. Richter. (*Die Therapie der Gegenwart*, 1904). Do niedawna ograniczano się przy badaniu leków moczopędnych na mierzeniu ilości moczu w jednostce czasu wydalonego, nie zważając wcale na poszczególne składniki stałe moczu. Później zwracano uwagę na składniki stałe moczu. Filehne i Potozky wykazali, że pod wpływem środków moczopędnych zwiększa się ilość wydzielonej moczem soli kuchennej. Ostatecznie w nowszych czasach posługiwał się Dreser oznaczaniem osmotycznych własności, punktu marznięcia i przewodnictwa elektryczności moczu i na tej drodze wyciągał wnioski co do moczopędnego działania leków. Autor wybrał inną drogę badania, którą jednak można stosować tylko w doświadczeniach na zwierzętach: przez wstrzyknięcie małych ilości roczynu azotanu uranowego wywołuje on ciężkie, ostre i śmiertelne miąższowe zapalenie nerek, z którem złączone jest lekkiego stopnia nagromadzenie cieczy w jamach surowiczych. Ilość wypociny można zwiększyć bardzo znacznie, a nawet doprowadzić do obrzęku tkanki podskórnej, jeżeli się zwierzęciu podaje obok wody sól kuchenną, lub kwaśny fosforan sodowy. Działanie przetworu moczopędnego bada się w ten sposób, że podaje się go w odpowiedniej dawce zwierzęciu, począwszy od dnia drugiego i w następnych po wstrzyknięciu azotanu uranowego. Drugie doświadczenie wykonuje się dla kontroli bez podania zwierzęciu badanego leku. Sekcya obu zwierząt doświadczalnych, ilość nagromadzonej cieczy w jamach surowiczych poszczególnych zwierząt, stanowią podstawę do ocenienia działania moczopędnego leku.

Dr. J. L.

O izofizostygminie. Prof. Dr. Ogin. (*Therapie der Gegenwart*, 1904). W bobie kalabarskim, obok fizostygminy i innych alkaloidów, znajduje się także izofizostygmina, którą E. Merk odosobnił z wyciągu bobu, mianowicie z części, w eterze nierozpuszczalnej. Istotę tę poddał już Kobert pobieżnemu badaniu farmakologicznemu, a obecnie przeprowadził autor badania te w sposób ściślejszy. Badania te wykazały, że izofizostygmina, jakkolwiek pod względem chemicznym bardzo jest do fizostygminy podobną, odróżnia się jednak nierozpuszczalnością w eterze, wyższym punktem topliwości (202° C.) i nierozpuszczalnością w 1% roczynie soli podwójnej chloroplatynowej; woda jodowa wydziela z 0·1% roczynów fizostygminy osad, podczas gdy z roczynów więcej zgęszczonych izofizostygminy osadu nie wydziela. W działaniu fizyologicznem obu alkaloidów ma układ nerwowy, na mięśnie i na mięsień sercowy u żab autor nie wykazał różnic. Natomiast wybitnie różnice w działaniu wykazał autor u zwierząt ciepłokrwistych: izofizostygmina okazała się w działaniu silniejszą od fizostygminy. Działanie zwężające źrenicę, wywołane 0·1% roczynem izofizostygminy, następuje szybciej, jest wybitniejsze i trwa dłużej, niż przy stosowaniu fizostygminy. Nadto należy zauważyć, że atropina znosi łatwiej działanie izofizostygminy, niż fizostogminy. Autor jest zdania, że działanie izofizostygminy w postaci siarkanu lub salicylanu należałoby poddać ściślejszemu badaniu w praktyce lekarskiej i zaleca to szczególnie oftalmologom. W miejsce 1 mg. fizostygminy należałoby stosować 0·75 mg. izofizostygminy.

Dr. Ig. L.

Teocyno-octan sodowy. (*Theocin-natrium aceticum*). Maks Hackl (*Die Therapie der Gegenwart*, 1904) radzi używać zamiast teocyny obojętnej soli podwójnej teocyno-octanu sodowego. Związek ten jest lekiem moczopędnym skutecznym, który nadto nie powoduje ubocznych objawów, jako to: nudności i wymiotów, pojawiających się prawie po każdem podaniu obojętnej teocyny. Środek ten najlepiej podawać w dawkach 0·3—0·5 3 razy dziennie, zawsze po jedzeniu, w postaci proszków, lub w roczynie. W pewnych przypadkach można teocyno-octan sodowy podać także w postaci czopków w dawkach wyżej przytoczonych.

Dr. Ig. L.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 30 listopada 1904 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 30.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. P. T. Chrząszcz wygłosił zapowiedziany odczyt: „O hipotezie życia i śmierci ze stanowiska enzymatycznego“. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos kol. Gertler i prelegent.

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie wyborcze w dniu 21 grudnia 1904 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 45.

Kol. Prezes zaprasza Przewodniczącego Komitetu przedwyborczego kol. Prof. Jakubowskiego do przedstawienia uchwalonych kandydatur.

Na wniosek Komitetu przedwyborczego wybrano przez aklamacyę na prezesa Towarzystwa po raz trzeci kolegę Prof. Juliana Nowaka.

Zastępcą prezesa wybrano na wniosek Komitetu przedwyborczego kol. Doc. Maksymiliana Rutkowskiego

Sekretarzem dorocznym obrano kol. Tadeusza Pisarskiego, kandydat Komitetu przedwyborczego Franciszek Nowotny urzędu nie przyjął.

Na podskarbiego wybrano kol. Doc. Stanisława Dobrowolskiego.

Przez aklamacyę wybrano na redaktora „Przeglądu“ kol. Augusta Kwaśnickiego.

Do składu Komisyi redakcyjnej wybrani zostali: kol. Prof. Stanisław Ciechanowski, kol. Doc. Maksymilian Rutkowski, kol. Prof. Karol Klecki, kol. Prof. Aleksander Rosner.

Gospodarzem domu Towarzystwa obrano przez aklamacyę kol. Doc. Michała Seńkowskiego.

Na członków Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a zarazem na delegatów na walne zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrano: kol. Prof. Antoniego Marsa, kol. Prof. Antoniego Gluzińskiego. Zastępcą delegatów na walne zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich obrano kol. Prof. Jana Raczyńskiego.

Do składu Komisyi kontrolującej wybrani zostali: kol. Tomasz Mączka i kol. Zygmunt Wachtel (*senior*).

Na wniosek kol. Piotrowskiego polecono nowemu Wydziałowi, aby zastanowił się nad sposobem otrzymania sprawozdań z walnych zgromadzeń Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Za sekretarza dorocznego *Dobrowolski.*

VIII. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Zarys dziejowy

przez

Prof. Dra L. Wachholza.

„...Słońce prawdy wschodu nie zna i zachodu"
(A. Mickiewicz).

(Ciąg dalszy).

Fryderyk Bogumir Hechell, ur. w Wilnie 1795, z rodziców zamożnych, uczęszczał tamże do szkół i uzyskawszy w r. 1813 stopień magistra filozofii, zapisał się na tamtejszy wydział lekarski, poczem w r. 1818 zdobył sobie tamże stopień Dra med., a w r 1819 za rozprawę o kołtunie został członkiem ces. Tow. lek wileńskiego. Jako uczeń wydziału filozoficznego i lekarskiego, sławnego podówczas Uniwersytetu wileńskiego, korzystał z wykładów Poczobuta, Śniadeckich, Słowackiego (ojca Juliusza), Lelewela, Józefa Franka, M. Mianowskiego, A. L. Becu, ojczyma Jul. Słowackiego, F. Spitznagla, I. I. Lobenweina (medycyna sądowa) i t. d. W r 1821 udaje się własnym kosztem na studya za granicę, bawi przez 8 miesięcy w Wiedniu, pracując w klinikach. Częścią dla poratowania zdrowia, a częścią dla studyów nad historyą sztuki, udaje się do Włoch i tu w ciągu 3 lat zwiedza ważniejsze miasta, nadto wyspy Sycylię, Maltę, Elbę, Sardynię i Korsykę. Rok 1826 spędza na studyach w Paryżu, w roku 1824 zwiedza Holandyę, Anglię, Danię, Szwecyę, Norwegię i Laponię. Od r. 1828—1834 bawi w Getyndze, Halli, Lipsku i przez 3 lata w Berlinie, uczęszczając tu na wykłady Caspra, skąd w r. 1834 po krótkim pobycie w Dreznie przybywa do Krakowa, a odbywszy pomyślnie konkurs na posadę profesora medycyny sądowej i t. d., uznany za wystarczający przez wszechnicę wiedeńską, zostaje 14 lipca 1836 mianowany przez Senat rządzący W. m. K. zwyczajnym profesorem medycyny sądowej, policyi lek., zoagryi i historyi medycyny. Władał on w słowie i piśmie językiem ojczystym, łacińskim, niemieckim, francuskim, włoskim, angielskim i rosyjskim. W roku 1848/9 i w 1849/50 pełnił urząd dziekana Wydz. lek., zaś w roku 1850/1 urząd prodziekana. Zmarł w r. 1851

Hechell stanowi znakomitą siłę fachową. Obok wielkiego ogólnego wykształcenia i wielkiej ogólnej kultury jest on pierwszym profesorem Wszechnicy Jag., który z wielkiem zamiłowaniem pracuje tak dydaktycznie, jak i literacko w zakresie swych przedmiotów. To też słusznie wyraża się o nim historyk Wydz. lekar.: prof. Majer, „prof Hechell wgląda niemal we wszystkie ustronia tego rozległego przedmiotu", który „z pomiędzy wszystkich działów nauki lekarskiej najmniej lekarzy polskich zajął". Wymownym dowodem tej jego pilnej i skrzętnej pracy są jego publikacye, drukiem ogłoszone i dzieła, pozostałe w rękopisach. Prócz rozprawy doktorskiej „De zostere" (Wilnae 1818) i „O kołtunie" (Dziennik lekar. wileński 1820) napisał on:

1) Historyczno-krytyczne badania początku i wzrostu medycyny sądowej. Rocznik Wydz. lek. krak. 1839. T. II, str. 83—258

2) O koniecznej potrzebie i użyteczności policyi lek. Tamże 1842. T. V, str. 57—207.

W pracy tej, wychodząc z założenia, że lekarz leczyć musi różne niemoce, oświadcza się za tem, aby zniesiono odrębne doktoraty medycyny i chirurgii i tworzono tylko doktorów wszech nauk lekarskich. Zarazem oświadcza, że lepiej wykształcać mniej, lecz dobrych lekarzy, niż więcej, a mniej biegłych i dodaje:

„Rodź ty cztery, dziesięć, dwa,
Ja jednego, ale lwa".

3) Uwagi pod względem sąd.-lekar. nad dziecięciem w krak. zakł. położ. nieżywo porodzonem, którego krzyk w żywocie matki na 14 godzin przed urodzeniem przez matkę i otaczających przez 2-kroć wyraźnie był słyszany. Tamże. 1845, T. VIII.

4) Medycyna sądowa, podług najnowszych zasad i doświadczeń ułożona dla uczniów Wydz. lek. w Uniw. Jag. w 1849 i 1850 roku. Rękopis Bibl. Jag. kod. 1055. Drugi egzemplarz w muzeum Wydz. lekar., założonem przez prof. Dr. W. Jaworskiego.

5) Zasady medycyny sądowej. Rękopis. Bibl. Jagiel. kod. 2740—1.

6) Policya lek. Część I i II. Rękopis. Tamże kod. 2738—9.

6) Historya nauki lek. (Przekład dzieła Hasera). Rękopis. Tamże kod. 1014.

8) Hist. medicinae et chirurgiae, nec non morborum popularium. Rękopis. Tamże. kod 2743—2750.

Nadto wiele innych jeszcze rękopisów, tyczących się homeopatyi, historyi filozofii i t. d., znajdujących się w bibliotece Jag.

Hechell wykładał przez cały rok historyę medycyny, w półroczach zimowych medycynę sądową, w letnich policyę lek., zoagryę czyli boëtykę, t. j. naukę o pierwszej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach wedle dzieł Orfili i Berndta. W wykładach medycyny sądowej, jak to w rocznych sprawozdaniach, pilnie przezeń przedkładanych dziekanatowi oświadcza, posługiwał się dziełami Henkego, Niemanda, Wildberga, Mendego i Orfili. Dba on także i wielki nacisk kładzie na praktyczne wykształcenie uczniów w zakresie medycyny sądowej. W tym celu uczęszcza wraz z uczniami na sekcye sądowe. Ponieważ zaś sekcye sądowe w Krakowie wykonywali wyłącznie tylko, jak pisze Brodowicz, „urzędnicy policyi lekarskiej" w prosektoryum klinicznem, znajdującem się podówczas w miejscu późniejszego prosektoryum zakładu med. sąd., lecz w godzinach takich, w których ani profesor, ani uczniowie obecni być nie mogli, nadto wreszcie znawcy sądowi profesora o czasie mających się odbyć sekcyi nie zawiadamiali, przeto wskutek inicyatywy Hechella wystosował ówczesny dziekan Wydz. lekar. Brodowicz pismo do komisarza zakładów naukowych w tej sprawie W piśmie tem, pochodzącem z roku 1836, czytamy: „gdy żadna teorya nie ma wartości, jak skoro nie jest wypływem praktyki i nawzajem do praktyki nie prowadzi, gdy nauczanie i pojęcie pierwszej bez demonstracyi ostatniej równie czczem jak mozolnem..., gdy między gałęziami medycyny stosowanej czyli praktycznej medycyny sądowa arcyważne zajmuje miejsce, gdy ta u nas dotąd jedynie tylko z katedry absentibus objectis wykładaną była, gdy jednakże nowy statut akademicki (z r. 1833) nakazuje kandydatom, egzamina ścisłe składającym, wypracowanie i złożenie dwóch opinii lekarskich, parere medica zwanych, gdy te na pamięć wyrabiane jałową tylko są zabawą..., gdy policya lekarska miasta naszego dość częste liczy zdarzenia, do medycyny sądowej odnoszące się, gdy między innemi samych obdukcyi legalnych tak znakomita w ciągu każdego roku zdarza się ilość, gdy te od lat kilku zawsze w prosektoryum klinicznem odbywają się, gdy dyrektorowie klinik lokal wyłącznie do ich użytku należący, w tej jedynie myśli na ten cel ustąpili i to sobie zaraz zastrzegli, ażeby profesorowi nastręczyć możność okazywania, a uczniom łatwość poznania zbliska całej manipulacyi w podobnych zdarzeniach zachowanej, gdy jednakże warunek nie zachowuje się...., Wydział lekarski tak ważnemi uwagami, dobro szkoły i uczniów, równie jak kraj i rząd obchodzącemi spowodowany, ma zaszczyt i t. d. przedstawić", iżby sekcye sądowe odbywały się wobec profesora i uczniów, poprzednio o tem zawiadomionych w czasie „o ile możności" takim, iżby ci mogli być przy tem obecni „bez uszczerbku innych obowiązków". Skutek tego podania widocznym jest w sprawozdaniach, dorocznie składanych dziekanatowi przez

Hechella, albowiem podaje on, że w roku 1838 i 1839 uczniowie uczęszczali z nim na sekcye sądowe, że w roku 1840/1 widzieli oni dwie sekcye zwłok osób uduszonych przez kwas węglowy (może tlenek węgla?), sekcye zwłok kobiety zmarzniętej, kilku osób „utonionych“, dwóch zabitych przez piorun, żołnierza, któremu po uderzeniu kijem pękło serce i t d, iż w r. 1841/2 widzieli 11 sekcyi, z tych kilka przypadków utopienia (n. p. dziecko w cebrze wody), przypadek otrucia kwasem siarkowym, wreszcie sekcyę zwłok dziecka, znalezionego w grobach zamkowych. W r. 1824/3 widzieli uczniowie 14 sekcyi sądowych, w 1843/4 19 sekcyi, w 1844/5 13 sekcyi. Widziane sekcye omawiał Hechell z uczniami i zaprawiał ich w spisywaniu protokołów sekcyi i orzeczeń. W r. 1848/9 ogłasza Hechell wykład medycyny sądowej w „index scholarum“, połączony z ćwiczeniami praktycznemi („exercitia quoque medico-forensia cum auditoribus“). Wreszcie przynosi „skład Uniw. Jag., oraz Wykaz przedmiotów naukowych i t. d.“ za rok 1850/1 obok wykładu teoryi medycyny sądowej, także osobne kollegium prof. Hechella „Praktyczne ćwiczenia sądowo-lekarskie we wszystkich stosownych zdarzeniach“.

Z tych szczegółów widzimy, że Hechell stanął niemal na wysokości swego zadania w czynnościach swych nauczycielskich i naukowych i że dla tych swych zasług zapisał się złotemi głoskami w dziejach katedry medycyny sądowej w Uniw. Jag., oraz w dziejach polskiej medycyny sądowej.

Wykłady jego oparte na rozległej wiedzy i doświadczeniu, a głoszone w pięknej formie wymownemi słowy, musiały mu zjednywać uznanie u słuchaczy. Ogólne jego wykształcenie, znajomość gruntowna i zamiłowanie do literatury i sztuk pięknych sprawiły, iż Rząd powołał go jako członka komisyi, mającej estetyczny dozór nad teatrem krakowskim, doprowadzonym za kierownictwa H. Meciszewskiego do nieznanej dotąd świetności. Dowodem jego studyów nad literaturą piękną jest sześć tomów wypisów jego ze wszystkich niemal celniejszych pisarzów łacińskich, począwszy od wieku złotego. Na wzmiankę zasługuje także jego stanowisko nieprzejednanego przeciwnika używania alkoholu, jakie zajął w pracy swej: „Rzecz o pijaństwie, o jego szkodliwych skutkach i o środkach zapobieżenia onemuż“. Kraków 1844. str. 132. Praca ta ściągnęła na siebie surową krytykę, zamieszczoną w poznańskim Tygodniku liter. z r. 1844.

Od r. 1849 pełnił także obowiązki radcy konsystorza połączonych wyznań ewangielickich w Krakowie, sam będąc wyznania kalwińskiego. Cierpienie nieuleczalne wątroby, z którego zarodem zdaje się przybył już do Krakowa, przecięło pasmo jego życia dnia 8 maja 1851 r. w Grefenbergu, dokąd się był udał celem uratowania zdrowia, uzyskawszy trzymiesięczne zwolnienie od obowiązków swego zawodu i urzędu.

IV. Okres od roku 1851–1895.

Po śmierci Hechella Wydział lek. powierzył na letnie półrocze 1851 wykłady policyi lek. i historyi medycyny Drowi Oettingerowi, późniejszemu docentowi i profesorowi historyi medycyny. Odtąd też następcy Hechella nie wykładają więcej historyi medycyny. Najwyższem postanowieniem z dnia 15 stycznia 1852 został mianowany Dr. Antoni Bryk, c. k. nadlekarz polowy i operator szpitala garnizonowego we Lwowie profesorem medycyny rządowej (Staatsarzneikunde), obejmującej medycynę sądową i policyę sądową.

Antoni Bryk, ur. 25 maja 1820 w Dubiecku, odbył studya lek. w Wiedniu i tu uzyskał stopień Dra med. w r. 1846. Przez dwa następne lata był wychowańcem zakładu operacyjnego profesora Wattmanna tamże, poczem uzyskał w r. 1849 dyplom operatora. Wstąpiwszy do wojska, odbył jako starszy lekarz polowy kampanię węgierską, poczem, przeniesiony do Lwowa, pełnił obowiązki operatora w szpitalu garnizonowym. Bryk wykładał w zimowem półroczu medycynę sądową, w letniem policyę lek., obie w języku niemieckim. Dnia 13 stycznia 1856 uzyskał zatwierdzenie w służbie nauczycielskiej.

Nadzwyczaj sumienny w wypełnianiu swoich obowiązków, uznając doniosłość dla uczniów ćwiczeń praktycznych na zwłokach, skoro tak władze sądowe, jak i administracyjne miejskie materyału do celu praktycznego wykształcenia uczniów nie oddawały, zwraca się w roku 1859 z odnośną prośbą do Wydziału lek., a ówczesny dziekan prof. Dr. Dietl wzywa Senat akademicki o interwencyę w tym kierunku u odnośnych władz. Nadto wnosi Bryk podanie do c. k. Ministerstwa, aby był stale wzywany do wykonywania sekcyi sądowych i policyjnych. Wskutek tych zabiegów poleca c. k. Ministerstwo sprawiedliwości reskryptem z 18 marca 1859, aby do sekcyi sądowej w Krakowie władze sądowe wzywały stale jako znawcę profesora medycyny sądowej. Zarazem polecił rząd oddać profesorowi med. sąd. wykonywanie sekcyi policyjnosanitarnych, nadto na cele tych praktycznych ćwiczeń dla uczniów przyznał 21 stycznia 1859 pierwszy raz dotacyę roczną, stale odtąd wypłacaną, w kwocie 50 zlr. Wreszcie, wezwany przez c. k. Minist. sprawiedl., Sąd kraj. wyższy w Krakowie donosi w sierpniu 1859 Senatowi Uniw. Jag., że sekcye sądowe będą się odtąd odbywać w czasie od 12—1 godziny. Tak sekcye sądowe, jak i policyjne, te ostatnie wykonywane przez uczniów pod kierunkiem profesora, odbywały się w prosektoryum klinicznem. Mimo tych rozporządzeń żali się prof. Bryk w piśmie z 17 lutego 1860 r., że magistrat krakowski w jednem półroczu żadnych, w drugiem tylko pięć zwłok przesłał do sekcyi policyjnej, oraz, że tylko do jednej sekcyi sądowej w tymże czasie był wezwany. Wówczas oświadczył Kwaśniewski, profesor położnictwa gotowość odsyłania wszystkich zwłok noworodków, celem dostarczenia materyału do ćwiczeń sądowolekarskich. Dnia 20 lipca 1860 zostaje Bryk mianowany profesorem chirurgii w miejsce zmarłego prof. Bierkowskiego, musi jednak jeszcze z początku półrocza 1860/1 zastępczo wykładać medycynę sądową, ponieważ następca jego na tej katedrze nie mógł być mianowanym. Pismem z dnia 18 paźdz. 1860 donosi Bryk Senatowi, że ogłosił wykłady z medycyny sądowej 8—9 godzinne w tygodniu, lecz że nie podoła im dłużej, gdyż wykłady chirurgii wynoszą 22 godzin tygodniowo. W kilka dni potem następuje mianowanie nowego profesora med. sąd., a Bryk wykłada odtąd tylko chirurgię do roku 1870 po niemiecku, a potem do chwili swej śmierci po polsku. Zmarł 16 lipca 1881. Znakomity uczony, biegły operator, choć z rodu polskiej narodowości, przez swe wykształcenie, uzyskane w Wiedniu, przez służbę wojskową i stosunki domowe czuł się raczej niemcem. Z pośród licznych jego a cennych prac wyłącznie chirurgicznych jedna tylko z tego miejsca jako praca sądowolekarska musi być podniesioną, t. j. „Blutkrystalle und ihre Bedeutung bei forensen Blutuntersuchungen“. Wiener med. Wochens. 1858. Nr. 42. Dodać należy, że był on od roku 1862–1864 członkiem redakcyi „Przeglądu lekarskiego“.

Po ustąpieniu Bryka z katedry medycyny sądowej wnieśli podania o nią Dr. med. Ferdynand Bogusław Kopczyński, dyrektor szpitala św. Łazarza i św. Ducha w Krakowie, Dr. Kraus, c. k. lekarz powiatowy w Krakowie i Dr Schauenstein, docent chemii sądowej w Wiedniu, późniejszy profesor medycyny sądowej w Gracu (zmarły w roku 1891). Przeciw kandydaturze Dra Krausa oświadczył się jednomyślnie cały Wydział lekarski i Senat w obszernem piśmie, w którem podnosi, że aczkolwiek Dr. Kraus może być, a nawet jest w istocie gorliwym urzędnikiem sanitarnym i lekarzem sądowym, to jednak nie posiada żadnych naukowych kwalifikacyi na katedrę tak trudnego, bo całokształt wiedzy lekarskiej obejmującego przedmiotu. Jedynie tylko ówczesny, a drugi z kolei profesor anatomii patologicznej Dr. Heschl (pierwszym profesorem

tego przedmiotu był Dr. Treitz od roku 1852/3, kiedy po raz pierwszy utworzono tę katedrę), wystąpił namiętnie w obronie Krausa, a nawet osobiście wstawiał się za nim w Ministerstwie, przyczem zarzucił ówczesnemu dziekanowi Dietlowi podstępne w tej sprawie postępowanie. W sierpniu 1860 oświadczyło się 8 profesorów z ogólnej liczby 11 za Kopczyńskim, jako jedynym możliwym kandydatem na opróżnioną katedrę, motywując swe oświadczenie tem, że Kopczyński zalicza się mimo młodego wieku do powag lekarskich Krakowa, cieszy się znacznem zaufaniem chorych, wreszcie, władając obok języka niemieckiego także językiem polskim jako ojczystym, jest w stanie porozumiewać się przy sekcyach sądowych ze stronami, nie znającemi języka niemieckiego i podawać uczniom termina naukowe polskie, tak potrzebne w urzędowaniu w kraju, w którym znajomość języka niemieckiego jest bardzo ograniczoną. Zarazem oświadczają się ci sami profesorowie, t. j. Bryk, Domański, Kozubowski, Majer, Piotrowski, Skobel i dziekan Dietl w ostateczności za wnioskiem chwiejnego w zdaniu Sławikowskiego, aby Kopczyńskiego zamianować zrazu na pierwsze półrocze tylko zastępcą profesora. Za Schauensteinem oświadczył się Heschl, gdy dwóch innych profesorów było nieobecnych. Wskutek zatargu stąd wynikłego między Dietlem a Heschlem zażądało Ministerstwo wyjaśnień pisemnych w tej sprawie od Bryka i Heschla, poczem reskryptem z 13 go paźdz. 1860 roku uznaje podejrzenia Heschla względem Dietla za niesłuszne i porywcze, zarazem jednak wytyka Dietlowi jako niewłaściwe ustne omawianie przezeń z 3 profesorami sprawy obsady katedry bez spisania protokołu z tej komisyjnej konferencyi.

Postanowieniem Najwyższem z 21 paźdz. 1860 roku Dr. Ferdynand Bogusław Kopczyński mianowany zwyczajnym prof. medycyny rządowej z pensyą 1260 złr. rocznie i dwoma deceniami, rozpoczyna wykłady, a zarazem tymczasowo pełni jeszcze swój dawniejszy urząd dyrektora szpitala św. Łazarza i św. Ducha za wynagrodzeniem 50 złr. miesięcznie. Dr. Kopczyński uzyskał dyplom Dra med. w Krakowie, poczem pełnił czasowo obowiązki adjunkta w klinice lekarskiej. Zamierzał się habilitować i w tym celu przygotowywał pracę „Ueber die physikalische Untersuchungsmethode“. Był on autorem tylko jednej drukiem ogłoszonej rozprawy „Kasuistik des polnischen Weichselzopfes“ (Wiener med. Wochenschrift). Dnia 30 listopada 1860 złożył Kopczyński przysięgę służbową i rozpoczął wykłady, które jednak niebawem przerwał z powodu choroby płuc, jakiej się nabawił, niosąc chętnie pomoc lekarską. Tej to chorobie (pneumonia?) uległ 22 kwietnia 1861 w mieszkaniu przy ogrodzie botanicznym przyjaciela swego, inspektora tego ogrodu Warszewicza. Mieszkanie to, jak pisze zastępca rektora X. prof. Dr. Teliga na zawiadomieniu o pogrzebie śp. Kopczyńskiego, „odstąpiła mu chętnie troska przyjaciela, aby mógł łatwiej powitać pierwsze uśmiechy wiosny“. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Polskie Towarzystwo balneologiczne. W sobotę d. 14 b. m. odbyło się w sali wykładowej kliniki wewnętrznej I-sze Walne Zgromadzenie członków polskiego Towarzystwa balneologicznego, na które przybyli zarówno lekarze, jak właściciele i dyrektorowie zakładów leczniczych. Uczestników zgromadzenia powitał w imieniu Komitetu Prof. Dr. Ludomił Korczyński, poczem zaprosił na przewodniczącego zgromadzenia radcę cesarskiego Dr. Edwarda Krzyżanowskiego z Truskawca. Po odczytaniu listy członków Towarzystwa przystąpiono do wyboru wydziału. Prezesem Towarzystwa wybrany został Prof. Dr. Ludomił Korczyński; wiceprezesem hr. Jan Potocki z Rymanowa; skarbnikiem Dr. M. Cercha z Krynicy; sekretarzem Dr. Z. Wąsowicz z Krynicy; członkami wydziału wybrano Dr. A. Chramca z Zakopanego, Dr. K. Kadena z Rabki i Dyrektora Mazurkiewicza z Iwonicza; członkami zaś Komisyi kontrolującej Doc. Dr. I. Lembergera i Dr J. Regieca z Rymanowa. Na wniosek Komitetu organizacyjnego zamianowało Walne Zgromadzenie radcę dworu Prof. Dr. Edwarda Korczyńskiego i Dr. Henryka Dobrzyckiego z Warszawy pierwszymi członkami honorowymi Towarzystwa, pragnąc w ten sposób uczcić ich zasługi na polu balneologii polskiej. Resztę porządku dziennego wypełniły obrady nad wnioskami dotychczasowego Komitetu. Między innymi uchwalono poruczyć wydziałowi urządzenie zjazdu balneologicznego i wdrożenie energicznej akcyi na polu przemysłowo-ekonomicznem. Po wyczerpaniu porządku dziennego zakończono obrady o godzinie 9-tej wieczór. Zaraz dnia następnego t. j. 15 b. m. odbyło się w mieszkaniu Prezesa Towarzystwa pierwsze posiedzenie wydziału, na którem wytknięty został w szczegółach kierunek postępowania i prac, mających za cel rozwój balneologii polskiej.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19 stycznia.

* W łonie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, a w ścisłym związku z Komisyą redakcyjną „Przeglądu lekarskiego“, zawiązało się „grono sprawozdawców“, które w rubryce wyciągów i sprawozdań umieszczać będzie w „Przeglądzie lekarskim“ streszczenia z lekarskiego piśmiennictwa bieżącego. Do grona tego, którego przewodniczącym jest prezes Tow. lek. krak. prof. Nowak, należą: Dr. Wilczyński (medycyna wewnętrzna), Doc. Rutkowski (chirurgia), Doc. Dobrowolski (położnictwo i ginekologia), Doc. Majewski (okulistyka), Doc. Krzyształowicz (choroby skórne i weneryczne), Doc. Lemberger (farmakologia), Doc. Lewkowicz (pedyatrya), Dr. Rydel (choroby nerwów), Dr. Nowotny (laryngologia), Dr. Horoszkiewicz (medycyna sądowa i nauka o zabezpieczeniach od wypadków), Doc. Seńkowski, Doc. Droba i Dr. Wrzosek (medycyna teoretyczna). Prof. Łepkowski (dentystyka). Każdy z wyżej wymienionych sprawozdawców pokrywa poniekąd nazwiskiem swojem dział, który reprezentuje, przeto najuprzejmiej upraszamy dotychczasowych spółpracowników w rubryce „wyciągów“ i „sprawozdań“, aby zechcieli na przyszłość przesyłać swe rękopisy nie do Redakcyi, lecz do wyżej przytoczonych sprawozdawców, lub przewodniczącego „grona sprawozdawców“, prof. Nowaka. Nazwiska członków „grona sprawozdawców“, w skład którego wchodzą specyaliści znani i zasłużeni w nauce, niech staną się rękojmią, że rubryka wyciągów i sprawozdań będzie w naszym tygodniku wiernem odbiciem rozwoju i postępu medycyny w dobie dzisiejszej. Czynność „grona referentów“ rozpocznie się już w Nr. następnym.

* Redakcya „Przeglądu dentystycznego“ w Nr. 12 zapowiada przystąpienie do wydania „Podręcznika chorób zębów i jamy ustnej“. W redagowaniu tego dzieła wezmą udział: Doc. Bochenek, Prof. Maziarski, Doc. Seńkowski, Prof. Hoyer, Dr. Kołakowski, Dr. Humnicki, Prof. Wachholz, D-ta Idzikowski, Prof. Łepkowski, Dr. Zboril, Doc. Bohosiewicz, D-ta Zieliński, Dr. Leszczyński, Dr. Dzierżawski, Prof. Rydygier, Doc. Gońka i Dr. Kozerski. Podręcznik wychodzić będzie w 5-arkuszowych zeszytach, w cenie po 1 rb. za zeszyt. Redakcyę „Podręcznika“ objęli Prof. Łepkowski (Kraków, Rynek Główny, 22. Ambulatoryum dentystyczne Uniwersytetu Jagiel.) i Dr. Dzierżawski (Warszawa, Redakcya „Przeglądu dentystycznego“).

Wyżej przytoczone nazwiska spółpracowników i tytuły działów, które oni mają opracować zapowiadają dzieło skończone, wyczerpujące przedmiot pod względem naukowo teoretycznym, klinicznym i technicznym. Wydanie „Podręcznika dentystycznego zawdzięczać będziemy rezolucyi, powziętej na wniosek Prof. Łepkowskiego podczas ostatniego Zjazdu w Krakowie.

* Naczelnym lekarzem oddziału chorób wewnętrznych w poznańskim szpitalu Sióstr miłosierdzia mianowany został Dr. Panieński.

* Dr. Bronisław Bogdański, młodszy lekarz salinarny, mianowany starszym lekarzem salinarnym w Delatynie i Łanczynie.

* Bibliotekarz Towarz. lekar. krak. składa podziękowanie Dr. Serkowskiemu w Łodzi i Doc. Dr. K. Majewskiemu za nadesłane dary do księgozbioru.

* W żeńskim petersburgskim Instytucie lekarskim otrzymało w r. 1904 stopień lekarza 250 kandydatek.

* Między 25 a 31 grudnia 1904 doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w powiecie nadwórniańskim. W tymże czasie stwierdzono dur brzuszny w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim, jaworowskim, kałuskim, kamioneckim, mościskim, przemyślańskim, stryjskim, tarnopolskim — po jednej gminie i w turczańskim w dwóch gminach.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Emanuel Kusy z Dubrav mianowany został szefem sekcyi *extra statum* w ministerstwie spraw wewnętrznych. Ma to być pierwszy przypadek wyniesienia lekarza na tak wysokie stanowisko w państwowej hierarchii austryackiej. Dr. Zabołotny (bakteryologia) i magister farmacyi Ginzberg (farmacya) mianowani profesorami nadzwycz. w petersburgskim żeńskim Instytucie lekarskim. Dr. Janowskij mianowany profesorem dyagnostyki lekarskiej w Kijowie. Dr. Loeb mian prof. nadzwycz. anatomii patol. w Filadelfii. Tytuł profesorski w Berlinie otrzymali: Dr. Wolpert (higiena) i Dr. Kaiserling (patologia).

Nekrologia. We Francyi zmarł Dr. Stagieński, lekarz wojskowy, który brał czynny udział w wojnie 1870 r., wielce szanowany dla swych cnót znakomitego lekarza i wzorowego obywatela. Dr. Scriba, profesor chirurgii, zmarł w Tokio. Dr. Konrad Zawisza, lat 56, zmarł w Warszawie.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr. 1. Sokołowski: O leczeniu przeciwgorączkowem suchotników. Jaworski: Ostra niestrawność jelitowa.

— *Gazeta lekarska* Nr. 1. Pawiński: Hyposthenia cardiovasculosa climacterica. Rejchmann: O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka zapomocą głodzenia. Łapiński: Tymol kamforowy w leczeniu gruźlicy kości, stawów i gruczołów.

— *Kronika lekarska* Z. 1. Ziemiński: O zachowaniu się wobec zaćm powikłanych. Polak: Nowoczesne urządzenia do produkcyi limfy ospowej stosowane, oraz w szczególności o urządzeniu Instytutu publicznego szczepienia ospy w Warszawie.

— *Nowiny lekarskie* Z. 1. Gaszyński: Ratowanie noworodków od pozornej śmierci nowym sposobem sztucznego oddychania. Gerzabek: Incontinentia urinae jako powikłanie stulejki. Dziembowski: Białkomocz wskutek zatrucia rtęcią.

— *Zdrowie* Z. 1. Polak: Najpierwsza sprawa w programie społecznym. Mesz: Projekt reform sanitarnych w Otwocku. Chełchowski: Temperatura izb wiejskich w zimie.

— *Głos lekarzy* Nr. 2 zawiera: O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. — O nihilizmie lekarskim (II). — Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych w r. 1904 (dok.). — Polskie Towarzystwo balneologiczne (dok.). — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (XI). — W sprawie podziękowań dla lekarzy. — Ruch naukowy w polskich Towarzystwach lekarskich (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 1. Maixner: Některé zkušenosti o angina pectoris (c. d.). Vanýsek: Čtyři případy aneurysmatu aorty s kompressi arteriae pulmonalis. Lašek: Příspěvek k narkose skopolamin — morfiové.

— *La Presse médicale* Nr. 1. Roger i Salamon: Dur brzuszny galopujący. Parhon i Papinian: Wywód choroby w leczeniu gośćca stawowego przewlekłego. Rouslacroix: Pozorna lub przemijająca bezskuteczność naparstnicy.

— Nr. 2. Azoulay: Włókienka nerwowe według metody i prac Ramon y Cajala. Lermoyez i Mahu: Leczenie nieżytu trąbki Eustachiusza gorącem powietrzem. Lhomme: Nowy dający się wyjałowić przyrząd do tamowania krwi, dozwalający sprawdzać i regulować tamowanie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 2. Hahn: Niektóre uwagi poczynione w czasie tegorocznej cholery w południowej i średnio-azyatyckiej Rosyi. Eulenburg: O nerwowych i umysłowych chorobach po wypadkach, wywołanych elektrycznością. Beitzke: Badania na dzieciach ze względu na teoryę Behringa o zakaźności gruźlicy. Wolff: O aplastycznej limfatycznej białaczce i o zwolnieniach w przebiegu białaczki. Passow: Przyczynek do nauki o czynnościach błędnika.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 2. Küster: Gruźlica u zimnokrwiwych. Kunwald: Leczenie gruźlicy krtani światłem słonecznem. Freymuth: Stosowanie przetworów tuberkuliny przez usta. Ranke: Zależność pożywienia od ciepłoty mieszkania, podług spostrzeżeń w okolicy podzwrotnikowej, w klimacie umiarkowanym i na wyżynach górskich. Prüsmann: Zapobiegawcze stosowanie przetworów sporyszu podczas porodu. Theilhaber: Patologia i terapia przewlekłego zapalenia trąbek. Steinschneider: Adrenalina przy krwotoku macicy ciężarnej. Bruns: Próby odkażania przy tężcu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2. Dimmer: Etyologia wiosennego nieżytu spojówki. Korczyński: O wpływie jadów gruźliczych na rozwój i jadowitość innych bakteryi. Oefele: Podstawy nowoczesnej nauki o trawieniu do praktycznego spożytkowania w koprologii.

Deutsche med. Wochenschrift Nr. 2. Eichhorst: Wskazania i metodyka leczenia naparstnicą. Kraus: Uwagi nad czynnościowem rozpoznaniem chorób serca (c. d.). Ebstein: O egzodynie (exodin Schering) zawierającej czynną substancyę wypróżniającą. Sattler: Leczenie oderwania siatkówki (dok.). Werner: Przyczynek do nauki i do spożytkowania roli lecytyny przy biologicznem działaniu radu i promieni Röntgena. Stenger: O rodzajach nerwic występujących po zranieniach głowy. Nerwice urazowe błędnika. Brehmer: Posocznica gonokokowa noworodków.

Redakcya otrzymała. Sterling: O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 2 (od dnia 8/I do 14/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. —, dziew. —; nieżywo: chł. —, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 17, kob. 15; zamiejscowych: męż. 8, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 8, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 17.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIV. Kraków 28 Stycznia 1905. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie wydzielania przez prawidłową wątrobę mikrobów, krążących we krwi.

Praca, wykonana w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jag. pod kierunkiem prof. K. Kleckiego.

Przez

Asystenta Zakładu **Adama Wrzoska.**

Do spraw pierwszorzędnych w patologii ogólnej zakażeń należy niejednokrotnie już rozwiązywane, lecz dotychczas ostatecznie nie rozwiązane zagadnienie: czy mikroby, we krwi krążące, wydzielają się z żółcią w warunkach prawidłowych? Dwie są główne przyczyny, dlaczego w sprawie tej rozmaici badacze doszli do wręcz przeciwnych wniosków. Pierwsza przyczyna, — to niejasne określenie warunków, w jakich wydzielanie się mikrobów ze krwi należy uważać za fizyologiczne. Drugiej przyczyny należy szukać w niedostatecznej krytyce metod badania.

Zdaniem mojem wydzielanie się z żółcią mikrobów, krążących we krwi, wtedy tylko uważać można za sprawę fizyologiczną, jeżeli odbywa się ono w następujących warunkach: po pierwsze, jeśli rzeczone wydzielanie odbywa się u zwierząt zupełnie zdrowych; powtóre, jeśli wątroba, przez którą mikroby przechodzą ze krwi do żółci, nie wykazuje żadnych zmian ani makroskopowych, ani mikroskopowych; po trzecie, jeśli wydzielanie mikrobów odbywa się zawsze, a przynajmniej zawsze u tych zwierząt, we krwi których krążą znaczne ilości mikrobów; po czwarte, jeśli mikroby, do krwi wprowadzone, rychło wydzielają się z żółcią, a nie dopiero po upływie kilku lub nawet kilkunastu godzin. Stąd wypływa następująca uwaga: jeżeli się zwierzętom wprowadza do krwi mikroby jadowite, jest rzeczą ze wszechmiar wskazaną, aby brać żółć do badania jaknajrychlej po zakażeniu, zanim jeszcze jakiekolwiek zaburzenia w ustroju wystąpią i zanim można się spodziewać w wątrobie jakichkolwiek, choćby najdrobniejszych zmian. Z tego powodu dla zajmującej nas sprawy niema żadnego zgoła znaczenia bakteryologiczne badanie żółci zwierząt, u których już zjawiska chorobowe wystąpiły, lub żółci zwierząt, które na zakażenie padły. Albowiem, jeśli mikroby, do krwi wprowadzone, nie zaraz wydzielają się przez wątrobę, lecz dopiero po upływie pewnego czasu, to okoliczność ta wskazuje, że w narządzie tym zaszły pewne zmiany, dzięki którym odbywa się wspomniane wydzielanie.

Dotychczasowi badacze dwojakim sposobem zbierali żółć do badania bakteryologicznego. Jedni po wprowadzeniu mikrobów do krwi, usypiali lub zabijali zwierzęta, poczem pipetą Pasteura lub strzykawką Pravaza brali żółć wprost z woreczka żółciowego. Drudzy wprowadzali rurkę do przewodu żółciowego wspólnego i zeń czerpali żółć.

Ani jednej, ani drugiej metody idealną nazwać nie można, albowiem, zbierając żółć wspomnianemi metodami, nie możemy nigdy z góry wyłączyć możliwości domieszek krwi. A skoro się choć jedna kropelka krwi do żółci dostanie, dostaną się z nią zaraz mikroby, we krwi krążące, a przeto całe doświadczenie za chybione uważać należy. Rzecz oczywista, że łatwiej uniknąć jest domieszek krwi, zbierając żółć pipetą z woreczka żółciowego, gdyż wówczas wbijamy tylko włoskowaty koniec pipety do ściany woreczka, aniżeli gdy zbieramy żółć za pomocą rurki, wprowadzonej do przewodu żółciowego wspólnego, musimy bowiem wtedy robić stosunkowo znaczny otwór w przewodzie żółciowym i umocować w nim silnie rurkę nitką jedwabną, którą łatwo uszkodzić możemy drobne naczynia krwionośne przewodu. Wbijając pipetę do woreczka żółciowego w miejscu, przypalonem dokładnie uprzednio żegadłem, w znacznej większości przypadków możemy uniknąć domieszek krwi. Lecz metoda, w mowie będąca, posiada tę niedogodność, iż żółć wydzielana z wątroby, dostawszy się do woreczka żółciowego, pozostawać tam musi przez pewien czas, krótszy lub dłuższy, zależnie od trwania doświadczenia. Jeżeliby żółć wpływała zabójczo na mikroby, któreśmy do krwi wprowadzili, to mikroby te, gdyby się nawet wydzieliły ze krwi do żółci, mogłyby w niej zginąć, zwłaszcza wobec dłuższego w woreczku żółciowym przebywania. A wtedy wynik badania bakteryologicznego żółci mógłby być stale ujemny, niezależnie od tego, czy mikroby, krążące we krwi, wydzielałyby się żółcią lub nie. Należy przeto zawsze, posługując się wspomnianą metodą, badać, jak żółć danego zwierzęcia wpływa na mikroby tego samego szczepu, którymy do krwi wprowadzili. Jeśli się okaże, iż żółć wpływa zabójczo, doświadczenia takie przy wyciąganiu wniosków w rachubę całkiem iść nie mogą. Przy drugiej metodzie, zapomocą której zbieramy żółć z rurki, wprowadzonej do przewodu żółciowego wspólnego, bakteryobójcze własności żółci nie odgrywają żadnej roli, lub też bardzo małą.

Stosując tę metodę, moglibyśmy również określić czas, w którym zaczynają się wydzielać mikroby ze krwi do żółci, oraz czas, w którym wydzielanie takowe ustaje. Atoli metoda czerpania żółci za pomocą rurki, wprowadzonej do przewodu żółciowego wspólnego, ma tę wielką wadę, iż przy niej bez porównania częściej mogą się zdarzać domieszki krwi do żółci, aniżeli przy metodzie pierwszej. A co ważniejsza, nie możemy sprawdzać owych przypuszczalnych domieszek krwi, gdyż żółć, posiadając w bardzo silnym stopniu własności hemolityczne, rychło rozpuszcza krwinki, które się do niej dostaną. Że istotnie przy drugiej metodzie często się mogą przytrafiać domieszki krwi, przekonały mnie analogiczne badania, dotąd nieogłoszone, nad przechodzeniem

mikrobów, krążących we krwi, przez nerki. W badaniach tych można było sprawdzać domieszki krwi do moczu, gdyż mocz własności hemolitycznych nie posiada. W ośmiu doświadczeniach wprowadzałem zwierzętom rurkę do jednego lub obu moczowodów, wstrzykiwałem im mikroby do krwi, a wypływający z rurki mocz zbierałem do badania. We wszystkich przypadkach wypływający mocz był zupełnie przezroczysty; nie mogłem w nim zauważyć ani śladu domieszek krwi. Wszakże, centryfugując mniejsze lub większe ilości tego moczu, przekonałem się niebawem, iż osad z moczu w pięciu przypadkach zawierał krwinki, czasem dość liczne, a tylko w trzech przypadkach nie zawierał ich wcale. Wedle wszelkiego do prawdy podobieństwa rzecz się ma podobnie, gdy zbieramy żółć z rurki, wprowadzonej do przewodu żółciowego wspólnego.

Na zasadzie powyższej krytyki metod badania możemy wysnuć następujący wniosek. Jeżeli wydzielanie mikrobów, krążących we krwi, należy do czynności fizyologicznych wątroby, jak to niektórzy badacze utrzymują, w takim razie powinniśmy zawsze znajdować rzeczone mikroby w żółci, czerpanej z rurki, wprowadzonej do przewodu żółciowego spólnego; w żółci, zbieranej pipetą z woreczka żółciowego, także powinniśmy znajdować wprowadzone do krwi mikroby stale, o ile jednoczesne badanie bakteryobójczości żółci wykazało, iż żółć dla danych mikrobów własności zabójczych nie posiada. Jeżeli natomiast wątroba w warunkach prawidłowych mikrobów ze krwi nie wydziela, to posługując się zarówno jedną, jak i drugą metodą, powinniśmy wyniki bakteryologicznego badania żółci otrzymywać ujemne; lecz, wskutek niedających się czasem uniknąć domieszek krwi do żółci, możemy otrzymywać również i wyniki dodatnie, przyczem wyników takowych daleko więcej spodziewać się można, zbierając żółć z przewodu żółciowego wspólnego, aniżeli zbierając ją z woreczka żółciowego.

Ponieważ żadna z dotychczasowych prac, w tej sprawie ogłoszonych, wszystkim postawionym wyżej wymaganiom zadosyć nie czyni, przeto wskazaną było rzeczą zająć się ponownie rozwiązaniem tego zagadnienia. Badania swoje wykonałem na 16 psach, 2 królikach i 2 świnkach morskich [1]). Wszystkie, użyte do doświadczeń zwierzęta, usypiałem, poczem wstrzykiwałem im do żyły już to bulionowe hodowle *bacterii prodigiosi*, *b. fluoresc. n. liqu.*, *b. kiliense*, *b. coli comm.*, *b. pyocyanei*, *b. typhi* i *staphylococ. pyog aurei*, już to tych samych mikrobów hodowle agarowe, zawieszone w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej. Hodowle były zazwyczaj kilkunastogodzinne, wyjątkowo tylko starsze. Ilość wstrzykiwanej jednorazowo hodowli wynosiła jeden centymetr sześcienny. W większości doświadczeń wstrzykiwałem zwierzętom po upływie godziny powtórną jednocentymetrową dawkę mikrobów innego gatunku, niż poprzednio. Od czasu do czasu brałem krew z tętnicy szyjnej i szczepiłem ją do bulionu, aby sprawdzić, czy mikroby, wprowadzone do krwi, krążą w niej jeszcze. W godzinę lub kilka po wstrzyknięciu mikrobów do krwi otwierałem zwierzęciu brzuch, przypalałem rozpalonem żelazem jedno miejsce na ścianie woreczka żółciowego, wkłuwałem w to miejsce pipetę Pasteura i wciągałem do niej żółć. Otrzymaną w ten sposób żółć w ilości od $^1/_4$ do 2 ctm.^{3} szczepiłem natychmiast do bulionu, żelatyny lub na agar. W sześciu doświadczeniach zbierałem żółć z przewodu żółciowego wspólnego zapomocą rurki moczowodowej prof. Kleckiego; przyczem w czterech z tych sześciu doświadczeń zbierałem także żółć sposobem wyżej opisanym z woreczka żółciowego. Po ukończeniu doświadczenia badałem wątrobę makroskopowo i mikroskopowo. Co się tyczy wreszcie zabójczych własności żółci dla mikrobów, które wprowadzałem zwierzętom do krwi, to odpowiednie badania, wykonane metodą Buchnera, wykazały, że żółć bynajmniej szkodliwie na wspomniane mikroby nie wpływa; owszem, dla niektórych z nich, jak *bacter. prodigiosum*, *b. coli commune* i *b. pyocyaneus*, była nawet niezłą pożywką.

Wyniki doświadczeń moich, pomimo iż mikroby wstrzyknięte do krwi krążyły w niej ciągu całego trwania doświadczeń i pomimo że wątroba żadnych zmian nie wykazywała, były przeważnie ujemne. Wstrzyknięte do krwi mikroby udało mi się wyhodować z żółci tylko trzy razy, a mianowicie: na 18 przypadków badania żółci, zaczerpniętej z woreczka żółciowego, raz jeden i na 6 przypadków badania żółci z przewodu żółciowego wspólnego — dwa razy. A ponieważ nieliczne wyniki dodatnie, w myśl tego, co się wyżej powiedziało, należy przypisać wadom techniki badania, licznych zaś wyników ujemnych żadną miarą na karb rzekomej bakteryobójczości żółci położyć nie można, przeto nasuwa się tylko jeden wniosek, iż wątroba w stanie prawidłowym mikrobów, we krwi krążących, nie wydziela.

II. O lekarzach w Babilonii i o czynności ich wchodzącej w zakres okulistyki.

Na podstawie nieznanego dotąd źródła.

napisał

Prof. Dr. E. Machek.

(Ciąg dalszy).

Paragrafy o lekarzach rozpoczynają tę część kodeksu, która dotyczy zawodów. Treścią dzieli się kodeks na dwie wielkie części: pierwsza dotyczy spraw wspólnych wszystkim ludziom, a więc traktuje o zbrodniach, długach, o prawie małżeńskiem, spadkowem i t. d., a od § 215 aż do końca jest mowa o sprawach, tyczących się różnych zawodów i stanów. Lekarze wymienieni są na pierwszem miejscu; już z tego pierwszeństwa, który lekarzowi przyznaje kodeks, wynika wobec wspomnianego układu, jakie lekarze zajmowali stanowisko. Po nich wymienia budowniczych domów (§ 228—233) — stan, który ze względu, że w owych czasach małych potrzeb, stawiając domy, dostarczał najpotrzebniejszej, a stosunkowo kosztownej rzeczy, musiał mieć niepoślednie znaczenie; — dalej budowniczych okrętów (§ 234—240), dzierżawców bydła — stan także poważny, gdyż właśnie oni dostarczali dochodów bogatym, których bogactwo stanowiło przeważnie bydło. Dalej jest mowa o rzemieślnikach, o garncarzach, krawcach, stolarzach, powroźnikach, murarzach i t. d., a na końcu o obowiązkach

[1]) Dokładny opis doświadczeń i krytykę prac dotychczasowych badaczów znajdzie czytelnik w pracy mojej p. n.: „Badania nad przechodzeniem mikrobów ze krwi do żółci w warunkach prawidłowych“, która się ma wkrótce ukazać w „Rozprawach Wydziału matem.-przyrodniczego Akademii Umiejętności“.

niewolników. Nie ulega tedy wątpliwości, że lekarze pomiędzy zawodowcami zajmowali najpoważniejsze stanowisko. O weterynarzu i postrzygaczu mówi kodeks zaraz po lekarzach, wynika to z natury rzeczy. Społeczeństwo miało już poczucie służby sanitarnej i byłoby nienaturalną rzeczą, gdyby tam, gdzie się już mówi o lekarzu, nie wspomniano o weterynarzu. Postrzygacz był widocznie tem, czem do niedawna byli u nas cyrulicy, którzy stanowili niższą służbę sanitarną, wyręczającą lekarza w pewnych posługach lekarskich. Jeżeli tedy kodeks miał wogóle coś do powiedzenia o nich, należało to uczynić w tem miejscu, w którem to istotnie uczynił.

Paragrafy, dotyczące wynagrodzenia za czynności lekarskie, tak opiewają:

§ 215. „Jeżeli lekarz zada człowiekowi ciężką ranę (operacyjną) nożem bronzowym, a człowieka przy życiu utrzyma (wyleczy), albo jeżeli nagabti człowieka nożem bronzowym przetnie, a oko człowieka wyleczy, otrzyma 10 syklów srebra (sigil kaspi)“.

§ 216. „Jeżeli nim jest muskenu, otrzyma 5 syklów srebra“.

§ 217. „Jeżeli nim jest niewolnik, właściciel niewolnika zapłaci lekarzowi 2 sykli srebra“.

§ 221. „Jeżeli lekarz złamaną kończynę wprawi, albo chore wnętrzności wygoi, zapłaci chory lekarzowi 5 syklów srebra“.

§ 222. „Jeżeli to był muskenu, zapłaci trzy sykli srebra“.

§ 223. „Jeżeli to był niewolnik, płaci właściciel niewolnika lekarzowi 2 sykli srebra“.

Paragrafy powyższe, które stanowią właściwie taryfę za czynności lekarskie, dostarczają cennego materyału, z którego można wyrobić sobie wyobrażenie o zakresie działalności lekarza babilońskiego.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że pod owe czasy w Babilonie wykonywali lekarze operacye. Wyprzedzili tedy o wiele żydów. W Piśmie świętem Starego Testamentu dość często jest wzmianka o leczeniu i zawiązywaniu ran, o operacyi — z wyjątkiem obrzezania — nie ma żadnej[3].

Operacye wykonywano nożem bronzowym, gdyż bronzu używano do sporządzenia narzędzi operacyjnych i broni w owych czasach.

Jakie operacye chirurgiczne wykonywano, trudno powiedzieć na podstawie tych źródeł: mowa jest o ciężkiej ranie, zadanej nożem bronzowym; gdyby jednakże chodziło jedynie o przecięcia ropni, to i ta operacya w pewnych przypadkach wczas wykonana, miałaby doniosłe znaczenie. Daleko ciekawszy jest drugi ustęp § 215, który mówi o operacyi ocznej. Jakaż to była choroba, która polegała na tem, że przecięto nożem bronzowym „nagabti“, a oko człowieka wyleczono? Scheil[4]) i Winckler[5]) domyślają się, że tu chodzi o operacyę zaćmy. Byłoby to dla okulistów rzeczą nową, gdyby można wykazać, że już przed 4000 lat takie operacye wykonywano. Wiadomo bowiem, że za Hippokratesa i za czasów klasycznych w Grecyi nauka o zaćmie nie istniała. Jedynie w aforyzmach Hippokratesa jest wzmianka o niebieskawem zabarwieniu źrenicy u starych ludzi (γλαυκώσεις), a nie ulega wątpliwości (stwierdzają to zapiski późniejszych autorów), że tu chodzi o zaćmienie soczewki, powstałe skutkiem zaćmy schyłkowej[6]). To wszystko, co o zaćmie wiemy z medycyny Hippokratesa i jego szkoły. Pierwszą wzmiankę o patologii zaćmy, a równocześnie dokładnie opisaną operacyę zaćmy przez zatopienie w ciałku szklistem, (*depressio*, *reclinatio*), napotykamy u Celsusa i to w drugiej części jego encyklopedyi, napisanej już po narodzeniu Chrystusa. (Żył 25 przed Chr. — 50 po Chr.). Tłómaczenie sprawy patologicznej było błędne, ale leczenie drogą operacyi, podane przez Celsusa, stanowi wynalazek pierwszorzędnego znaczenia. Operacyę, tak jak ją Celsus opisał, stosowano z małemi odmianami (Indowie i Arabowie), jako jedyną operacyę zaćmy aż do połowy ośmnastego wieku, to jest do wynalezienia wydobywania zaćmy przez Daviela (1745). A pomimo późniejszego wydoskonalenia wydobywania zaćmy[7]) wykonywano operacyę Celsusa dość często, jeszcze w wieku dziewiętnastym. A teraz kodeks Hammurabiego każe się domyślać, że przed przeszło 4000 lat wykonywano operacyę, która ma być operacyą zaćmy. Wiadomość ta dla okulistów niemniej ciekawą jest niespodzianką, jak dla prawników odkrycie systematycznego kodeksu, istniejącego w tak dawnych czasach. Do rozstrzygnięcia pytania, jaka to była operacya, polegająca na przecięciu nagabti, powrócimy, poznawszy dalsze paragrafy kodeksu.

Najważniejszą i najlepiej płatną z czynności lekarskich i dlatego na pierwszem miejscu wymienioną, jest „ciężka rana operacyjna“ i operacya nagabti na oku. Zapłata za tę czynność jest różna, według tego, na kim lekarz operacyę wykonał, kogo operacyą wyleczył i komu oko odratował, zupełnie tak, jak za naszych czasów.

Zwykły obywatel, przez kodeks niekwalifikowany, tu należy rozumieć wolnego obywatela, prawdopodobnie zamożnego, płacił 10 syklów; człowiek w innych — zdaje się skromniejszych żyjący warunkach, którego kodeks nazywa muskenu, płaci tylko 5 syklów, a za niewolnika, który pracuje dla swojego pana, płaci właściciel tylko $^1/_5$ tego, co zapłaciłby wolny obywatel, to jest 2 sykli srebra. Obowiązku bezpłatnego leczenia prawo nie przewiduje; widocznie, że obowiązek niesienia pomocy bezpłatnej, obowiązek niesienia ofiary ze strony jednostki, która może dać pomoc, dla jednostki, potrzebującej pomocy, a ubogiej i nieszczęśliwej, nakłada na lekarza o wiele późniejsza cywilizacya.

W tym świecie Wschodu — oprócz obywateli wolnych i niewolników — dwie klasy ludzi, znane nam z historyi świata starożytnego, — poznajemy jeszcze muskenu, postać nową, dotąd wogóle w historyi nieznaną. W kodeksie znachodzimy wzmiankę o muskenu 14 razy. Zdaje się, że byli to ludzie wolni, lecz skromnie uposażeni majątkowo; że nie byli zupełnie ubodzy, dowodzą §§ 219 i 220, które mówią o niewolnikach, będących własnością muskenu[8]).

[3]) U. p. Ezechiela 34. 4: „Słabych nieposilacie, a chorego nieleczycie i złamanego niezawiązujecie.“

[4]) J. w.

[5]) Hugo Winckler: Die Gesetze Hammurabis, Königs von Babylon 2256 v. Ch. Das älteste Gesetzbuch der Welt. Leipzig 1903.

[6]) Hirschberg: Graefe und Saemisch, wyd. II, T. XII, p. 286.

[7]) Daviel. Beer, Graefe.

[8]) W oryginale stoi Masenkak, według Zimmera czytać należy muskenu, wymowa semicka. Muskenu tłómaczy Scheil „noble“, Winckler „wyzwoleniec“, Johns „poor man“, Müller zaś „Armenstiftler“, domyślając się, że ci ludzie żyli w pewnego rodzaju domach ubogich, które były instytucyami publicznemi; dosłownie według Müllera muskenu znaczy: człowiek ubogi.

Do innych czynności lekarskich, za które kodeks niższą wyznaczał zapłatę, należały: wprawienie złamanej kończyny i wygojenie chorych wnętrzności. Zdaje się, że tu chodzi o wprawienie zwichniętej i opatrzenie złamanej kończyny, a więc o medycynę znaną także w Palestynie. Co się tyczy wygojenia chorych wnętrzności, to możnaby myśleć o opadnięciu kiszki stolcowej, macicy, krwawnicach ciekących i zawartych i t. d., lecz prawdopodobnie jest tu mowa o chorobach wewnętrznych. Wolny obywatel za tę czynność płacił 5. muskenu 3 sykli, za niewolnika zaś płacił właściciel 2 sykli, a więc w tym przypadku tyle, co za operacyę ciężką lub za operacyę nagabti.

Wynagrodzenie za usługę lekarską, czyli honoraryum lekarskie, jakbyśmy dziś powiedzieli, było dość wysokie. Dotyczyło całego leczenia, gdyż prawodawca mówi, że należnem jest, jeżeli lekarz człowieka przy życiu utrzyma, albo jeżeli oko wyleczy — pojęcia, które wymagają pewnego czasu, aby je stwierdzić. Płacono syklami srebra. Nie była to moneta w dzisiejszem znaczeniu, gdyż w tych czasach monet wogóle nie znano; nie ulega jednakże wątpliwości, że była to pewna ilość odważonego srebra, a więc bryłka srebra. Przemawia za tem także zwrot, jak: „należytość odważyć“, co znaczy zapłacić (§ 119, § 278). Trudno również oznaczyć, wiele to było. W różnych miejscach kodeksu jest wzmianka o wartościach w srebrze, a więc wagach srebra. Najwyższa, o której wspomina kodeks, jest mina srebra (mane kaspi), niższą sykel (šigil kaspi), najniższą se (še kaspi).

Nam przedewszystkiem chodzi o zbadanie, jaką wartość miał sykel, a to z tego powodu, że bądź co bądź wysokość honoraryum lekarskiego wykazuje, jakie było materyalne położenie lekarzy i do pewnego stopnia dowodzi znaczenia, jakiem się w społeczeństwie cieszyli.

Słowo sîgil, a więc nasz babiloński sykel, spotykamy w pismach Starego Testamentu [9]). U żydów nazywa się szekel izraelski, co oznaczało starożydowski ciężar do ważenia szlachetnych metali i klejnotów. Nazwa pochodziła od medyckiego siglos. W późniejszych czasach bito w Palestynie monety srebrne, które nazywano szeklami. Książe Szymon Makabeusz bił taką monetę, dziś bardzo rzadką, którą można n. p. w berlińskim zbiorze numizmatycznym oglądać. Waży coś ponad 14·0 gr. czystego srebra. Na okrągłej, ale nieregularnej monecie wybity jest kielich, kwiaty i przyrządy religijne, a starożydowskiem pismem napisane: „Szekel Izraela“ i „Jeruzalem miasto święte“. Prawdopodobnem jest, że sykel Hammurabiego tak ciężki był, jak żydowski, wszak chodziło tu o wagę; że jednak miał inną wartość, nie ulega wątpliwości. Szymona Makabeusza (138 l. przed Chr.) dzieli od Hammurabiego przeszło 20 wieków, w sam raz tyle, wiele nas dzieli od czasów Makabeuszów.

Byłoby ciekawą rzeczą, gdyby można wykazać, jaka była wartość współczesna sykla, co można było za sykel kupić?

Otóż o wartości syklów można powziąść wyobrażenie dość dokładne, zestawiwszy różne paragrafy kodeksu, w których o nim mowa. I tak, § 234 mówi: „Jeżeli budowniczy okrętów zbuduje człowiekowi okręt o 60 gur, otrzyma jako zapłatę 2 sykli srebra“. A że lekarz, który przetnie nagabti i oko wyleczy, otrzyma 10 syklów srebra, jako honoraryum, tedy otrzyma taką ilość srebra, za którą budowniczy okrętów wybuduje 5 okrętów o 60 gur. Gur jest miarą pojemności, jak n. p. nasz korzec. Tego dowodzi § 242: „Jeżeli człowiek na rok wynajmie robocze bydlę (wołu), da 4 gur zboża właścicielowi.“ § 258 zaś mówi: „Jeżeli człowiek wynajmie dozorcę wołów, zapłaci mu 6 gur zboża rocznie“. Okręt tedy, który budowniczy wybudował za 2 sykli, miał taką pojemność, że mógłby pomieścić zboże, które dziesięciu dozorców wołów zarobiło za cały rok, gdyż jeden dozorca dostał 6 gur zboża, a okręt zbudowany był na 60 gur.

Se miało małą wartość: zdaje się, że za dzień roboty brał stolarz 4 se, mówimy — zdaje się, — gdyż znak, oznaczający 4, jest nie bardzo czytelny na kamieniu. W § 274 oznaczono zapłatę za dzień pracy dla krawca, stolarza, garncarza i t. d., lecz liczby, które oznaczały wysokość zarobku, mimo twardości dyorytu dłutem zniszczono tak, że zaledwie za robotę stolarską można się domyśleć liczby (4). Mimowoli na myśl przychodzi, że kiedyś niezadowolony naród rzemieślników babilońskich zniszczył kamienny dokument, ustalający cenę za pracę. Wszak w owych czasach, tak jak dziś, na cenę za pracę ludzką wpływać musiał popyt i podaż, ilość ludności, czasy wojny i głodu; cena zaś, raz na zawsze ustalona, prawdopodobnie wychodziła na niekorzyść klas zarobkujących.

Z powyżej przytoczonych dat wynika, że lekarze stanowili osobny stan, różny od stanu kapłanów, stan poważany, że wykonywali operacye chirurgiczne i oczne, że byli dobrze za to płatni, mogli sądownie swojego honoraryum dochodzić, gdyż inaczej ustanowienie prawne nie miałoby znaczenia, że bezpłatnie leczyć nie mieli obowiązku, gdyż nawet za niewolnika obowiązany był właściciel zapłacić.

(Dok. nast.)

[9]) Exodus 21. 32. „Jeżeli niewolnika ubódł wół, srebra trzydzieści syklów da panu jego, a wół on ukamienowany będzie“.

III. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do leczenia niektórych stanów septycznych.

Napisał

F. Majewski,

asystent kliniki.

(Podług wykładu na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w 1903 roku).

(Dokończenie.)

Nie ulega wątpliwości, że bardzo ważnym czynnikiem w zwalczaniu zakażenia jest fagocytoza, lecz stanowczo nie jest wszystkiem. Jak wiadomo, fagocytoza najsprawniej działa i najprędzej występuje albo w ustrojach uodpornionych, albo posiadających wrodzoną odporność. Ale i w tych razach dla pochłonięcia sztucznie wprowadzonych do ustroju zarazków potrzebny jest czas przynajmniej kilkugodzinny, od 8—10 godzin. W 3 wyżej przytoczonych naszych przypadkach surowica była wstrzykiwana nie ochronnie, ale jako środek leczniczy, t. j. do ustroju już chorego. Wywoływała ona tam poprawę znaczną objawów chorobowych już w parę godzin po zastosowaniu, t. j. w czasie, kiedy dzia-

łania fagocytozy jeszcze nie mogło być. Objawy podmiotowe nie posiadają żadnej jednostki wymiernej. Pomimo że mają duże znaczenie, musimy kierować się innymi czynnikami w ocenianiu działania surowicy, chcąc to ostatnie ściśle liczbowo mierzyć. Doskonałą miarą probierczą jest ciepłota, zachowująca się w znacznej większości przypadków nadzwyczaj charakterystycznie. Ciepłota po zastosowaniu surowicy spadała zwykle już po upływie 2 godzin po wstrzyknięciu. Spadek ten sięgał nieraz więcej, niż 0,5° i dochodził do 1,0°, świadcząc wymownie, że coś się w ustroju pod wpływem surowicy dokonywa, co łamie zwykły porządek objawów chorobowych.

Czas 2 godzin, wybrany dowolnie, w którym zwykle pierwszy raz sprawdzaliśmy stan ciepłoty po zastosowaniu surowicy, oczywiście nie oznacza początku odczynu ze strony ustroju; — odczyn ten musiał się rozpoczynać jeszcze wcześniej, to jest w czasie, w którym o znacznem ujawnieniu się fagocytozy mówić jeszcze mniej można, niż po upływie 2 godzin po wstrzyknięciu.

Z innych własności surowic zwierząt uodpornionych wchodzi jeszcze w grę ich własność antytoksyczna. Szybkość, z jaką używana przez nas surowica ujawniała swój wpływ na chory ustrój (spadek ciepłoty), pozwala podejrzywać w niej istnienie działania antytoksycznego.

O antytoksynach wiemy dzisiaj jeszcze bardzo niewiele. Pierwsi odkrywcy antytoksyny, Behring i Kitasato, wypowiedzieli zdanie, że krew uodpornionego zwierzęcia posiada własność niszczenia istot jadowitych, wytwarzanych przez szczepione mu drobnoustroje. Niedługo jednak okazało się, że twierdzenia tego fakta nie potwierdzają, albowiem opisane zostały doświadczenia, w których obojętna dla niektórych zwierząt mięszanina tężcowych toksyn i antytoksyn wywoływała u innych, więcej wrażliwych, typowy tężec (Buchner). Późniejsze jednak prace wykazały, że zachodzi pewne działanie bezpośrednie antytoksyny na toksynę, że jednak nie zawsze powoduje owo tworzenie się połączeń stałych, gdyż udaje się w rzekomo obojętnej mięszaninie tych dwóch ciał wykazać obecność typowych własności toksycznych (Ehrlich, Roux et Vaillard, Denys et Van de Velde, Calmette i inni). Tłómaczenie takie, aczkolwiek oparte na faktach, nie wyczerpuje jednak wszystkiego, co zostało w tej kwestyi przez różnych autorów zaznaczone. Są spostrzeżenia, świadczące o tem, że oprócz prostego wzajemnego oddziaływania na siebie toksyny i antytoksyny, niepoślednią rolę odgrywają w sprawie wrażliwości ustroju na działanie toksyny również i życiowe funkcye komórek ustroju. Tak naprzykład widziano zwierzęta, znacznie uodpornione, które zdychały po wprowadzeniu do ich ustroju nieco większej ilości toksyny, pomimo że krew ich zachowała swą wysoką wartość antytoksyczną (Brieger); zwracano również uwagę i na to, że niektore swoiste surowice oprócz swoistego działania posiadają czasami inne — nieswoiste w stosunku do jadów innego pochodzenia, niż szczepionka (Pfeiffer, Calmette, Ehrlich). Zdarzały się nawet przypadki, w których taki płyn, jak bulion pożywkowy wykazywał niezaprzeczone działanie antytoksyczne, pomimo że jest to przecież płyn, w którym większość toksyn rozwija się bez przeszkody i gdzie o bezpośredniem działaniu na toksyny nie podobna mówić. Wszystko to przemawia za tem, że oprócz prostego działania surowic swoistych na odpowiednie toksyny, lub toksyny może chemicznie podobne innych drobnoustrojów, zachodzą tu jeszcze jakieś inne wpływy, działające uodporniająco na komórki tkanek zakażonego ustroju.

Dokładne wykazanie mechanizmu działania antytoksycznego używanej przez nas surowicy, jak widzimy, jest niemożebne; spostrzeżenia nasze przy łóżku chorego zgadzają się w zupełności z kilku wyszczególnionymi powyżej punktami i dowodzą, że w stosunku do wyników doświadczeń znajdujemy analogiczne zjawiska i przy leczeniu stanów zakaźnych ustroju ludzkiego zapomocą jednej ze swoistych surowic (przeciwpaciorkowcowej). Mianowicie oprócz działania antytoksycznego swoistego, istnienie którego starałem się uzasadnić powyżej, spostrzegaliśmy wybitne działanie antytoksyczne nieswoiste. W przypadku ostrego zapalenia ucha środkowego z następowem zapaleniem wyrostka sutkowego i ropnego zapalenia opon mózgowych, wywołanego dwoinkami Fränklowskiemi, surowica przeciwpaciorkowcowa wywołała szybki spadek ciepłoty. W przypadku zakażenia mięszanego otrzewnej za pomocą trzykrotnego zastosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej sprowadziliśmy ciepłotę do poziomu prawidłowego.

Kończąc moje uwagi nad wynikami, otrzymanymi przy stosowaniu surowicy i przebiegiem pod wpływem tego leczenia niektórych spraw posoczniczych, nie mogę nie podkreślić tego przekonania, że surowica jako środek nieszkodliwy nawet w dużych ilościach, powinna znaleźć stałe zastosowanie w odpowiednim jej działaniu zakresie. Ażeby jednak poznać zakres jej skutecznego działania, potrzebne są doświadczenia kliniczne, oparte na dużym, naukowo ściśle badanym materyale. Jest to jeszcze sprawa przyszłości.

Po za właściwościami dodatniemi posiada surowica swoista, a w szczególności surowica przeciwpaciorkowcowa pewne niedogodności. Przedewszystkiem jest ona środkiem bardzo drogim, zwłaszcza drogą jest surowica przeciwpaciorkowcowa; zwykle trzeba jej używać w bardzo dużych ilościach do 50—60 nawet do 100 sz. ctm., na dawkę od t. j. 200 do 500 sz. ctm. w ciągu choroby. Następnie można jej dostać tylko w większych miastach i powinna być używana w możliwie świeżym stanie, przechowywać długo jej nie można, gdyż się psuje. Wreszcie jest to środek o potencyi nie ustalonej i sile działania różnorodnej.

Pomimo to wszystko, jak również i pomimo, że materyał, jakim rozporządzałem, był niewielki, mogliśmy, o ile sądzę, rozstrzygnąć sprawę zasadniczo: Wyniki, jakie otrzymaliśmy i pod względem uodporniania przeciw zakażeniu i pod względem leczenia ustroju ludzkiego w razie już dokonanego zakażenia, musimy uznać za dodatnie i zachęcające do prób dalszych. Dotychczasowe doświadczenia nasze, pomiąd i innych autorów, przemawiają za stosowaniem dużych doz surowicy, od 50 do 100 i więcej sz. ctm. na raz i tyle razy, ile tego stan chorego wymagać będzie.

Sprawa, jak często i kiedy należy wstrzykiwać surowicę, nie jest jednak rozstrzygniętą. Główne wskazania podaje nam ciepłota, a podnoszenie się ciepłoty jest wyrazem ustania dobroczynnego wpływu surowicy i wskazaniem, że należy do ustroju chorego wprowadzić ją ponownie. W niektórych przypadkach zarządził prof. Kader kilkakrotne wstrzykiwania jednego dnia. W historyi chorób uwzględniam

te i inne czynniki. Szczegółowiej będą one uwzględnione, zwłaszcza zachowanie się krwi, w pracy następnej.

Praca niniejsza została ukończona jeszcze w 1903 roku. Nie ogłosiłem jej z powodu, że wyjechałem na cały rok dla dalszych studyów do Instytutu Pasteura w Paryżu i nie mogłem uskutecznić niektórych uzupełnień, koniecznych, a możebnych ze względu na historye chorób tylko na miejscu w Krakowie. Ograniczam ją tu wyłącznie do uwzględnienia działania surowicy przeciwpaciorkowcowej, spostrzeganego w naszej klinice. Poza okres prób nie wyszliśmy jeszcze. Badania prowadzą się w klinice stale dalej — i w pracowni doświadczalnej i na chorych.

Wyniki ogłoszę w swoim czasie jednocześnie z uwzględnieniem najnowszego piśmiennictwa. Tutaj nadmieniam tyle tylko, że w drugiej połowie 1904 roku ogłoszone zostały drukiem prace Mikulicza, Miyakiego, Borhardta i Schmidta, dążące do zbadania sprawy zapobiegania rozwinięciu się pooperacyjnych zapaleń zakaźnych otrzewnej. Pracy mojej eksperymentalnej, ogłoszonej w r. 1902 w „Przeglądzie lekarskim", nieuwzględnili autorowie ci wcale ze względu na to, że praca ta była drukowaną tylko w języku polskim. Nie dziwi mnie to wcale. Nadmieniam jednak, że Dr Heymann, asystent instytutu higieny prof. Flüggego we Wrocławiu, gdzie Miyaki pracował, korespondował w tej sprawie z prof. Kaderem przed ukazaniem się w druku pracy Miyakiego i prof. Kader podał mu miejsce i rok ukazania się pracy mojej. Prof. Mikulicza i Dr. Miyakiego poinformował prof. Kader ustnie o treści pracy mojej na Zjeździe chirurgów w Berlinie w kwietniu 1904 w dyskusyi po odczycie prof. Mikulicza na ten temat. Prawdopodobnie praca ta była wówczas już w druku i z tego względu moja nie mogła być uwzględnioną.

Historye choroby:

1. Chory *S. R.*, l. 14, 1902/3. Nr. 141. *Otitis media. Mastoiditis purulenta streptococcica.* 20/V *Trepanatio processus mastoidei. Thrombosis sinuum.* 27/V *Trepanatio sinuum transv. et sigm. sin. et ligatura venae jugularis.* W przebiegu choroby w ciągu 2 dni zrobiono 3 wstrzyknięcia surowicy przeciwpaciorkowcowej (28/V 40 sz. ctm. i 29/V 2 razy po 50 sz. ctm.) w ogólnej ilości 140 sz. ctm. Ciepłota, zmierzająca ku podniesieniu się, została wstrzymana na poziomie, nie przekraczającym 38,5. Poprawa objawów podmiotowych. Wyzdrowienie.

2. Chory *F. D.*, l. 33, 1902/3. Nr 189. *Otitis media. Cholesteatoma purulentum auri dextri Trepanatio processus mastoidei* 27/V. *Abscessus epiduralis. Thrombosis sinus transversi. Trepanatio sinuum. Ligatura venae jugularis* 21/VI. D. 26/VI wstrzyknięto 50 sz. ctm. surowicy. Lekka poprawa stanu ogólnego. *Gangraena pulmonum.* — Śmierć 1/VII.

3. Chory *F. P.*, l. 8, 1902/3 Nr. 198 *Otitis media. sin. Empyema processus mastoidei sin. Abscessus epiduralis. Thrombosis sinus transversi.* Dnia 27/VI *Trepanatio process. mast., trepanatio sinus transversi, ligatura venae jugularis.* 30/VI 50 sz. ctm. surowicy przeciwpaciorkowcowej. Spadek ciepłoty 1,4°. *Empyema proc. most. dextri.* D. 1/VII *trepanatio.* Wstrzyknięcie 80 sz. ctm. surowicy — bez skutku. Dnia 2/VII śmierć.

4. Chora *F. K.*, l. 29. 1902/3. Nr 53. *Otitis media. sin. Mastoiditis purulenta sin. strepto-diplococcica. Meningitis? Trepanatio processus mastoidei* 5/II. D. 6/II 40 sz. ctm. surowicy wywołały we dwie godziny po ich zadaniu obniżenie się ciepłoty o 1°C. Śmierć z powodu *meningitis purulenta* 7/II.

5. Chora *W. K.*, l. 34. Nr. 177. *Mastoiditis purulenta diplococcica. Abscessus epiduralis.* 22/VII *Trepanatio process. mastoidei. Meningitis purulenta.* D. 26/VII wstrzyknięcie 60 sz. ctm. surowicy: ciepłota obniżyła się w pierwsze dwie godziny po wprowadzeniu surowicy do ustroju z 38,4° do 37,2°, w następnych dwóch godzinach aż do 36,4°. We dwie godziny potem ciepłota znowu 38,6°. D. 27/VII śmierć wskutek zapalenia opon mózgowych.

6. Przypadek II: *Gonitis purulenta traumatica. Pyaemia streptococcica,* przytoczony w pracy na str. 16 Nr. 2 „Przegl. lek." — wyzdrowienie.

7. Przypadek III: *Peritonitis septica,* przytoczony w ciągu pracy na str. 16 Nr. 2 „Przegl. lek." — bezpośrednie wyzdrowienie. Śmierć we 3 tygodni po operacyi wskutek ropnia wśród zlepów kiszkowych.

8. Chory *M. K.*, l. 22. 1902/3. Nr. 114. *Phlegmone extr. super. dextr.* 5/III *Incisiones* — drenowanie. *Empyema thoracis.* 11/III *resectio costae. Septico-pyaemia streptococcica.* 19/III *Exarticulatio extrem. super. dextr.* 5/III, 6/III, 11/III, 12/III i 16/III wstrzyknięto choremu po 100 sz. ctm. surowicy zawsze prawie bez wpływu zarówno na ciepłotę jak jak i na objawy podmiotowe. 20/III śmierć.

9. Chory *J. M.*, l. 46, 1902/3. Nr. 167. *Vulnus manus laceratum Phlegmone manus. Sepsis.* D. 12/V *Incisiones. Abscessus femoris* w miejscu wstrzyknięcia surowicy. 18/V *Incisiones* — drenowanie. D. 10/V rano 40 sz. ctm. i wieczorem tyleż; 11/V 30 sz. ctm. i 12/V 40 sz. ctm. surowicy. Pierwsze wstrzyknięcie pozostało bez widocznego wpływu na ciepłotę, w trzech następnych razach obniżenie się ciepłoty nastąpiło, nie przenosiło jednak 0,7°. Wyzdrowienie.

10 Przypadek I: *Hernia inguinalis incarcerata necrotica. Peritonitis streptococcica incipiens,* omówiony w ciągu pracy na str. 15 Nr. 2 „Przegl. lek." — wyzdrowienie.

11. Chora *L. S.*, l. 35. 1902/3. Nr. 40. *Hernia cruralis ambilateralis. Hernia cruralis dextra incarcerata necrotica. Peritonitis incipiens.* Uwięźnięcie od 3 dni. D. 12/I *Herniotomia, Enteroanostomis, Anus praeternaturalis.* 12/I, 14/I i 15/I wstrzyknięto po 30 sz. ctm. surowicy Wynik wstrzyknięcia: lekkie pomyślne działanie na ciepłotę i objawy podmiotowe. Wyzdrowienie.

12. Chora *M. S.*, l. 48, 1902/3. Nr. 124. *Hernia cruralis dextra incarcerata gangraenosa.* Uwięźnięcie od 36 godzin. 9/V *Enteroanastomosis. Anus praeternaturalis.* Surowicę wstrzyknięto zaraz po operacyi 30 sz. ctm. i tegoż dnia wieczorem jeszcze raz takąż ilość; 11/V 30 sz. ctm. i 12/V 40 sz. ctm. Po trzeciem i czwartem wstrzyknięciu nastąpiło obniżenie się ciepłoty i zmniejszenie bólów. 13/V śmierć wskutek *peritonitis et endocarditis* (chora wyrwała sobie dren, założony do jelita i zdarła opatrunek z rany laparotomijnej, pomimo czujności pilnującej ją służby.

13. Chory *R. S.*, l. 16. 1902/3. Nr. 98. *Hernia inguinalis sin. incarcerata. Ileus. Herniotomia, Laparotomia* 12/II. Surowicę próbowano użyć tylko raz na 11 dzień choroby bez widocznego wpływu na ciepłotę; na drugi dzień 23/II śmierć.

14. Chora *K. M.*, l. 55, 1902/3. Nr. 57 *Ileus e strangulatione. Peritonitis incipiens* 6/II *Amputatio proc. vermiformis. Sutura intestini necrotici. Enteroanastomosis.* 100 sz. ctm. surowicy podczas operacyi wlano do jamy brzusznej bez wpływu na ciepłotę lub przebieg choroby. 7/II śmierć wskutek zapalenia płuc.

15. Chory *W. S.* l. 22, 1902/3. Nr. 139. *Peritonitis perforativa ex appendicitide.* O ile można było sądzić z wywiadów, otrzymanych od chorego, przebicie ogniska ropnego do jamy otrzewnowej nastąpiło już około 10 godzin przed przyjęciem chorego do kliniki. 9/IV *Laparotomia, amputatio proc. vermiformis,* tamponada gazą aseptyczną. Podczas operacyi wlano do jamy otrzewnej 10 sz. ctm. i 40 sz. ctm. podskórnie, ciepłota obniżyła się o 2°; tegoż dnia wieczorem 50 sz. ctm. bez znacznego skutku. 10/IV rano 100 gr. surowicy zastrzykniętych podskórnie wywołało obniżenie się ciepłoty o 0,7°. Czwarte wstrzyknięcie 10/IV wieczorem bez wielkiego skutku. 11/IV śmierć.

16. Chora *M. G.*, l. 38. 1902/3 Nr 153. *Hernia inguinalis sinistra incarcerata necrotica. Peritonitis.* Uwięźnięcie trwa od tygodnia. 3/IV *Enteroanastomosis. Anus praeternaturalis.* W dzień operacyi wstrzyknięto 40 sz. ctm.; obniżenie się ciepłoty wyniosło 1°, na drugi dzień 50 sz. ctm. obniżyło ciepłotę we cztery godziny zaledwie o 0,3°. 5/IV. Objawy zapal. płuc, wskutek której 8/IV śmierć.

IV. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

Podał

Dr. W. Chlumský,

Docent chirurgii i ortopedyi Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

II. O mięsieniu w chorobach i urazach stawów.

A) Mięsienie w chorobach stawów.

Leczenie przeważnej liczby chorób stawów wkracza także w zakres mięsienia. Na czele chorob tych należy postawić gośćcowe zajęcie stawów *(arthritis rheumatica sicca, serosa, polyarthritis).* Zwykle w cierpieniu tem stosujemy mięsienie nie w okresie ostrym, gdzie stosowniejszym jest spokój, okłady itp., lecz po jego ustąpieniu; zależy bowiem na tem, ażeby wszelkie ślady choroby usunąć, zwłaszcza pozostałą wypocinę, zrosty w stawach, i przeszkodzić powstaniu sztywności i przykurczeń. W przypadkach cierpienia przewlekłego stosujemy mięsienie od samego początku i mięsimy nietylko zajęty staw, lecz także i jego okolicę, zwłaszcza mięśnie, które przebiegają obok tego stawu, lub doń się przyczepiają.

Tu należą też niektóre przypadki surowiczego przewlekłego zapalenia stawów, a zwłaszcza zapalenie surowicze kolana, które powstają bez wiadomej przyczyny i trudno się leczą. Trzeba tu jednak być bardzo ostrożnym, gdyż pod podobnym zbiorem objawów występują również gruźlicze zajęcia stawów, które mięsienie pogorszyć tylko może.

Gdy w przypadkach takich chodzi nam o rychłe usunięcie wypociny z jamy stawu, stosujemy wówczas naokoło stawu głaskanie *(effleurage),* a wszystkie inne sposoby mięsienia nad stawem. W przypadkach zaś, gdzie przyszło do wytworzenia się zrostów w samym stawie i w jego okolicy, stosowniejszem jest rozcieranie *(frictio);* staramy się ostrożnie, lecz i dostatecznie silnie wniknąć do miejsc chorych głównie wzdłuż więzów i ścięgien, oraz między powierzchnie stawowe, a przez to rozcieramy pozostałości po zapaleniu, rozrywamy zrosty i dopomagamy wessaniu wypociny. Obok tego nie zaniedbujemy leczenia gimnastycznego i ćwiczeń na odpowiednich przyrządach. W ten sam sposób postępujemy przy leczeniu przykurczeń i zrostów stawowych, przyczem mięsieniem, gimnastyką i ćwiczeniami na przyrządach otrzymujemy często nadzwyczajne wyniki. Lecz w przypadkach, w których zrosty między powierzchniami stawowemi już skostniały, lub w tak wielkiej wytworzyły się liczbie, że rozerwanie ich jest niemożliwe, — jest już od samego początku dobry wynik wykluczony. Zadaniem lekarza jest przypadki takie rozpoznać i chorego nie nękać zbytecznem leczeniem. Wogóle da się powiedzieć, że tam, gdzie jest jeszcze możliwym choćby mały ruch, tam możemy przy należytej troskliwości i wytrwałości doprowadzić i do większych ruchów, a może i do stanu prawidłowego. Niektórzy autorowie w przypadkach unieruchomienia i przykurczeń stawów polecali rozrywać zrosty w znieczuleniu *(brisement forcé),* a potem dopiero mięsieniem itp. uzyskaną ruchomość zachować. Zawsze jednak po zabiegu tym następuje silny obrzęk stawu i znaczna bolesność, która uniemożliwia tak mięsienie, jak i gimnastyczne ćwiczenia. Wykonywanie rozrywania umyślnego widzieliśmy w różnych klinikach i zakładach, zwykle bez żadnego dodatniego wyniku. Znany nam jest jeden przypadek, leczony w jednej z zagranicznych klinik, w którym, podczas wykonywania umyślnego rozrywania w stawie biodrowym nastąpiło złamanie szyjki kości udowej i następnie zrost, połączony ze skróceniem kończyny. W innym przypadku lekkie przykurczenie poruszalne obu stawów kolanowych zakończyło się po wykonaniu umyślnego rozerwania ręką wybitnego zresztą chirurga zupełnym zrostem obu stawów. Z przyczyn tych jesteśmy przeciwni stosowaniu gwałtownych zabiegów w leczeniu zrostów i przykurczeń stawów. Tam, gdzie polepszenie jest jeszcze możliwem, przy należytej cierpliwości możemy jeszcze uzyskać je, a nawet dojść do wyleczenia zupełnego sposobem wyżej opisanym, a bez stosowania łamania umyślnego.

Dalszą chorobą, przy której mięsienie stawów stosujemy, jest dnawne zapalenie stawów. Wyniki leczenia są tu zwykle gorsze, niż w gośćcowem zajęciu stawów, choć i tu widzieliśmy znaczne polepszenie. Wielkie znaczenie ma w leczeniu tej sprawy zmiana trybu życia, a następnie mięsienie całego ciała.

Podobne wyniki mieliśmy też w różnych postaciach zapalenia stawów zniekształtniającego i w następowych zesztywnieniach stawów.

Stanowczo nie powinno się stosować mięsienia, jak już wspomnieliśmy wyżej, w chorobach stawów na tle gruźlicy, kiły, promienicy i w ropnych zapaleniach stawów. Dopiero wtedy, gdy już ropne zapalenie ustąpiło, możemy mięsienie zastosować, przyczem jednak zawsze należy pamiętać o tem, że pierwotna choroba ma skłonność do nawrotów, zwłaszcza, jeżeli przez silne ugniatanie usposobimy staw do wznowienia tej samej choroby.

B) Mięsienie przy urazach stawów.

Urazy stawów leczymy podobnie, jak urazy kości. Przy urazach mniejszego stopnia, jak stłuczenie *(contusio)* i wykręcenie (*distorsio)* stawu, zaczynamy mięsienie stawu jaknajwcześniej; przy stłuczeniu stosujemy współcześnie z mięsieniem ćwiczenia gimnastyczne; przy wykręcaniu zaś zwlekamy z tymi zabiegami dni kilka — i to tem dłużej, im staw jest bardziej powierzchowny i im większą ma skłonność do trwałego rozluźnienia *(Schlottergelenk).* I w tym przypadku musimy zaczekać, aż zrosną się rozerwane części więzadel, potem dopiero myśleć możemy o przywróceniu prawidłowej ruchomości stawu. Z drugiej jednak strony zbyt długo zwlekać z uruchomieniem stawu nie należy, gdyż zagraża niebezpieczeństwo powstania stałej sztywności i przykurczeń. Ogólnych jakichś prawideł podać tu nie możemy; należy postępować zawsze wedle wskazań w poszczególnych przypadkach. Jednego tylko w ogólności odradzamy, mianowicie ustalenia stawu na dłużej, jak na trzy tygodnie, w najcięższych nawet przypadkach. W przypadkach lżejszych rozpoczynamy gimnastykę już w trzecim lub czwartym dniu. Do zwichnięć odnosi się wszystko to samo, co radziliśmy przy omawianiu wykręcenia. Mięsienie stawu rozpoczynamy zaraz po odprowadzeniu i wedle stanu i wielkości urazu stosujemy ćwiczenia gimnastyczne. Mięsimy co dnia lub przynajmniej co drugi dzień aż do zupełnego wyleczenia, i to z początku nad stawem, potem sam staw (drugiego lub trzeciego dnia po urazie), a współcześnie i mięśnie ponad stawem. Pamiętać przytem należy, że mięśnie naramienne barku i czworogłowy uda wiotczeją i słabną już przy małych urazach.

O mięsieniu przy złamaniach stawów, a właściwie końców kości w stawach i w najbliższej ich okolicy, już wspominaliśmy w dziale o złamaniach kości wogóle. Tu powtarzamy raz jeszcze, że przy złamaniach kości w stawie samym lub w jego okolicy pamiętać przedewszystkiem należy o wczesnem uruchomieniu stawu, inaczej bowiem wytworzy się nader łatwo zrost lub przykurczenie.

Mięsienie rozpoczynamy również wcześniej, już drugiego lub trzeciego dnia po urazie. Opatrunki zmieniamy o ile możności codziennie, a przy każdej zmianie opatrunku powinniśmy pamiętać i o zmianie położenia stawu. W ogólności jednak zaprzestajemy wcześnie opatrunków, upośledzają bowiem, a nawet uniemożliwiają ruchy w dotyczącym stawie. Prawideł jednak ogólnych nieda się i tu postawić.

Powyższe leczenie mogłoby się spotkać z zarzutem, że złamane kości nie zrosną się wcale, lub zrastając się, zajmą niewłaściwe położenie. Wedle naszego jednak doświadczenia

przypadki takie są nadzwyczaj rzadkie, a rzadsze z pewnością od przypadków, leczonych długotrwałem unieruchomieniem. Przy leczeniu zaś przez nas zalecanem, — jak już wyżej wspomnieliśmy, ruchomość i zdolność do pracy nawet w przypadkach, gdzie przyszło do zniekształcenia stawu, była zawsze dobrą. (C. d. n.)

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Profesor G. Hoppe-Seyler. **Moczówka cukrowa pochodzenia niecukrzycowego.** (*Ueber nichtdiabetische Glycosurie*). (*Medizinische Klinik*, Nr. 2, 1904). Lekarz praktyk zawsze pamiętać powinien, że trafiają się różne postacie cukromoczu, bardzo odmienne tak co do etyologii, jakoteż i przebiegu. Obok bowiem form mniej lub więcej ciężkich zwykłej cukrzycy, czyli moczówki cukrowej (*diabetes mellitus*), spotykamy się nierzadko i z przypadkami t. zw. cukrzycy (glycosuria) objawowej. Jeżeli w moczu znajdują się większe ilości cukru, wówczas rozpoznanie prawdziwej cukrzycy jest pewne; jeśli natomiast idzie o małe ilości (mniej, niż 1%), wtedy może nasuwać się wątpliwość, czy mamy do czynienia z trwałem i istotnem zaburzeniem wymiany materyi, czy też z objawową, chwilową i przemijającą cukrzycą. Do tej ostatniej należy przedewszystkiem t. zw. cukromocz pokarmowy (*glycosuria alimentaris*), pojawiający się już w warunkach prawidłowych po spożyciu większej ilości cukru i polegający na nagłem przeładowaniu krwi cukrem w ilości większej, aniżeli ustrój w danej chwili przyswoić może. Z badań Worm-Müllera i in. wynika, że już po spożyciu 50 grm. cukru gronowego na czczo wykazać można cukier w moczu u ludzi zupełnie zdrowych; częściej jednakże z takiem wyraźnem zmniejszeniem się granicy przyswajania cukru spotykamy się w przebiegu różnych nerwic, w chorobie Basedowa, w chorobach zakaźnych, w chorobach środkowego układu nerwowego, zwłaszcza rdzenia przedłużonego, w ostrem zatruciu alkoholem i w rozległej miażdżycy tętnic; w tej ostatniej idzie przedewszystkiem o miażdżycę trzustki i jej następstwo — marskość trzustki. Przemijający cukromocz, nie wywołany spożyciem większej ilości cukru, spotykamy niekiedy w rozmaitych zatruciach, n. p. bezwodnikiem węglowym, kurarą, metyldelfininą, strychniną, morfiną, chloroformem, eterem, alkoholem; tutaj należy również cukrzyca po florydzynie. Po podaniu chloralu i chloralamidu pojawia się także obok kwasu glikuronowego cukier w moczu.

W piśmiennictwie przytoczone są przypadki, w których w przebiegu chorób zakaźnych wydzielał się cukier z moczem; bardzo być jednak może, że w wielu z tych przypadków miano do czynienia z chorymi już przedtem na cukrzycę. Najczęściej jeszcze przemijający cukromocz zdarza się w cholerze, co wobec głęboko sięgających zaburzeń w odżywieniu i zmian w narządach wewnętrznych, jak w trzustce, wątrobie, rdzeniu przedłużonym, łatwem jest do wytłómaczenia.

W przebiegu chorób wątroby w ogólności odbywa się przeróbka cukru gronowego dobrze: jak z badań Straussa wynika, jedynie tylko cukier owocowy (*laevulosa*, czyli *fructosa*) wydziela się łatwo. Jeżeli przy daleko posuniętej marskości wątroby pojawia się czasem cukier w moczu, to tłómaczyć to się daje towarzyszącemi równoczesnemi zmianami w trzustce. Ze schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, dających powód do przemijającego cukromoczu, wymienić należy: urazowe zapalenie opon mózgowych, wstrząs mózgu, guzy i wybroczyny, zwłaszcza jeśli one w jakikolwiekbądź sposób bezpośredni, czy pośredni, zajmują rdzeń przedłużony, a w szczególności ośrodek Cl. Bernarda.

U ludzi biednych, źle i nieodpowiednio odżywianych, głównie węglowodanami, spotykać się dają czasem w chwili ich przyjęcia do szpitala w pierwszych partyach badanego moczu mniejsze lub większe ilości cukru, które później, gdy chory przechodzi na zwykłą dyetę szpitalną, uwzględniającą więcej zapotrzebowanie białka, znikają zupełnie i nie pojawiają się z powrotem nawet po umyślnem podawaniu 100 grm. cukru gronowego. Jest to t. zw. cukromocz włóczęgów (*Vagantenglykosurie*), a tłómaczy go nieodpowiednia poprzednio dyeta, zazwyczaj znachodzące się u tego rodzaju chorych zmiany w wątrobie, polegające na rozroście tkanki łącznej, a pociągające za sobą analogiczne zmiany w trzustce, wreszcie tak często spotykane u chorych w chwili ich przyjęcia do szpitala ostre zatrucie alkoholem, które już samo przez się dawać może powód do przemijającego cukromoczu.

Z krótkiego tego zarysu wynika, że lekarz nigdy na jednorazowem stwierdzeniu cukru w moczu opierać rozpoznania prawdziwej cukrzycy nie powinien, a tylko wtedy, gdy widzi, że po usunięciu jakiejkolwiekbądź możliwej przyczyny cukier na stałe z moczu znika, nie pojawiając się później nawet po umyślnem podaniu w pokarmach cukru gronowego, może postawić rozpoznanie cukromoczu przemijającego. Zwłaszcza tam, gdzie chodzi o wydanie orzeczenia sądowo-lekarskiego, o wystawienie świadectwa uzdolnienia do pracy, o przyjęcie do ubezpieczenia i t. d. trzeba być bardzo ostrożnym. *Dr. Wilczyński.*

Profesor Leyden. (Berlin). **Organoterapia w chorobie Basedowa.** (*Medizinische Klinik*, Nr. 1, 1905). Hempel. **Przyczynek do leczenia choroby Basedowa surowicą Möbiusa.** (*Münchener medizinische Wochenschrift* Nr. 1). Thienger. **Spostrzeżenia nad antytyreoidyną Möbiusa.** (*Münchener medizinische Woch.*, Nr. 1). Christens. **Tymczasowe doniesienia o leczeniu choroby Basedowa.** (*Mediz. Klinik*, Nr. 5). Głównie dzięki licznym pracom doświadczalnym przekonaliśmy się, że istota choroby Basedowa polega na samozatruciu ustroju nadmiernie produkowaną, względnie chorobowo zmienioną wydzieliną powiększonego gruczołu tarczowego, podczas gdy jego zanik sprowadza obraz chorobowy, który obejmujemy nazwą obrzęku śluzakowego (*myxoedema*). Na te wzajemne przeciwieństwa choroby Basedowa i obrzęku śluzakowego pierwszy zwrócił uwagę Möbius. Chirurdzy starali się ograniczyć wydzielinę gruczołu tarczowego, zmniejszając jego powierzchnię wydzielniczą, bądź to przez częściowe wycięcie (Kocher), bądź przez miąższowe wstrzykiwanie do gruczołu jodku etylu (*aethylum jodatum*) w celu wywołania łącznotkankowego przeobrażenia (Pitres).

Zapoczątkowana przez Brown-Sequarda organoterapia, jakoteż rzucony przez Behringa posiew leczenia chorób zakaźnych odpowiedniemi antytoksynami, zachęcał do szukania podobnych dróg w leczeniu choroby Basedowa. Pojmującą, jako chorobę wynikającą z zatrucia ustroju, należało przedewszystkiem wyszukać odpowiedniej odtrutki. Ballet i Enriquez wycinali gruczoł tarczowy psom i wywoływali przez to u nich sztucznie tężyczkę; z zabitych zwierząt wysuszoną krew podawali cierpiącym na chorobę Basedowa. Krew ta musiała nietylko nie zawierać owej wydzieliny gruczołu tarczowego, jaka w prawidłowych warunkach dostawać się do niej zwykła, lecz co ważniejsza, musiała być zasobną w te jady, jakie powstają przy wymianie materyi, a które w prawidłowych warunkach zobojętnia wydzielina gruczołu tarczowego. Te właśnie trucizny miały posłużyć do zobojętnienia nadmiernie w chorobie Basedowa wytwarzanej wydzieliny gruczołu tarczowego. Rzeczywiście wyniki lecznicze, uzyskane przez Enriqueza i Balleta, były zachęcające.

Niezależnie od siebie, a całkiem podobnie, postępowali z początku Lanz, Burghart i Blumenthal. Lanz, wychodząc z założenia, że owa substancya, która ma skutecznie zobojętniać jady, powstające w chorobie Basedowa, przechodzi ze krwi do mleka zwierząt, pozbawionych gruczołu tarczowego, zaczął podawać swym chorym ¼ do ½ litra mleka kóz, którym poprzednio wycięto gruczoł tarczowy. Wprawdzie ten sposób leczenia nie dawał tak szybkich wyników, jak poprzedni, to jednak ze względów czysto praktycznych, gdyż tyreoidektomowane kozy można utrzymać całymi miesiącami przy życiu, podczas gdy psy giną w ciągu kilku dni, zdawał się być o wiele przystępniejszym dla ogółu publiczności. Kiedy się później pokazało, że mleko kozie sprzykrza się chorym bardzo prędko, starano się właściwą, głównie działającą substancyę z niego strącić i wyodrębnić. Usiłowaniom tym zawdzięcza powstanie trwały i do dłuższego używania nadający się sproszkowany rhodagen, niedawno wprowadzony do handlu.

Möbius postępował nieco inną drogą: wycinał on gruczoł tarczowy skopom, a surowicę ich wstrzykiwał chorym podskórnie, lub też podawał im *per os*, ilości 5 grm. codziennie lub co drugi dzień. Firma Mercka w Darmstadzie wyrabia ją odtąd pod nazwą: *Antithyreoidserum* Möbiusa. Doświadczenia, jakie z tą surowicą zebrali Schultes, Hempel, Thienger, — wprawdzie dotychczas nie oparte na większym materyale, wypadły przeważnie korzystnie; tą część przypadków, gdzie skutku żadnego nie osiągnięto, tłómaczy się być może zbyt małą ilością stosowanej surowicy, lub też zbyt krótkim okresem czasu, w jakim ją chorym podawano.

Obecnie zakład seroterapeutyczny Salomonsena w Kopenhadze pod kierunkiem Madsena otrzymuje na większą skalę krew kóz tyreoidektomowanych, a wysuszywszy ją i sproszkowawszy, wprowadza w obieg w postaci tabletek. Christens w Danii zapomocą tego przetworu otrzymał korzystne wyniki, sam jednak krytycznie zapatruje się na nie, słusznie powiadając, że ponieważ działanie obecnie używanych przetworów organoterapeutycznych jest tylko objawowem, skierowanem ku zobojętnianiu ciągle i stale w przebiegu choroby wytwarzanych jadów, leczenie tylko wtedy liczyć może na dobre skutki, jeśli się je stosuje ciągle, bez przerwy. Wówczas zni-

kają u chorego główne dolegliwości podmiotowe, zwłaszcza nadmierna wrażliwość, ustawiczna lękliwość, sen i ogólne odżywienie się poprawia, a zaburzenia w przewodzie pokarmowym, nadmierne pocenie i drżączka ustają; trudno natomiast spodziewać się poprawy w zakresie zmienionych już anatomicznie narządów; to też wól, wysadzenie gałek ocznych, nie są w stanie zazwyczaj już się zmniejszyć, a czynność zwyrodniałego mięśnia sercowego niewiele się poprawia.

Takim jest w krótkości zarys organoterapii w chorobie Basedowa. Leyden na swoim obfitym materyale klinicznym i w praktyce prywatnej stosuje ją stale we wszystkich trzech postaciach (*Rhodagen*, *Antihyreoidserum* Möbiusa z fabryki Mercka i duński preparat Madsena), polecając wszystkie trzy w równej mierze.

Dr. Wilczyński.

Prof. A. Hartmann (Berlin). **Wygniatanie migdałków.** (*Medic. Klinik*, Nr. 2, 1904). Znajomość t. zw. przewlekłego złuszczającego zapalenia migdałów (*tonsillitis lacunaris chr. desquamativa = amygdalitis lacunaris caseosa*) jest stosunkowo mało rozpowszechniona wśród ogółu lekarzy. Polega ono na zapaleniu błony śluzowej, wyścielającej mieszki (krypty = lacunae) migdałów z następowem gromadzeniem się w nich ich zawartości, serowatej masy, wydzielającej się od czasu do czasu w postaci żółtawych, mocno cuchnących czopków. Trwożliwi chorzy, wykrztusiwszy je, biorą je czasem za gruzełki. Cierpienie to daje bardzo często powód do rozmaitych podmiotowych skarg, jak cuchnienie z ust, ból, drapanie lub uczucie ciała obcego w gardle, zmuszające chorego do ciągłego odchrząkiwania lub suchego kaszlu. Zatrzymujące się serowate czopy stanowią równocześnie bodziec do częstych zaostrzeń zapalenia migdałów. Sprawa ta, wbrew twierdzeniu niektórych lekarzy, nie może być obojętną dla ustroju, gdyż wytwarza e w czopach toksyny ulegają wessaniu, zatruwają ustrój, a znajdujące się w zapalnym stanie migdałki stanowić mogą doskonałe wrota dla wtargnięcia najrozmaitszych chorobotwórczych drobnoustrojów. Z powyższych powodów wskazanem jest zawsze w każdym przypadku gruntowne usuwanie czopów, a osiągnąć to doskonale można przez silniejszy ucisk, wygniatanie migdałów, bądź to zapomocą wązkiej szpatułki, bądź też — dokładniej — zapomocą podanego przez autora przyrządu, pomyślanego na wzór zwykłej, używanej przez kobiety, długiej szpilki do kapeluszy: składa się on z trzonka i osadzonej na nim małej gałki metalowej. Zwykle dotychczas stosowane rozszerzenie zwężonego ujścia pojedynczych, chorobowo zmienionych mieszków (krypt) zapomocą wązkiego ostrego haczyka lub zgłębnika, nigdy nie dawało tak dobrych wyników i nie pozwalało na dokładne oczyszczenie migdałów. Wygniatać należy migdały ze wszystkich stron, od spodu, od tyłu, od góry, głównie jednak przez ucisk na przedni łuk podniebienny, gdyż serowate masy i czopki znachodzą się w górnych częściach migdałów. Po dokładnem oczyszczeniu ustępują zazwyczaj szybko wszystkie podmiotowe przypadłości, a same migdały przerosłe zmniejszają się znacznie. W razie, gdy pomimo wielokrotnych wycisków tworzą się nadal czopy, należy pojedyncze, zwężone ujścia mieszków porozszerzać zapomocą ostrego haczyka, lub też wyciąć migdały konchotomem lub tonsilotomem. (Projektowana przez autora metoda skutecznie zastąpić czasem może rozmaite płukanki i pędzlowania, a w wielu razach oszczędzić i choremu wyjazdu do kąpiel).

Dr. Wilczyński.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. P. Zweifel. **Czy symfizyotomia jest operacyą z chirurgicznego punktu widzenia niepoprawną?** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 1). Z. występuje przeciw Gigliemu, który polecając swą symfizyotomię boczną, potępia otwieranie stawu łonowego, jako operacyę niechirurgiczną. Z. sądzi, że przestrzegając ściśle aseptyki, drenując ranę i tamując dokładnie krwotok, można także przy symfizyotomii dawniejszej uniknąć zakażenia rany, a wówczas chrząstka równie dobrze się zrasta, jak kość. Jeżeli nawet nie nastąpi zrost chrzęstny, lecz połączenie łączno-tkankowe, to i wówczas pierścień miednicy pozostaje dość silnym, by chora mogła chodzić i pracować. Po symfizyotomii dawnej ulega przewód miednicy rozszerzeniu tak znacznemu, że zazwyczaj następne porody odbywają się dobrowolnie. Czy symfizyotomia boczna sprowadza również pewne następowe rozszerzenie miednicy, to jeszcze kwestya otwarta.

B. Wojciechowski.

E. Bumm. **W sprawie osiedlenia się jaja w ujściu wewnętrznem macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 1). Hofmeier, omawiając sposób powstania łożyska przodującego, występuje (w nowym podręczniku Winckela) przeciw zapatrywaniu, jakoby jajo w ujściu wewnętrznem pierwotnie się osiedlić i rozwijać mogło. Sądzi bowiem, że 1) trudno pojąć, jak jajo, mierzące 1—2 mm., mogłoby się zatrzymać ponad dość obszernym otworem ujścia wewnętrznego; 2) nie znamy preparatu, wskazującego na możliwość takiego zlepienia się błony śluzowej na przeciwległych ścianach macicy w okolicy ujścia wewnętrznego (już z początkiem ciąży), by tu zdołała się wytworzyć podstawa do rozwoju łożyska; 3) w razie takiego osiedlania się jaja musiałoby zawsze powstawać łożysko przodujące centralne, a pozostałoby niewytłómaczonem umieszczenie łożyska takie, gdzie brzeg jeden zaledwie pokrywa ujście wewnętrzne, a drugi sięga niekiedy aż do dna macicy. Przy tej sposobności krytykuje H. rysunek w podręczniku Bumma, uwidoczniający sposób osiedlenia się jaja w ujściu wewnętrznem, zarzucając przesadę i fałszywy stosunek pomiędzy wielkością jaja, a otworu. Wskutek tego prostuje B. wpierw wypowiedziane zapatrywanie, jakoby ujście wewnętrzne było w prawidłowych warunkach otworem, gdyż jest to szczelina poprzeczna o świetle, odpowiadającem światłu gruczołu macicznego (podobnie ma się rzecz z całą jamą trzonu macicy, o ile nie jest krwią, lub śluzem przepełnioną). Rysunek wspomniany oddaje tylko wiernie preparat. Aczkolwiek nie mamy dotąd preparatu ludzkiego, uwidoczniającego możliwość wczesnego zlepienia się błony śluzowej w okolicy ujścia wewnętrznego w czasie ciąży, to jednak istnieją takie preparaty ze świnki morskiej, a B. jest skłonnym do przeniesienia tych stosunków na ustrój ludzki. Wreszcie nie widzi B powodu, dla którego łożysko, powstające w okolicy ujścia wewnętrznego, nie mogłoby w pewnym jednym kierunku sięgać dalej, niż w innym.

B. Wojciechowski.

O. Orth. (Heidelberg). **Wrodzone niezwykłe umieszczenie i wada rozwojowa lewej nerki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 1). Kobieta 30-letnia, która raz rodziła, a potem poroniła, cierpi zawsze na silne bole w krzyżach, które się wzmogły od dwóch lat. Rozpoznano: *retroflexio uteri*, *cystis tubo-ovarialis aut hydrosalpinx sin.* Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, że prawidłowe przydatki lewe rozciągnięte są na guzie, który się znajduje w lewej części miednicy małej, leży pozaotrzewnowo i odpowiada lewej nerce. Wycięta nerka okazywała kształt bardzo płaski z silnemi zagłębieniami kwadratową miedniczkę i 3 kieliehy, prowadzące w różnych kierunkach do miąższu nerkowego. O. wnioskuje z wywiadów i badania preparatu, że zachodzi tu przypadek wrodzonego niezwykłego umieszczenia (nie zaś przemieszczenia nabytego) nerki, obdarzonej wadą rozwojową i wprowadza za innymi autorami wadliwe położenie macicy i przebyte poronienie w związek przyczynowy z owem niezwykłem umieszczeniem nerki.

B. Wojciechowski.

Birnbaum. **Przyczynek do pytania o powstaniu i znaczeniu „leukocytozy“.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 74, zeszyt I, 1905). Autor zapoznaje nas we wstępie z morfologią i techniką badania ciałek białych, dalej z przyczynami i miejscem powstania leukocytozy, poczem omawia tę ostatnią, występującą w stanach fizyologicznych i patologicznych, o ile one zajmują ginekologa. Przeważna część badaczy i sam autor zauważyli leukocytozę w ciąży tylko u pierwiastek, i to w II. połowie ciąży. Przy porodzie ilość ciałek białych wzmaga się stale i stopniowo, szczególnie u pierwiastek i przy silnych bolach, i dochodzi przeciętnie u pierwiastek do 24.160, u wieloródek do 14.370. Największe ilości można wykazać w okresie wydalania płodu, według niektórych przy wydalaniu łożyska. Po porodzie leukocytoza powoli i stopniowo ustępuje. Czasem występuje w 2—4 dniu połogu ponowne lekkie wzmaganie się ilości ciałek białych, które według jednych należy odnieść do bolów poporodowych, według innych do rozpoczynającej się czynności gruczołu sutkowego. Leukocytozę podczas miesiączkowania zauważono już dawno, przyczem ilość ciałek białych ma zależeć od nasilenia krwawień. U noworodków liczba leukocytów w pierwszych dniach jest zawsze wysoką, a to wskutek nagłej zmiany w krążeniu krwi, w przemianie materyi, wskutek zagęszczenia się krwi i wskutek prawie wyłącznego dopływu pokarmów białkowatych. Następnie omawia autor leukocytozę w stanach patologicznych. Występowanie jej po krwotokach znali już dawni badacze i tłómaczyli ją jakimś procesem fizykalnym i chemotaktycznym. Autor znajdował po dużych krwotokach ilości ciałek białych, dochodzące do 35.000 i wyżej, z główną przewagą leukocytów wielojądrzastych i myelocytów, i sądzi, że już sam ubytek krwi jest dostateczną przyczyną, aby przez podrażnienie głównie szpiku kostnego i innych narządów krwiotwórczych wywołać silniejszy dopływ i spotęgowaną wytwórczość ciałek białych. Przy krwotokach dłużej trwających, przewlekłych, n. p. wskutek mięśniaków macicy, ilość leukocytów raczej się zmniejsza. Badanie ich przy guzach dobrotliwych narządu rodnego nie wykazało żadnych zmian ilościowych, tylko przy skręceniu szypuły torbieli jajnikowych można było wykazać lekką leukocytozę (15.000). Natomiast występuje ona czasem w późnych okresach guzów złośliwych i należy ją wówczas odnieść do przypadkowych powikłań i krwotoków. W końcu przechodzi autor do leukocytozy w przebiegu zakażenia połogowego i sądzi, że zbyt daleko idą ci, którzy tylko z ilości ciałek białych chcieliby wnioskować

o dalszym przebiegu choroby. Tu trzeba rozróżnić przypadki ostre od przewlekłych, ropienia obwodowe od trzewnych, trzeba znać naturę zakażenia, względnie rodzaj i żywotność czynnika wywołującego. I tak, zakażenie gruźlicze lub rzeżączkowe zwykle nie wywołuje leukocytozy; przy wypocinach ostrych połogowych i pooperacyjnych występuje ona nawet bardzo wybitnie; natomiast w przypadkach przewlekłych często zupełnie jej brak. Autor opisuje przypadki, gdzie obliczono liczbę ciałek białych na 11.000, a gdzie wkrótce potem wypocina przebiła do kiszki stolcowej, przyczem wylała się znaczna ilość ropy; należy więc być bardzo ostrożnym w ocenianiu przypadków na podstawie ilości ciałek białych. Bardzo wysoka leukocytoza (30,000 i wyżej) przemawia z wszelkiem prawdopodobieństwem, nawet przy prawidłowej ciepłocie, za ogniskiem ropnem, naturalnie po wykluczeniu innych czynników, mogących ją wywołać. Mierne wzmaganie się ciałek białych nie przemawia ani za, ani przeciw, ale prawidłowe, lub prawie prawidłowe ich ilości nie wykluczają na pewno obecności ogniska ropnego. Nadto zauważył autor i inni badacze, że w przypadkach bardzo ciężkiego zakażenia, które zakończyły się śmiercią osobnika, znikały ze krwi zupełnie ciałka białe eozynofilne, w innych zaś równie ciężkich, które atoli zakończyły się wyleczeniem, można je było stale wykazać.

Dr. E. Ehrenpreis.

Ziffer. **Znieczulenie skopolaminowo-morfinowe.** (*Monatschrift f. Gyn.* T. XXI, Z. 1, 1905). W celu wywołania uśpienia winno się używać następującego rozczynu: *Scopolamini hydrobromici Merck. 0,005, Morphii muriatici 0,10, Aq. dest. 10,0.* Z tego rozczynu wstrzyknięte 3—4 strzykawki Pravatza w odpowiednich odstępach czasu (pierwsza 2¼ godzin przed operacyą; 2-a 1¼ godzin przed operacyą; 3-a ¼ godzin przed operacyą, i jeszcze ewentualnie 4-a podczas operacyi) wystarczają zupełnie, by n. p. u ludzi starych wywołać głębokie uśpienie, a u młodszych osobników półuśpienie, połączone z dostatecznem znieczuleniem i przebiegające, czy to podczas, czy po operacyi, bez jakichkolwiek zaburzeń ze strony ustroju. W tych przypadkach jednak, gdzie chodzi o bardzo głębokie uśpienie, radzi autor kombinacyę skopolaminy, morfiny i chloroformu, i tu dopiero według niego występują zalety mieszanki skopolaminowo-morfinowej. Po wstrzyknięciu, tak jak wyżej podaliśmy, 3—4 strzykawek Pravatza mieszanki, wystarczało w całości 10—20 grm. chloroformu, stosowanego w pewnych odstępach czasu po 1—2 grm. (co ¼, ½, w niektórych przypadkach nawet co godzinę), by utrzymać chorego przez 1—2—3 godzin w bardzo głębokiem uśpieniu. Skutkiem tak małego zapotrzebowania chloroformu odpadają wszystkie te czynniki ujemne, których się tak lękamy przy każdej narkozie chloroformowej. Prócz tego przy użyciu do uśpienia mieszaniny skopolaminowo-morfinowej z dodaniem chloroformu występują jeszcze inne dodatnie strony, mianowicie prócz znacznego zaoszczędzenia chloroformu (82·5%), brak podniecenia; po przebudzeniu czują się chorzy zupełnie dobrze, a co najważniejsze, że uśpienie takie przeprowadzić może pomocnik mniej biegły w narkotyzowaniu. Przy uśpieniu skopolaminowo-morfinowo-chloroformowem pamiętać należy o 3 rzeczach: 1) że dawka najwyższa skopolaminy z morfiną, jakiej użyć wolno, wynosi 0·0021 skopolaminy, a 5 cg. morfiny; 2) że zachowanie się źrenic nie jest żadnym wskazicielem co do ewentualnego stanu, w jakim się chory chorobowo znajduje, gdyż są stale miernie szerokie; 3) pacyent zostaje nierzadko po ukończeniu uśpienia jeszcze przez ½—1 godziny w głębokiem odurzeniu, skutkiem czego należy uważać, by nie nastąpiło uduszenie w tym czasie przez opadnięcie języka.

Mieszankę skopolaminowo-morfinową wprowadzono i do położnictwa z dobrym skutkiem, i to do wywoływania uśpień połowicznych, n. p. przy zbyt silnych bolach porodowych, przy tężcu macicy, przy drgawkach i t. d. Dawka stosowana w położnictwie wynosi ½ mg. skopolaminy + 1 cg. morfiny — 1—2 wstrzyknięć w dłuższych odstępach czasu (1½—2 godziny), czasem dodatkowo trzecia. Efekt każdorazowy po wstrzyknięciu był taki, że rodząca już po pierwszem znacznie się uspokajała, zawsze jednakowoż jeszcze podczas skurczu macicy dość silnie oddziaływała, po drugiem natomiast wstrzyknięciu następował albo zupełny brak odczynu podczas skurczu, lub też rodząca wyrażała uczucie bolu co najwyżej skurczem w twarzy. Autor twierdzi, że działanie skopolaminy z morfiną jest nieszkodliwe dla matki i dla dziecka, jakoteż że nie wpływa ujemnie na kurczliwość macicy, a więc odwrotnie względem działania chloroformu, lub samej morfiny, wreszcie zastanawia się autor nad wskazaniami i przeciwwskazaniami do usypiań skopolaminowo-morfinowych. Wskazanie główne jest tam, gdzie wogóle chloroform i eter są przeciwwskazane. Należałoby tej jedynie mieszanki używać we wszystkich drobniejszych zabiegach operacyjnych, wprowadzić ją do położnictwa, wreszcie należałoby ją uwzględnić w tych przypadkach, gdzie celem złagodzenia bolów używa się morfiny i to przez czas długi. Według autora bezwzględnego przeciwwskazania do użycia mieszanki skopolaminowo-morfinowej — niema; jest ono co najwyżej względne, mianowicie, jeżeli w parę minut po 2 lub 3 wstrzyknięciu tętno staje się przyspieszonem (150), słabo napiętem, a ilość oddechów w minucie spada na 6—8, a oddechy stają się powierzchownymi. W takich razach należy mieszankę bezwarunkowo odstawić. Wreszcie zwraca autor na to uwagę, że rozczynów, stojących dłużej, jak 3—4 dni, używać nie należy, gdyż łatwo ulegają zepsuciu.

Dr. Cetnarowski.

PEDYATRYA. Flexner i Holt. **Bakteryologiczne i kliniczne badania nad biegunkami dziecięcemi i ich stosunkiem do prątka czerwonkowego Shigi.** (New-York, 1904. *Ref. Monatschr. für Kinderh.* 1904, XII). Obszerne dzieło zbiorowe, na które składa się cały szereg pracy lekarzy z N. Yorku, Bostonu, Filadelfii i Baltimore. Punktem wyjścia dla badań była praca Duvala i Basseta, którzy w 42 przypadkach na 53 badanych ciężkich i w 19 na 25 badanych lekkich przypadków biegunek dziecięcych letnich, stwierdzili w stolcach obecność prątka czerwonkowego, a w przeważnej liczbie tych przypadków także aglutynacyjne oddziaływanie na tenże prątek surowicy dzieci chorych. Zresztą część bakteryologiczna zawiera prace Knoxa, Duvala i Shorera, Marty Wollstein, Gay i Stantona, Cordesa, Waitea, Kendalla Lewisa, Basseta, anatomopatologiczną pracę Howlanda i pracę Winnea, tyczącą się aglutynacyi; część kliniczna prace La Fétray i Howlanda, Knoxa, Cordesa Amberga, Freemanna, Warfielda, Hastingsa i Reeda; kończy praca Marty Wollstein z wynikami badań u dzieci prawidłowych. Do części bakteryologicznej objaśnienia i wnioski końcowe napisał Flexner, do części klinicznej Holt. Wszyscy badający w bardzo znacznej liczbie badanych przypadków znachodzili prątki czerwonkowe, ogółem 279 razy na 412. Jako materyał do szczepień bakteryologicznych nadają się najlepiej śluzowe części stolca. Ilość otrzymanych osad była niekiedy bardzo tylko nieznaczną i wtedy etyologiczne znaczenie prątka wątpliwem; zwykle jednak istniała równoległość między obfitością prątka, a ciężkością przypadku. Prątek przebywa może w zdrowym przewodzie pokarmowym, jako saprofit, a dopiero uszkodzenia jelita dają mu sposobność do rozwinięcia pasorzytniczych własności. Możliwem jest jednak także, że chodzi o zakażenie z zewnątrz. Własności pni, otrzymanych w hodowlach, nie zawsze się nakrywały i można tu było odróżnić 3 typy. Anatomicznie tylko rzadko stwierdza się błony rzekome, powierzchowną martwicę błony śluzowej bez błon rzekomych, lub dotknięcie gruczołów odosobnionych i kępek z wytworzeniem drobnych wrzodzików; najczęściej zaś naciek nieznaczny tychże, dający się stwierdzić jedynie drobnowidowo. Klinicznie zakażenie może przebiegać ostro, podostro, przyłączać się do innych chorób, n. p. odry, zapalenia płuc, lub stanowić końcowe cierpienie dzieci wynędzniałych. Wyniki dodatnie przy badaniu bakteryologicznem otrzymuje się najczęściej w ostrych gorączkowych biegunkach, którym Holt chce nadać nazwę „czerwonki dziecięcej“. Resel sądzi, że wszystkie przypadki ze stolcami obficie śluzowo-krwawymi są czerwonką, podobnie te, które wykazują długo śluz. Większość autorów przypisuje oddziaływaniu aglutynacyjnemu surowicy chorych na prątek wielkie znaczenie rozpoznawcze. Co do leczenia surowicą przeciwczerwonkową, to dało ono wyniki mało zachęcające. U dzieci zdrowych, jeżeli się wykluczy wszystkie, które dawniej przebywały zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, nie stwierdza się prątków czerwonkowych.

Lewkowicz.

VI. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Zarys dziejowy

przez

Prof. Dra L. Wachholza.

„... Słońce prawdy wschodu nie zna i zachodu.“
(A. Mickiewicz).

(Ciąg dalszy).

Stosownie do wniosku Wydz. lek. z 12 maja 1861 mianuje Minist. dnia 27 maja 1861 zastępcą prof. med. rządowej na półrocze letnie 1861 Dra Juliana Łuckiego, adjunkta przy katedrze anatomii opisowej, jako najzdolniejszego z ówczesnych młodych lekarzy. W myśl dalszego wniosku Wydz. lek. Najwyższem postanowieniem z 30-go czerwca 1861, mianowany zwyczajnym profesorem medyc.

rząd. Dr. Karol Gilewski z pensyą 1260 złr. rocznie, składa 1 sierpnia przysięgę służbową w Wiedniu, poczem obejmuje z początkiem r. szk. 1861/2 wykłady.

Karol Gilewski, ur. w Czerniowcach 1832 roku, kształcił się w Wiedniu i tamże uzyskał w r. 1856 dyplom Dra med. Jako uczeń Wydz. lek. pełnił obowiązki demonstratora przy Hyrtlu; po uzyskaniu stopnia Dra med. był przez 2 lata wychowańcem zakładu operacyjnego profesora Schuha w Wiedniu; następnie od r. 1859—1861 adjunktem przy klinice lek. radcy dworu prof. Oppolzera. Zostawszy profesorem Uniw. Jagiel., niósł w r. 1863 pomoc lekarską rannym w powstaniu, wskutek czego zdaje się ściągnął na siebie niełaskę Rządu, tak, iż Min. stanu odmówiło mu dekretem z 11 kwietnia 1865 „na razie“ zatwierdzenia w zawodzie nauczycielskim.

Jednem z pierwszych zadań, jakie załatwić przypadło Gilewskiemu, było uregulowanie sprawy, tyczącej się sekcyi sądowych i policyjnych. Dziwna, czy to niechęć, czy też raczej niezrozumienie doniosłego dla nauczania i nauki znaczenia tych sekcyi, była i jest dotąd powodem usilnych starań profesorów medycyny sądowej u władz centralnych i krajowych, aby wykonywanie tych sekcyi było podobnie, jak to już oddawna miało miejsce we wszystkich innych miastach uniwersyteckich monarchii, powierzone wyłącznie profesorom medycyny sądowej. Zarządzenia władz z lat poprzednich musiały pójść przez czas krótkiego urzędowania Kopczyńskiego i Łuckiego w zapomnienie, gdyż w r. 1864 wnosi (zdaje się z inicyatywy Gilewskiego) ówczesny prof. anatomii patologicznej Dr. Ludwik Teichmann prośbę do Ministeryum o usunięcie wielkich nieprawidłowości przy wykonywaniu sekcyi sądowych w prosektoryum zakładu anat. patolog. (dawniej zwanem prosektoryum klinicznem). W prośbie tej podnosi, że sędziowie nie zawiadamiają dzień naprzód o mającej się odbyć sekcyi, że odbywają je w różnych godzinach, nawet wieczorami przy lampie, że sekcyi tych dokonywują obcy lekarze sądowi bez współudziału profesora i uczniów. Wydział lekarski popiera energicznie tę prośbę dnia 20 lutego 1864 r. i wnosi, aby Ministeryum profesora med. sąd. zamianowało, jako najbieglejszego w tym przedmiocie, stałym znawcą sądowym i poruczyło mu wykonywanie sekcyi sądowych za opłatą 600 złr. rocznie. Wskutek tego podania poleciło c. k. Ministeryum reskryptem z 23 października 1864 c. k. namiestnictwu zarządzić wykonanie w prosektoryum anat.-patol. drewnianego przedziału, celem utworzenia osobnej „komórki“ dla odbywania sekcyi sądowych i policyjnych, oraz wyjednać dla profesora medycyny rządowej od miasta materyał do sekcyi policyjnych, które ma on wykonywać za opłatą istniejących taks z funduszu sanitarnego miejskiego. Wreszcie zarządziło c. k. minist. sprawiedl. rozporządzeniem z 17 maja 1865 (L. 4032), aby Sądy wzywały prof. med. rząd. wraz z drugim znawcą do wszystkich sekcyi sądowych jako znawcę, aby go dzień przed sekcyą o niej zawiadamiały, sekcye te o 2 giej godz. po poł. podejmowały, wreszcie za sekcye te wedle obowiązującej taryfy taksy mu wypłacały. W tymże samym czasie oświadczył magistrat krakowski gotowość oddania sekcyi policyjnych profesorowi med. rząd. do wykonywania w obecności fizyka miejskiego, wyznaczając mu za nie stosowną zapłatę.

Pomieszczenie „komórki“, stanowiącej salę do sekcyi sądowych i policyjnych, nie musiało być znośnem, skoro dnia 6 grudnia 1865 bierze Gilewski z urzędu udział w komisyi technicznej w sprawie adaptacyi trupiarni szpitala św. Ducha na salę dla sekcyi sądowych.

W myśl planu nauk medyczno-chirurgicznych z 31 marca 1833, każdorazowy profesor medycyny sądowej był obowiązanym wykładać w zimowych półroczach w godzinach przedpołudniowych każdej niedzieli i święta „publica“, dostępne dla szerokich kół publiczności, o ratowaniu pozornie zmarłych i uległych nagłym wypadkom. Gdy Gilewski obowiązku tego zaniedbał, pociągnięty za to do odpowiedzialności, musiał się wytłómaczyć z tego zaniedbania. Ministerstwo, przyjmując wytłómaczenie to do wiadomości, poleca mu rozporządzeniem z 30 lipca 1865 obowiązku tego pilnie przestrzegać na przyszłość. Tymczasem już z początkiem r. szk. 1865/6 obejmuje on wykłady i kierownictwo kliniki lek., mianowany profesorem tej katedry w miejsce usuniętego Dietla. Na katedrze tej pracuje on do swej śmierci, która nastąpiła wskutek duru osutkowego 15-go czerwca 1871. Gilewski pozostawił po sobie przedewszystkiem pamięć zacnego człowieka, dobroczyńcy ubogich, a zwłaszcza szlachetnego opiekuna uczniów. Na rok przed śmiercią był dziekanem Wydz. lek. Z zakresu medycyny sądowej ogłosił dwie prace: 1) Przypadek sądowo-lekarski: śmierć płodu wskutek uszkodzenia matki. „Przegląd lek.“ 1865, Nr. 36—38 i 2) Uwagi sądowo-lekarskie nad ustępem e § 155 kod. kar. austr. Tamże 1867 Nr. 47.

Dnia 16-go kwietnia 1866 wniósł Wydz. lek. podanie o powierzenie zastępstwa co do wykładów med. rząd. Drowi Michałowi Mohrowi, fizykowi miejskiemu, a minist. wniosek ten zatwierdziło i poleciło Mohrowi wykładać w letniem półroczem 1866 policyę lek. zamiast wykładanej przezeń dotąd policyi weterynarskiej.

O opróżnioną katedrę ubiegali się Dr. Aleksander Kryda z Krakowa i Dr. Stanisław Janikowski z Warszawy.

Aleksander Kryda, ur. w Głogowie koło Rzeszowa w r. 1827, odbył trzyletnie studya w zakresie nauk przyrodniczych w Krakowie i Wiedniu, a uzyskawszy stopień doktora med., pełnił obowiązki asystenta chemii przy prof. Czyrniańskim od roku 1856—1863, wykonywując wspólnie z nim rozbiory chemiczno-sądowe, nadto pomagał prof. Brykowi przy sekcyach sądowych. Na podstawie pracy „Toksykologia sądowa na podstawie anatomii patologicznej oparta“ poddał się w Wydziale lek. habilitacyi, poczem minist. dnia 30 maja 1862 zamianowało go docentem toksykologii sądowej i chemii policyjnej i patologicznej. Odtąd wykładał aż po rok 1866 toksykologię sądową, o rozpoznawaniu plam na ubraniach i narzędziach w praktyce sądowo-lekarskiej i o fałszowaniu środków spożywczych i napojów wraz z sposobami ich wykrycia, dostępnymi dla lekarzy sądowych. Wykłady te cieszyły się u uczniów wziętością. Prócz pracy habilitacyjnej, której dla braku środków nie mógł ogłosić drukiem, wydał „O otruciu fosforem“ — („Przegląd lek.“ 1862, Nr. 32).

Gdy Wydz. lek. przedstawił do nominacyi na prof. med. rząd. Dra Janikowskiego, a podanie Dra Krydy, przesłane wprost do ministerstwa z prośbą o udzielenie jemu tej katedry, nie odniosło skutku, usunął się w r. 1873 od zajęć nauczycielskich, osiadł w Szczawnicy, poświęcając się praktyce lekarskiej.

Stanisław Janikowski, syn Dra Andrzeja, prof. Uniw. Warszawskiego, ur. w Warszawie 6 maja 1833, odbył studya lekarskie w Uniw. Dorpackim i tu uzyskał w r. 1856 stopień doktora medycyny. Po kilku latach dalszych studyów za granicą osiadł w Warszawie, mianowany ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus i odtąd brał żywy udział w ruchu naukowym, jako bibliotekarz Tow. lek. i redaktor „Pamiętnika Tow. lekar. warszawskiego“. Z wiosną 1866 r. zgłosił się do Wydz. lek. w Krakowie, jako kandydat do opróżnionej katedry medycyny sądowej i policyi lekarskiej. Wskutek wniosku Wydz. lek. z 2 i 10 maja mianowany Najwyższem postanowieniem z 23 lipca 1866 zwyczajnym profesorem i zarazem potwierdzony w tym urzędzie z uwolnieniem od taksy, rozpoczyna 17 października 1866 r. swe wykłady z med. sąd. i pol. lek. Pierwsze jego usiłowania zwracają się w tym kierunku, w którym dążyli jego poprzednicy. I tak na wniosek jego uchwala Wydz. lekarski 14 grudnia 1866 domagać się od c. k. Sądu w Krakowie, aby profesor med. rządowej był w myśl rozporz. minist. sprawiedl z 18 marca 1859 (L. 3742 i z 20 sierpnia 1864 (L. 6942) wzywany do wykonywania sekcyi sądowych, zarazem domagać się od magistratu m. Krakowa, aby profesorowi med. rząd. powierzono w myśl rozporz Rządu krajo-

wego z 25 kwietnia 1853 (L. 10753) sekcye policyjno-sanitarne za wynagrodzeniem wedle istniejącej taryfy. W roku 1869 wnosi prof. Janikowski popartą przez Wydz. lek. prośbę do c. k. min. o utworzenie prosektoryum sądowo-lekarskiego i o wyznaczenie stałej dotacyi rocznej w kwocie 50 złr. Dotąd wykonywano sekcye sądowe w prosektoryum klinicznem, mieszczącem się wraz z gabinetem anatomo-patologicznym i kliniką oczną w parterowym budynku, stojącym obok głównego budynku klinicznego. Gdy w tymże czasie zakład anatomii patologicznej przeniesiono do realności nowo nabytej przy ul. Kopernika Nr. 12 (Collegium anatomicum), zatem była chwila sposobna do oddania prosektoryum klinicznego na cele medycyny sądowej. Ponieważ jednak prosektoryum to było już podówczas bardzo zniszczone, przeto dziekan Wydz. lek. Dr. Piotrowski zwrócił się do c. k. min. imieniem Wydz. lek. i prof. Janikowskiego pismem z 28-go stycznia 1870 r. z prośbą o przerobienie ubikacyi w tym samym budynku, obok kliniki położonym, które dotąd zajmowała pracownia chemii patologicznej, przeniesiona również do realności przy ulicy Kopernika L. 12, na cele katedry med. rządowej. Dnia 30 marca 1870 domaga się Wydz. lek. na wniosek prof. Janikowskiego nadzwyczajnej dotacyi na urządzenie nowego prosektoryum w kwocie 150 złr. i zatrzymanie dotacyi rocznej w kwocie 50 złr. W ten sposób uzyskał prof. Janikowski wprawdzie niedostateczne i nader pierwotne, w każdym jednak razie odrębne prosektoryum, dla którego urządzenie sprawił za kwotę 250 złr., t. j. 150 złr. nadzwyczajnej i 100 złr. zwyczajnej dotacyi za r. 1870/1 i 1871/2. Wskutek dalszych, podówczas bardzo trudnych, lecz niestrudzonych zabiegów uzyskał prof. Janikowski rozporz. c. k. min. z 24 kwietnia 1874 na lat trzy zwyczajną dotacyę w kwocie 100 złr. rocznie, a dotacyę tę zachował rząd w tejże wysokości aż do r. 1882.

Z pisma c. k. namiestnictwa z 2 czerwca 1879, dowiadujemy się, że inwentarz zakładu, a raczej prosektoryum med. sąd., wynosił w końcu r. 1878 130 sztuk. Jeszcze jeden wniosek, nader ważny dla katedry med. sąd., choć nie załatwiony, zawdzięczać należy prof. Janikowskiemu, t. j. wniosek, uchwalony przez Wydz. lek., aby c. k. min. ośw. i sprawiedl. mianowały każdorazowego profesora med. rząd. stałym prosektorem sądowym. Bezprzykładna pracowitość, umiłowanie swego ściślejszego i ogólnego zawodu, pociągnęły za sobą szereg zasłużonych odznaczeń, jakich dostąpił prof. Janikowski. I tak oprócz godności dziekana Wydz. lek. i komisarza rządowego przy egzaminach ścisłych (w r. 1880/1) był on nadzwyczajnym członkiem Akad. Um., wiceprezesem „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich,“ członkiem Tow. lek. krak., warszaw., wileńskiego, galicyjskiego i podolskiego, wreszcie prezesem Towarz. lek. krak. i przewodniczącym Wydziału gospodarczego III-go Zjazdu lek. i przyrod. polskich. Był on nadto redaktorem „Przeglądu lek.“ i założycielem, oraz redaktorem krótko tylko istniejącego „Dwutygodnika med. publ.“. Zmarł dnia 21 kwietnia 1881, nabawiwszy się jako komisarz przy egzaminach ścisłych duru osutkowego. (C. d. n.)

VII. Listy otwarte.

Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy uchwalił jednomyślnie na posiedzeniu w dniu 16 stycznia b. r. wyrazić serdeczne i gorące podziękowanie:

1. Koledze Dr. Starzewskiemu, dyrektorowi szpitala lwowskiego, za wprowadzenie używania znaczków receptowych w tamtejszych ambulatoryach szpitalnych i klinicznych;

2. Koledze Profesorowi Odonowi Bujwidowi za używanie znaczków receptowych na przesyłkach surowic.

Sekretarz: *Dr. Langie.* Prezes: *Dr. Jordan.*

Na fundusz wdów i sierót przy Tow. Samopomocy lekarzy złożył kol. Dr. Soniewicki ze Starego Sambora siedmdziesiąt dwie koron, jako nieprzyjęte honoraryа od c. k. weterynarza powiatowego p. M. O. i od Kasy chorych w Spasie.

Dr. Langie, generalny sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 26 stycznia.

* Los wychodźtwa za ocean pod względem narodowościowym pozostaje jeszcze nierozwiązaną zagadką. Osady południowo-afrykańskie, przeważnie w zbitym kompleksie, przebywając w nader rozsianem i nieobdarzonem siłą pochłonną środowisku ludności tubylczej, zachowują, jak n. p. Boerowie, swoje cechy narodowe i pielęgnują, co jest najważniejsze, swój związek duchowy z umysłowem ogniskiem w ojczyźnie. Wprost przeciwnie mają się rzeczy z wychodźtwem do Ameryki, gdzie, według słów najlepszych znawców tych spraw, już w drugiem lub trzeciem pokoleniu wychodźcy wszystkich narodów stają się amerykanami, a wyjątki nie są w stanie zaprzeczyć zasadzie. Ten proces zanikowy powstrzymać może kilka czynników, do których należą: gromadne osiedlanie się jednostek tej samej narodowości, stowarzyszanie się w związki zawodowe, literacko-naukowe, sportowe i t. d., rozwój dziennikarstwa i zbliżenie związków amerykańskich do stowarzyszeń o takich samych celach w kraju.

Przechodząc do zawodu lekarskiego, dowiadujemy się, że w Stanach Zjednoczonych przebywa do 200 lekarzy polskich, a z tych w samem Chicago mieszka 35, zorganizowanych w „Towarzystwo polskich lekarzy w Chicago“. Czy Towarzystwo to mogłoby stać się jądrem, na któremby skrystalizował się cały ogół polskich lekarzy w Ameryce w jedną organizacyę stanową i naukową? na to pytanie, dla nieznajomości faktycznego stanu rzeczy odpowiedzieć nie potrafimy; natomiast mamy głębokie przekonanie, że działalność naukowa samego Towarzystwa lekarskiego w Chicago powinna znaleźć pełny wyraz w głównem ognisku duchowego życia narodu, t. j. w kraju. Skwapliwie też przyjęliśmy zwrócone ku nam życzenie, „ażeby Przegląd lekarski więcej zainteresował się Ameryką“ i ażeby, stając się niejako „organem Towarzystwa polskich lekarzy w Chicago“, pomieszczał sprawozdania z posiedzeń tego Towarzystwa w swoich łamach: z całą gotowością podejmujemy się tego zobowiązania w tem silnem przekonaniu, że służenie tego rodzaju wszystkim towarzystwom lekarskim polskim, istniejącym po za granicami kraju i nie posiadającym własnego organu, jest znaczną i nie najmniejszą częścią posłannictwa i zadania pisma polskiego.

* Do zarządu „Towarzystwa polskich lekarzy w Chicago“ na r. 1905 wybrani zostali: prof. W. A. Kuflewski — prezesem; Dr. Sieminowicz — wiceprezesem; Dr. F. Kalaciński — sekretarzem; Dr. Pietrzykowski — skarbnikiem.

* Docent uniwersytetu wiedeńskiego, Dr. Henryk Halban, mianowany został profesorem nadzwyczajnym psychiatryi i neuropatologii w Uniw. lwowskim.

* Uchwałę krak. Wydziału lekarskiego, mianującą Dr. Stanisława Drobę docentem bakteryologii, zatwierdził minister oświaty.

* Czytelnia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego posiada w tej chwili przeszło 40 czasopism lekarskich polskich, czeskich, kroackich, rosyjskich, francuskich i niemieckich. O ile słyszeliśmy, jest zamiar znacznego pomnożenia liczby pism, zwłaszcza miesięczników i kwartalników.

* Posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się w dniu 4 lutego b. r.

* Między 1 a 7 stycznia 1905 doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim, dolniańskim, jaworowskim, kamioneckim, kołomyjskim, myślenickim, przemyślańskim, staro samborskim, stryjskim, tłumackim, zaleszczyckim po jednej gminie i 2 przypadki w mieście Lwowie.

Mianowania i odznaczenia. Doc. higieny w Berlinie Dr. Wolpert otrzymał tytuł profesora. Doc. anat. patolog. Dr. Kaiserling otrzymał tytuł profesora w Berlinie. Dr. Rollé mian. został prof. kliniki okulistycznej w Lugdunie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. van Aubel, b. prof. sądowej medycyny, zmarł w Leodyum. Prof. Abbé, znakomity fizyk, który położył wielkie zasługi przez udoskonalenie mikroskopu, zmarł w Jenie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 2. Bełkowski i Starkiewicz: O zachowaniu się roztworów kwasów wlanych do żołądka. Dembiński: Przyczynek do badań nad subsiancyą uczulającą (sensibilisatrice) prątka gruźliczego.

— *Medycyna* Nr. 2. Palmirski i Zebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwbłoniczej. Mutermilch: Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kw. moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaetetické therapii* Nr. 1. Scherer: Eclampsie ve věku dětském. Niederle: Neuralgia nervi buccinatorii.

— *Liečnički Vicstnik* Nr. 1. Durst: Carcinoma portionis vaginalis uteri gravidi. Sectio caesarea vaginalis sec. Dührssen et extirpatio uteri totalis vaginalis. Spiller: Slučaj neosnovane sumnje zadavljenja.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 3. Maixner: Některe zkušenosti o angina pectoris (c. d.). Hynek: Röntgenotherapie leukaemie. Vanýsek: Čtyři případy aneurysmatu aorty s kompressi arteriae pulmonalis (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 3. Auvray: Pęknięcie urazowe nerki i resekcya brzegu chrząstkowego klatki piersiowej. Siccard: Odruch skórny brzucha w przebiegu duru brzusznego i zapalenia wyrostka robaczkowego u dziecka. Romme: Ciężar gatunkowy ciała i wczesne rozpoznanie rozmiękczenia kości.

— Nr. 4. Foutoynont i Jourdran: Wrzód „malgache“ (wrzód żrący krajów gorących) i jego leczenie. Tuffier: Surowica nieswoista użyta do leczenia guzów (nowotworów).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 5. Fraenkel: Wpływ alkoholu na wrażliwość królików do wytwarzania bakteryi. Baumgarten i Hegler: O uodpornieniu przeciw gruźlicy. Umber: Wydzielanie soku żołądkowego u człowieka po gastrostomii przy żywieniu pozornem i drogą jelita odchodowego. Bickel: Doświadczalne badania soku żołądkowego. Halberstaedter: Działanie promieni Roentgena na jajniki Klein: Kazuistyczny przyczynek do leczniczego stosowania przeciwpaciorkowcowej surowicy Aronsona. Eulenburg: O schorzeniach nerwowych i umysłowych po wypadkach, wywołanych elektrycznością (dok.). Reitzke: Uwagi nad drogami zakażenia w gruźlicy płucnej.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 3. Grünberg. Przyczynek do kwestyi własności aglutynujących surowicy durowej na „paratyphus“ i pokrewne bakterye. Selter: Rozpoznanie duru zapomocą „Typhusdiagnosticum Fickera“. Flatau i Wilke: O „Typhusdiagnosticum Fickera“. Eichler: Spożytkowanie „Typhusdiagnosticum Fickera w krajach podzwrotnikowych. Deneke: O mniemanym „wewnętrznym leku odkażającym“ gryzerynie. Heil: Poród kleszczowy. Maas: Przypadek wścieklizny ludzkiej. Rottenstein: Ciężki przypadek tężca. Theilhaber Patologia i terapia przewlekłego zapalenia trąbek (dok.). Bruns: Próby odkażania przy tęgoryjcu (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 3. Hinterstoisser: Chirurgiczne leczenie modzelowatego, przedziurawiającego wrzodu żołądka. Oppenheim: Skombinowane jodowo-chinowe leczenie tocznia rumieniowego podług Hollandra i niektóre objaśnienia tego leczenia. Spitzy: O ogólnej technice plastyki nerwów. Fraenkel: W sprawie konstytucyi chorych na raka.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 3. Leube: W sprawie białkomoczu fizyologicznego. Kraus: Uwagi nad czynnościowem rozpoznaniem chorób serca. Schmidt: Leczenie nawykowego zatwardzenia. Włosogłówka (*trichocephalos*) przyczyną śmierci. Casper: Rozpoznanie i leczenie gruźlicy nerek. Bürkner: Leczenie schorzeń nerwowych ucha. Rubinstein: Przypadek osobliwy czynności zastępczych.

Redakcya otrzymała. Grossek: O gimnastyce zdrowotnej. Borzymowski: Trzy przypadki zeszycia ran serca i teorya zeszywania ran serca.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 3 (od dnia 15/I do 21/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 39, dziew. 36; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 25, kob. 28; zamiejscowych: męż. 15, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. , 10 ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 8, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 8, ob. —. 21) nowotwory: miej. 5, ob. 4. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 14, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem:** miejscowych 53, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 1 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem kolega Dr. T. Żeleński wygłosi dwa odczyty: I. O stosowaniu pasteuryzacyi mleka w użytku domowym (z demonstracyą przyrządu do pasteuryzacyi systemu Contant). II. Sztuczne i mieszane żywienie niemowląt a instytucya „Kropli mleka“ *(Goutte de lait)* we Francyi.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Aqua ferro-calcea „Terlik“. Wobec szerzącej się coraz więcej gruźlicy ważne są środki, działające korzystnie na ustrój już w najwcześniejszych okresach suchot, gdy dopiero szczyty płuc są zajęte. Dlatego należy zwrócić uwagę lekarzy na przetwór, wprawdzie nie nowy, ale mało znany, mianowicie aqua ferro-calcea „Terlik“. Składa się on z ferrum pyrophosphoricum, calcium phosphoricum, gliceryny (dla trwałości) i nastoju korzennego (corrigens). Wapno w połączeniu z żelazem działa wprawdzie korzystnie, porzucono je jednak z powodu pewnych stron ujemnych. Tych aqua ferro-calcea nie posiada: jest łatwo strawna, ma dobry smak, nie psuje zębów i nie upośledza łaknienia. Szczegóły patrz w ogłoszeniach.

Rok XLIV. Kraków 4 Lutego 1905. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej Prof. Pfaundlera w Gracu.

O rozpuszczalności kwasu moczowego w surowicy.

Podał

Dr. Henryk Trenkner.

Pojęcie „artrytyzmu“ czyli skazy dnawej (inne synonimy: „uricemia“, „lithemia“) zostało wprowadzone do nauki przedewszystkiem przez szkołę francuską i znalazło zwolenników dotychczas pośród niektórych autorów amerykańskich, angielskich i włoskich. Szkoły niemieckie pojęcia tego nie uznają i dotychczas zwalczają je nie bez powodzenia.

Pojęcie „artrytyzmu“ opiera się przedewszystkiem na danych klinicznych i ma oznaczać pewne zboczenie ustrojowe (konstytucyjne). Wszelakoż w samej nazwie i jej synonimach zawierają się już pewne wskazówki co do fizyologiczno-chemicznych podstaw tej „skazy“.

„L'arthritisme“, powiada Leullier, „est une bradytrophie avec une production d'excréta, que nous avons groupés sous le terme commun d'uricémie.“ Dziedziczność ma być zazwyczaj odległą przyczyną skazy moczanowej. „Badając przodków dzieci, dotkniętych wypryskiem dnawym“, powiada Comby, „często możemy wykazać pomiędzy nimi jednostki, dotknięte objawami „neuro-artrytycznymi“, dermatozami, nerwobolami i nerwicami, dychawicą, dną, cukrzycą, kamicą żółciową, ludzi cierpiących na otyłość, migreny, krwawnice“.

Według wzmiankowanej szkoły „artrytyzm“ odgrywa nader poważną rolę w patologii chorób dziecięcych: „limfatyzm“, niedokrewność, ogólny przerost gruczołów chłonnych, leniwe lub odwrotnie przyśpieszone tętno, przerost serca, niemiarowość i kołatanie serca (*coeur uricémique*), kurczowa sapka (*coryza spasmodi que*), krwotoki z nosa, nieżyt letni (*catarrhus aestivus*), skurcze głośni, nieżyty krtani, duszność, dychawica, nawały do płuc, ból klatki piersiowej na tle dny (*pleurodynia arthritica*), zapalenie opłucnej; dalej brak łaknienia, łaknienie skażone, kurcz gardziela, cuchnienie z ust, gorączka dnawa, parcie na stolec, nieżyt błoniasty jelita, żylaki krwawnicowe, kamica jelitowa, rozszerzenie żołądka, okresowe bole głowy, gorączka gastryczna, kolki jelitowe, *albuminuria orthostatica intermittens*, cukrzyca, uraturya, fosfaturya, polyurya, moczenie nocne, zapalenie pęcherza i cewki moczowej na tle dny, kamica nerkowa i pęcherzowa, kolka nerkowa, nerka ruchoma, zapalenie sromu, zlepienie się (*adhaerentia*) warg mniejszych sromu, zaburzenia w miesiączkowaniu i krwotok miesiączkowy, lęk nocny, kiwaczka (*spasmus nutans*), kurczowa szyja skośna, rwa i ból głowy mocznicowy, neurastenia, wymioty okresowe, usposobienie do pląsawicy i histeryi; prosówka (*miliaria*), rumień wielopostaciowy, pocenie się skąpe lub nader obfite, pokrzywka, świerzbiączka, ostry obrzęk powiek, łupież głowy, łojotok, zrogowacenie włosów (*keratosis pilaris*), skóra sucha (*xerodermia*), łuszczyca, trądzik kropkowany (*acne punctata*), wyprysk dnawy, bole stawowe na tle skazy moczanowej, puchlina stawowa, szyja skośna, postrzał, ból kości i t. d. i t. d. — wszystko to ma być objawem „artrytyzmu“, czyli skazy moczanowej. Umyślnie podaję ten krótki wyciąg z publikacyi Combyego: „Arthritisme chez les enfants“ (*Archives de médecine des enfants*“ *V, 1902. 1 i 2)*, aby wykazać, jak szerokie zastosowanie według tego autora znajduje omawiana skaza w patologii chorób dziecięcych. Jeżeli nawet przypuścimy, że zupełnie trafne jest spostrzeżenie kliniczne, według którego istnieje pewien typ patologiczny, szczególnie skłonny do tych lub innych zaburzeń, posiadający nawet swoje odrębne wejrzenie (*habitus*), — to jednak nastręcza się pytanie uzasadnienia samego pojęcia „artrytyzmu“ i skazy moczanowej z punktu fizyologiczno-chemicznego. Przedstawiciele omawianej szkoły podają tylko 2 podstawy, usprawiedliwiające nazwę skazy: dziedziczność (istnienie dny lub chorób pokrewnych (?) u przodków) i zwiększoną ilość moczanów w moczu (względnie kale), t. zw. „artrytyków“. Pomijając już to, że przedstawiciele tej teoryi nie podają przeważnie żadnych bliższych danych, dotyczących owej wzmożonej uraturyi, bardzo sumienne i ścisłe badania Goepperta z kliniki wrocławskiej, podjęte z racyi tejże skazy moczanowej, wykazują dostatecznie, że ilość moczanów w moczu zależy od zbyt wielu czynników, aby na tych niepewnych danych opierać teoryę skazy. Badań krwi, o ile mi wiadomo — żaden z przedstawicieli omawianego kierunku dotychczas nie czynił.

Jeżeli przyjąć powinowactwo między t. zw. „artrytyzmem“ a dną nożną (podagrą), to i tu i tam powstaje pytanie, co może być przyczyną zwiększonej ilości kw. moczowego we krwi, względnie wydzielania go w postaci złogów (*tophi*). Przyczyny zwiększonej ilości kwasu moczowego mogą być różne:

1. wzmożona wytwórczość kwasu moczowego;
2. niedostateczne jego wydzielanie;
3. niedostateczny rozkład wytworzonego kwasu moczowego;
4. kilka z powyższych czynników może działać jednocześnie.

Co się tyczy punktu drugiego, to bardzo sumienne badania wykazały, że wydzielanie kwasu moczowego u dnawych wogóle nie przedstawia nic cechującego; jedynie w czasie napadu zazwyczaj (aczkolwiek nie zawsze) bywa spotę-

gowane; natomiast w okresie przednapadowym może być nieco mniejsze.

Co się tyczy wzmożonego wytwarzania kwasu moczowego (punkt 1), to dotychczasowe badania nie dają na to pytanie stanowczej odpowiedzi. Zdaniem Wienera możnaby jedynie myśleć o spotęgowanem wytwarzaniu kw. moczowego drogą syntezy, nie zaś skutkiem utleniania, gdyż niema żadnych danych do przypuszczenia wzmożonego rozpadu jąder komórek. Skazie dnawej nie towarzyszy leukocytoza, jak również nie spostrzegamy wzmożonego rozpadu tkanek. Spotęgowany rozpad ciał nukleinowych pociągnąłby za sobą również zwiększone wydzielanie kwasu fosforowego, czego badania (Kaufman i Mohr) nie stwierdzają; co najwyżej pozostałoby do przypuszczenia, że powstały tą drogą kwas fosforowy znajduje inne zastosowanie. Natomiast, twierdzi dalej Wiener, możnaby myśleć o nadmiernem wytwarzaniu kwasu moczowego drogą syntezy. W tem znaczeniu możnaby wytłómaczyć związek, którego się dopatrują między dną a oksaluryą, jeżeli się uwzględni, że synteza kw. moczowego powstaje przez przyłączenie dwóch resztek mocznika do dwuzasadowego kwasu, przyczem jedna część tego ostatniego może przejść w ustroju w kwas szczawiowy.

Zwiększona ilość kwasu moczowego we krwi może pochodzić również z niedostatecznej destrukcyi kw. moczowego, wytworzonego przez ustrój (punkt 3). Aczkolwiek dotychczas nie mamy żadnych danych, przemawiających za tem przypuszczeniem, to jednak niema żadnych dowodów przeciw.

Badania, wykonane w ostatnich czasach zapomocą metod ścisłych, podają następujące zawartości kw. moczowego we krwi dnawych. Klemperer w 3 przypadkach w okresie napadu dny znalazł 0.067 — 0.088 — 0.091 na 1000 ctm.^{3} krwi; we krwi ludzi zdrowych nie udało mu się zupełnie wykryć kw. moczowego. Magnus Levy podaje 2·1—10 mg. na 100 ctm.^{3} krwi dnawych.

Jakie jednak znaczenie posiada wzmożona zawartość kw. moczowego we krwi dnawych, dotychczas nie jest wytłómaczone. To tylko pewne, że samo przeładowanie krwi kw. moczowym nie może być przyczyną powstawania jego złogów (*tophi*), albowiem nie może być mowy o zwykłem chemicznem przesyceniu krwi kw. moczowym. W r. 1895 ogłosił Klemperer wyniki badań swoich nad rozpuszczalnością kw. moczowego w surowicy ludzi zdrowych i dnawych. Badań dokonanych było 6: 3 dotyczyły surowicy prawidłowej, 3 zaś surowicy dnawych. Oto odnośne liczby:

W 100 ctm.^{3} surowicy ludzi zdrowych rozpuszczono:

z krwi	39 l. mężczyzny	0.1666
„	45 „ „	0.1740
„	18 „ chłopca	0.1710

w 100 ctm.^{3} surowicy dnawych w czasie napadu 0.1266 — 0.1400 — 0.1800 grm. kwasu moczowego

Na podstawie tych wyników dochodzi Klemperer do wniosku, że skoro surowica dnawych jest w stanie rozpuścić w sobie nawet więcej kwasu moczowego, niż surowica ludzi zdrowych, to o przesyceniu krwi kw. moczowym nie może być mowy; nadto, samo zwiększenie zawartości kw. moczowego we krwi dnawych nie może być uważane za przyczynę powstawania złogów. Klemperer stawia hipotezę, że w dnie nieznana bliżej istota prowadzi do obumarcia tkanek; zaś powinowactwo chemiczne obumarłych wskutek dny tkanek do kw. moczowego może być w pewnych warunkach tak wielkie, że krew nie jest w stanie utrzymać go w roztworze.

Przypuszczenie Klemperera, o ile mi się zdaje, zbyt mało uwzględnia bio-chemiczne właściwości surowicy, względnie krwi, t. j. tego środowiska, w którem kw. moczowy jest rozpuszczony. Wprawdzie w tejże pracy Klemperer ogłasza wyniki badań swoich nad zasadowością krwi chorych na dnę i białaczkę [1]), lecz uwzględnienie tego jednego czynnika wydaje mi się niewystarczającem. *A priori* można przypuszczać, że skład chemiczny surowicy (krwi) nie jest czemś stałem, określonem, lecz przeciwnie ulega ciągłym wahaniom, to zaś musi odbić się na jej własnościach fizyko-chemicznych, w danym wypadku na zdolności rozpuszczania i utrzymywania w roztworze kw. moczowego. (Dok. nast.)

* * *

II. O lekarzach w Babilonii i o czynności ich wchodzącej w zakres okulistyki.

Na podstawie nieznanego dotąd źródła,

napisał

Prof. Dr. E. Machek.

(Dokończenie).

A teraz przytoczę trzy dalsze paragrafy, dotyczące lekarzy, (§ 218, 219, 220), należące do prawa karnego.

§ 218. „Jeżeli lekarz zada człowiekowi ciężką ranę nożem bronzowym i śmierć tegoż sprowadzi, albo jeżeli nagabti człowiekowi nożem bronzowym uczyni, a oko tego człowieka zniszczy, należy mu ręce odciąć“.

Na pierwszy rzut oka barbarzyńskie a surowe zagrożenie lekarzowi karą, tak ciężką, zdaje się kłam zadawać pochwałom o mądrości kodeksu Hammurabiego, a jednak jak z toku rzeczy wyniknie, tak nie jest.

§ 219. „Jeżeli lekarz zada ciężką ranę nożykiem bronzowym niewolnikowi, który jest własnością muskenu, i zabije go, da niewolnika za niewolnika“.

Paragraf ten zdaje się bronić praw ubogich, jakimi byli muskeni. Jeżeli lekarzowi zmarł po operacyi niewolnik który był własnością wolnego obywatela a bogatego, kodeks nie nakazuje lekarzowi zwracać niewolnika, lub zapłacić za niego; jeżeli skutkiem operacyi zmarł niewolnik, który był własnością muskenu, a więc niezamożnego obywatela, musiał mu go zwrócić.

§ 220. „Jeżeli zaś u tegoż (niewolnika, który jest własnością muskenu) nagabti nożem bronzowym przetnie, a oko zniszczy, płaci połowę ceny tegoż (niewolnika)“. Widocznie tylko połowę ceny, dlatego, że niewolnik przez utratę jednego oka stracił tylko połowę na wartości. Zdaje się, że w razie gdyby niewolnik nie był własnością ubogiego muskenu, lecz własnością zamożnego obywatela, lekarz nieby nie płacił. Tu prawo broni mniej zamożnych.

Podczas, kiedy paragrafy 219 i 220 są jeszcze możebne, jeżeli się zważy, że miały moc prawną w czasach, w których wykonywanie sztuki lekarskiej było, jak się

[1]) Klemperer otrzymał wartości niższe od prawidłowych, lecz sądzi, że „bądź co bądź nie są one tak nizkie, aby mogły wytłómaczyć wykrystalizowywanie się kwasu moczowego“.

zdaje, przeważnie zarobkiem, w których pomoc lekarska nie płynęła z obowiązku niesienia pomocy potrzebującemu, w których może społeczeństwo miało tu i owdzie powód i potrzebę drogą prawa bronić się przed wyzyskiem, a może zbrodnią, to § 218 musi się zdawać przecież zbyt surowym. I rzeczywiście takby było, gdyby go według litery prawa stosowano.

Tu jednakże naprzód uwzględnić należy, że już niejako z procedury karnej ustawodawstwa Hammurabiego wynika małe prawdopodobieństwo wykonania takiego wyroku. W owych czasach oskarzycieli publicznych nie było, a przed sąd, który wyrok wydawał, pozywała strona poszkodowana. W pierwszych pięciu paragrafach ustalona jest niejako wspomniana procedura postępowania karnego i ustalona obrona tych, których oskarzono. Zasady: Jeżeli ktoś oskarza drugiego o zabicie, a zbrodni i winy nie udowodni, tego, który oskarzał, należy zabić (§ 1); — kto fałszywie zeznaje „w sporze, w którym chodzi o życie“, tego na śmierć się skazuje (§ 3). Zdaje się, że kto oskarza o to, że chory skutkiem operacyi umarł, albo stracił oko, naraża się w razie, gdyby sąd uznał, że tak nie było, na podobną karę, jaka groziła lekarzowi, chociaż wyraźnie tego w kodeksie nie powiedziano. Spodziewać się należy, że każdy dobrze się namyśli, zanim lekarza oskarzy, i że sąd tylko w przypadkach widocznej winy lekarza, a prawdopodobnie tylko w przypadkach gorszących, mógłby go wogóle zasądzić.

Wreszcie, według H. Müllera istniała tak zwana kombinacya co do kary. Polega ona na tem, że w razie n. p. zasądzenia na karę cielesną, jaką było odjęcie ręki, może zasądzony do pewnego stopnia, naturalnie znowu w przypadkach niegorszących, wykupić się. Zdaje się tedy, że prawdopodobieństwo wykonania tego surowego prawa w dosłownem znaczeniu należało do bardzo rzadkich wyjątków.

A jednak pomimo to § 218 musiał na rozwój medycyny operacyjnej wpływać bardzo niekorzystnie. Który bowiem lekarz wobec tak ciężkiej odpowiedzialności narażiłby się na niebezpieczeństwo, połączone z wynalezieniem nowych, a niebezpiecznych operacyi? Prawdopodobnie powolny rozwój, a późniejszy wczesny upadek medycyny spoczywa właśnie w tym, jakbyśmy dziś powiedzieli, niepostępowym sposobie zapatrywania się społeczeństwa na czynność lekarską, ujawniającym się właśnie w tym karnym paragrafie. Medycyna operacyjna, mająca — jak widzimy — u Babilończyków już pewne i to niepoślednie znaczenie, w starożytnym świecie zanika. Ani u Żydów, ani u Egipcyan, a nawet w pierwszych wiekach wystąpienia Greków, w każdym razie 1000 i 1500 lat później, chirurgia niema tego znaczenia, jakie miała w Babilonie za czasów Hammurabiego, co tem godniejsze jest uwagi, że cywilizacya Zachodu wzbogacała się na każdem polu dorobkiem Babilonu i Assyryi.

A teraz powracamy do wyjaśnienia, czem była choroba nagabti, i na czem polegała jej operacya.

Według H. D. Müllera[10]) „na-gab-ti“ znaczy tyle, co „nagbu“, t. j. głębia, zagłębienie, źródło, otwór. Słowo „nagabti“ w kodeksie napotykamy wyłącznie tylko, jeżeli jest mowa o oku. Operacya tedy polegała na zadaniu otworu. Domysł zatem Scheila i Winecklera, że tu chodzi o operacyę zaćmy, zdaje się uzasadniony, a wysokie wynagrodzenie, które prawo zapewnia lekarzowi, domyślać się każe, że prawodawca miał na myśli poważną, a w skutkach doniosłą dla chorego operacyę.

Znając jednakże § 218, który nakłada tak ciężką karę na lekarza, który nożem bronzowym przetnie nagabti, wątpić należy, czy operacya nagabti jest operacyą zaćmy. Który okulista operowałby dziś zaćmę, pomimo nożyka Graefego, a nie bronzowego i pomimo innych udoskonalonych narzędzi, aseptyki, postępowania przeciwgnilnego itd., gdyby chory w razie nieudałej operacyi mógł lekarza skarzyć o utratę oka? Trudno lekarzy, społecznie tak wysoko postawionych, uważać za desperatów, albo uznawać, że prawo na to jest ustanowione, aby co chwila było niewykonywane. Zagrożona w § 218 kara nawet według pojęć karnych ówczesnych tylko w takim razie rozsądną być mogła, jeżeli chodziło o operacyę, co do której lekarz w zwykłych warunkach mógł być pewnym, że oko wyleczy. Jest natomiast inna choroba, zdarzająca się bardzo często u mieszkańców Wschodu, a także dość często u naszej semickiej ludności, która to choroba wymaga leczenia operacyjnego, a operacya polega na przecięciu, a więc zadaniu otworu, głębi, z której się potem sączy ropa, jakby woda ze źródła. Jest nią ropne zapalenie woreczka łzowego (*dacryocystitis*). Operacya nagabti, to właściwie operacya ropnia woreczka łzowego, a więc nasza operacya według Petita. Otóż ta operacya nie jest niebezpieczna i nie zdarzy się, aby ktoś po przecięciu ropnia woreczka łzowego utracił oko. Byćby mogło, że ktoś cierpiący na ropne zapalenie woreczka łzowego przyszedł do lekarza już ze zropiałem, lub niewidzącem okiem z innego powodu, czego wobec obrzmienia powiek nie widać. Lecz w takim razie lekarz dostatecznie się zabezpieczył, jeżeli przy świadkach przed operacyą podniósł obrzmiałą powiekę i stwierdził, że oko już zropiało, lub że nie widzi; toby wystarczyło, aby go do odpowiedzialności nie pociągano. Jeżeli zaś oko widziało, mógł ze spokojem wykonać naszą dzisiejszą operacyę według Petita i zapewnić chorego, że oka nie straci. Pokazuje się tedy, że tak co do chirurgów, jeżeli chodziło o mniejsze operacye, jak i co do okulistów, jeżeli nagabti znaczyło ropne zapalenie woreczka łzowego, prawo nie było bezmyślnie surowem.

Z drugiej strony i na to zwrócić muszę uwagę, że ostre zapalenie woreczka łzowego, połączone z gwałtownymi bolami i silnem obrzmieniem powiek i twarzy, przedstawia się jako poważna choroba, a jak wiadomo, bolesność i obrzmienie po przecięciu ustępują. Nieczysto utrzymane oczy przy śluzoropotoku woreczka łzowego mogą być przyczyną owrzodzeń rogówki i ślepoty, a to szczególnie w klimacie gorącym, w którym, jak dziś wiemy, szkodliwe działanie chorobotwórczych ustrojów jest cięższe w skutkach. Wyleczenie tedy nagabti, wymagające nadto po operacyi opatrywania rany przez czas dłuższy, przedstawiało, jak na owe czasy, doniosłą lekarską, ważną dla chorego czynność.

O zapaleniu woreczka łzowego wspomina także papyrus Ebersa (1550 l. przed Chr.)[11]), który tę chorobę na-

[10]) J. w. p. 156

[11]) Georg Ebers: Das hermetische Buch von den Arzneimitteln der alten Aegypter. Glossar von L. Stern. Leipzig, 1875.

zywa „chnt m fnt"; jak wiadomo, Egipcyanie opuszczali samogłoski, oko n. p. pisali „mrt". O operacyi tej choroby w egipskiej medycynie niema wzmianki [12]).

Już po napisaniu tej rozprawy i po jej wygłoszeniu w lwowskiem Towarzystwie lekarskiem, znalazłem krótką uwagę Hirschberga [13]), dotyczącą nagabti, z której najważniejszy ustęp tu przytaczam: Słowo nagabti może znaczyć jama, albo szpara. Chodzi o oko „*der Gedanke an die Staar-Operation liegt also nahe*". „Ja sądzę", tak pisze, „że nagabti to *fistula sacci lacrymarum*, względnie obrzmienie, garb Arabów". Stwierdzam wobec tego, że Hirschberg był pierwszy, który domyślił się właściwego znaczenia nagabti.

Kodeks wspomina także o weterynarzach i postrzygaczach. Weterynarzy nazywa lekarzami wołów lub osłów, mówi o ich czynności i naznacza za nią wysokość zapłaty. Jasnem jest, że lekarze i weterynarze stanowili, tak jak dziś, dwa pokrewne wprawdzie, ale odrębne zawody. § 224 opiewa: „Jeżeli lekarz wołów zada ranę wołu lub osłowi, a zwierzę wyleczy, zapłaci właściciel wołu albo osła jedną szóstą sykla srebra". § 225. „Jeżeliby zaś skutkiem rany zwierzę zginęło, zapłaci lekarz czwartą część wartości właścicielowi wołu lub osła".

Paragrafy 226 i 227 dotyczą postrzygaczy, a układ kodeksu, który wymienia ich po lekarzach i weterynarzach wykazuje, jak już wyżej wspomnieliśmy, że jak za naszych czasów, tak i w Babilonii, postrzygacz obok strzyżenia i golenia pełnił także inne niższe czynności pomocnicze lekarskie.

§ 226 opiewa: „Jeżeli postrzygacz bez wiedzy właściciela naznaczy niewolnika znakiem niesprzedajnego, (niewolnika, a więc już wyzwolonego), należy postrzygaczowi ręce odciąć".

§ 227. „Jeżeli człowiek w błąd wprowadził postrzygacza, a tenże naznaczy niewolnika znakiem niesprzedajnego, pogrzebie się owego człowieka w własnym domu, zabiwszy go poprzednio. Postrzygacz wolny jest, skoro przysięgnie": „z wiedzą go nie naznaczyłem".

Zdaje się, że obowiązkiem postrzygacza było także znaczenie zbrodniarzy i niewolników, najprawdopodobniej przez strzyżenie włosów i brody. Dalej z kodeksu wynika, że szczególnie zasłużonym niewolnikom w nagrodę długoletnich zasług przyznawano przywilej niesprzedajności, a więc prawo mieszkania w majątku właściciela do śmierci. Był to pewnego rodzaju łaskawy chleb. Takich niewolników znaczono prawdopodobnie znakiem trwałym (może ten znak honorowy wypiekano). Czynił to postrzygacz i był karany, jeśli zadał ten znak bez wiedzy właściciela; jeżeli zaś tak uczynił, bo go ktoś w błąd wprowadził, to uwalniano go od odpowiedzialności. Także kawałek życia starożytnego Wschodu, dający wiele do myślenia o stosunkach ówczesnych. Zaprzeczyć jednakże nie można, że właściciele niewolników przestrzegali praw swoich i pilnowali, aby niewolnik sprzedajny nie stał się bez ich zezwolenia niesprzedajnym.

Oprócz operacyi, które polegają na zadaniu ciężkiej rany, dalej — operacyi nagabti, zawiązaniu złamanej kończyny, wyleczeniu chorych wnętrzności, jest w kodeksie jeszcze mowa o dwóch chorobach: o suchotach i o chorobie bennu, której bliżej określić dziś nie można, a która niewątpliwie sprawiała, że niewolnik tracił wartość, a więc do pracy prawdopodobnie stawał się niezdolny. Przytaczam dotyczące paragrafy, w których mowa o tych chorobach. Nie wątpię, że czytelnik, który przy tej sposobności zapozna się z §§ 148 i 149, ponownie podziwiać będzie mądrość prawodawcy, który przed 41 wiekami nakazuje obchodzić się z nieszczęśliwą i chorą kobietą po ludzku, a prawem zastrzega zwrócenie jej wiana, które w dom męża wniosła, i pozwala jej powrócić do domu swoich ojców.

§ 148. „Jeżeli człowiek poślubi niewiastę, która cierpi na wynędznienie (suchoty) i postanowi wziąść inną, to ją weźmie. Swojej jednak żony, którą trapią suchoty, nie wypędzi ze swojego domu. Skoro mieszka w domu, który zbudował, da jej utrzymanie do końca życia".

§ 149. „Jeżeliby jednakże ona nie chciała mieszkać w domu męża, może się, skoro jej mąż odda wiano w dom wniesione, wyprowadzić".

§ 278. „Jeżeli ktoś niewolnika lub niewolnicę kupił, a które z nich, zanim miesiąc upłynie, zapadnie na bennu, zwróci kupiec niewolnika lub niewolnicę, a pieniądze, które odważył, mu zwrócą".

Jak ważne są wiadomości, które czerpiemy z kodeksu Hammurabiego, dla uzupełnienia naszych wiadomości o medycynie świata starożytnego, wynika z następującego: Prof. Hirschberg [14]) w swojej historyi okulistyki, napisanej z wielką znajomością rzeczy, a wydanej przed 4 laty, pisze wszystkiego tyle o Chaldejczykach, Assyryjczykach i Babilończykach:

„Medycyną starych Chaldejczyków, Assyryjczyków i Babilończyków trudnili się, według napisów klinowych, kapłani lekarze. (Herodot twierdził inaczej). Leczenie polegało na zażegnywaniu (*Beschwörungen*) przyczem przykładano czasami na oko ściągające środki". — To jest wszystko, co o okulistyce tych narodów dotąd wiedziano — i jak czytelnik już osądzić może, wszystko, co wiedziano, było nieprawdą i przeciwieństwem rzeczywistości.

Pokazuje się teraz po odkryciu nowego źródła, że Herodot miał słuszność i że, co wykazać mogłem: 1. Lekarze Babilonii stanowili stan osobny, różny od stanu kapłanów; stanowisko ich było poważne, w hierarchii społecznej wysoko byli postawieni. 2. Wykonywali operacye chirurgiczne, oczne, goili chore wnętrzności, zawiązywali złamane kończyny. 3. Byli stosunkowo dobrze płatni; bogaci płacili wyższe wynagrodzenie, — zapłatę zabezpieczało im prawo i mogli należytości swojej sądownie dochodzić. 4 Weterynarze mieli stanowisko podobne lekarzom, stanowiące jednak, tak jak dziś, zawód osobny. Że wreszcie medycyna Babilończyków pod pewnymi względami wyżej stała, niż o tysiące lat późniejsze — egipska, żydowska i wczesna grecka, w ciągu rzeczy dowodnie wykazałem.

---

[12]) Hirschberg: Geschichte der Augenheilkunde im Alterthum. 1899. p. 19.

[13]) Centralblatt für praktische Augenheilkunde 1903. III.

[14]) Hirschberg Prof.: j. w. str. 28 § 14 A.

III. Z krajowego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Hidroterapia w psychiatryi.

Podał
Dr. J. Woszczyński,
sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy).

Wszystkie procedury, wywołujące poty, a więc suche zawijania, kąpiele gorące, parowe, w ogrzanem powietrzu, ciepłym piasku, są przeciwwskazane w psychozach z podnieceniem lub zaburzeniami w krążeniu, z powodu silnego przekrwienia tętniczego, jakie wywołują. Kąpiele, tusze, nacierania wykonują się w łazienkach; kąpiele nasiadowe, zawijania i zmywania na sali chorych. Łazienki powinny się znajdować w pobliżu sal, a przynajmniej na tem samem piętrze, powinny być dość obszerne, jasne, dobrze przewietrzane, wolne od przeciągu powietrza i pary wodnej. Wanny nie powinny stać przy piecu, aby gorąco nie dokuczało kąpiącym się. Po każdej kąpieli mają być wymyte gorącą wodą ze sodą, a w razie potrzeby środkiem antyseptycznym. Najczęściej używane są wanny miedziane lub metalowe emaliowane; wanny drewniane z drewnianemi przykrywami z wycięciem na szyję (Wil w Szwajcaryi) zatrzymują długo ciepło, co jest pożądanem przy kąpielach dłuższych, powiększają jednak u niektórych chorych lęk i omamy zmysłowe; wanny z terazzo (Mauer-Oehling) łatwe do czyszczenia. Przed rozpoczęciem zabiegu wodnego powinno się dokładnie zbadać fizyczny stan chorego; choroby płuc serca, nerek, miażdżyca tętnic stanowią przeciwwskazania, zwłaszcza do zabiegów, wywołujących silne oddziaływanie i zmianę w krążeniu. Dokładna znajomość stanu fizycznego chorego rozstrzyga w wyborze procedury leczniczej i czasu jej trwania. Ważną tu rolę odgrywa ogólny stan sił, wiek i odżywienie chorego. Jeśli ma się do czynienia z osobnikiem osłabionym, niedokrewnym, źle odżywionym, który posiada mały zapas siły odczynowej, u takiego potrzeba przedewszystkiem podnieść zapas własnego ciepła przez ciepło sztuczne, lub słabą, drzemiącą siłę odczynową pobudzić przez łagodne ciepłe kąpiele, zanim się przystąpi do energicznych zabiegów.

Wypryski skóry, żylaki, stanowią przeciwwskazania do zabiegów wodnych; po chorych z czyrakami należy wanny i bieliznę należycie odkazić ze względu na łatwość przeniesienia cierpienia, jak to opisuje Würth, który zauważył czyraki u trzech chorych i dwóch służących łaziennych, a które niewątpliwie pochodziły z wanny, używanej poprzednio do kąpania chorego z czyrakami. Lekarz powinien kontrolować przynajmniej ważniejsze zabiegi wodolecznicze i badać ich wpływ na narządy i na stan psychiczny chorego. Wydarzające się niekiedy zapad lub psychiczne podniecenie chorego wymagają koniecznie obecności lekarza. Wreszcie lekarz może sam najlepiej przekonać się o wrażliwości i osobniczem oddziaływaniu chorego na zabieg i zmienić go w razie potrzeby. Obecnością swoją podczas zabiegu wywiera czasem lekarz sugestyjny wpływ u histeryczek.

W psychiatryi, podobnie jak i w innych gałęziach medycyny, trudno mówić o jakichś formułkach wodoleczniczych w tem lub owem cierpieniu. Winternitz w dziele swojem zwraca kilkakrotnie uwagę, że w leczeniu wodą nie chodzi o formę zabiegu, że jednym zabiegiem można osiągnąć skutek w wielu wskazaniach, porównywując to z lekami aptecznymi; a więc nie forma, ale dawkowanie zabiegu odgrywa rolę. Jakkolwiek wiele zabiegów wodoleczniczych wykonywa się w psychiatryi tylko symptomatycznie, to jednak w obecnym stanie wiedzy można niektóre choroby umysłowe, a przynajmniej lżejsze ich formy usunąć, lub zmniejszyć ich nasilenie przez konsekwentnie przeprowadzone leczenie, nawet bez użycia przetworów odurzających. Najważniejszem zadaniem w leczeniu chorób umysłowych jest zwalczenie podniecenia psychicznego i ruchowego. Stan ten, wspólny wielu psychozom, jest objawem nasilenia chorobowego, a trwając dłużej, wpływa ujemnie na sen i odżywienie i szybko podkopuje siły chorego Nadto tacy chorzy, krzyczący i rozbijający się po sali w dzień i w nocy, zamącają spokój domowy i bywają powodem sporów, bójek, a często i okaleczeń.

Jak konieczną była zawsze dążność do uspokojenia podnieconych chorych, tak różne były drogi, któremi do tego celu zdążano. Po surowych środkach przymusowych jęto się leków odurzających; niezadowalniające wyniki i niepożądane ich działanie uboczne zmusiły psychiatrów do znacznego ograniczenia tych przetworów, a natomiast użycia wody jako czynnika leczniczego. Do leczenia wodą nadają się psychozy czynnościowe i anatomiczne, psychozy świeże i przewlekłe

Dobre wyniki zabiegów wodoleczniczych są szczególnie widoczne w podnieceniach maniakalnych tak, że Emminghaus[10]) uważa dobre skutki kąpieli dłuższych za objaw rozpoznawczy dla obłędu (manii). Dawniej używano do leczenia obłędu zimnych kąpieli; obecnie polecają ciepłe kąpiele dłuższe i wilgotne zawijania.

Schüle[11]) poleca ciepłe kąpiele na 2—4 godzin, albo krótkie kąpiele zimne o ciepłocie 10—12° na 8—10 minut, przyczem jednak wymaga się obecności lekarza ze względu na możliwy zapad, a chory powinien być w kąpieli nacieranym i dostawać wino. Krafft Ebing[12]) zwalczał podniecenia u maniaków kąpielami ciepłemi, trwającemi 12—24 godzin, lub mokremi zawijaniami.

Najlepszy skutek osiąga się w obłędzie (manii) po ciepłych kąpielach dłuższych, trwających po kilka lub kilkanaście godzin, lub jak w klinice Kraepelina kilka dni, a nawet tygodni w dzień i w nocy bez przerwy. Wymaga to większego zachodu, to też w zakładach spotykałem przeważnie dzienne kąpiele. Krzykliwy i ruchliwy maniak zamienia się po dłuższej kąpieli w żartobliwego i chełpliwego, chętnie leży w łóżku i zasypia często bez leku nasennego.

Podobnie, jak w czystym obłędzie, bywają ze skutkiem używane kąpiele i zawijania także w manii okresowej i obłąkaniu cyrkularnem, które Kraepelin ujmuje w jednostkę chorobową pod nazwą *„manisch-depressives Irresein."* Chorzy uspakajają się, często zbytecznem bywa odosobnienie i leki odurzające, a przez systematyczne leczenie skraca się okres podniecenia.

W zakładzie naszym zauważyłem kilkakrotnie, że maniacy chętnie dawali się zawijać w prześcieradła, sami się rozbierali i bez zachęty na nie kładli; zawinięci, leżeli spo-

[10]) Matthes: Lehrbuch der klinischen Hydrotherapie.
[11]) Schüle: Klinische Psychiatrie.
[12]) Krafft Ebing: Psychiatrie.

kojnie, a nawet zasypiali, co korzystnie wpływa na przebieg leczenia.

Mniej skutecznymi okazują się wyniki zabiegów wodoleczniczych w stanach podniecenia tych wszystkich form chorobowych, które nazywamy ogólnem mianem *dementia praecox*, szczególnie u katatoników. Jednak i tu można często uzyskać tyle, że chory da się utrzymać w łóżku i niepotrzebuje odosobnienia, co jest pożądanem u katatoników z obrzękami stóp od ciągłego stania. Utrzymanie chorego w łóżku umożliwia sen i pozwala ograniczyć wysokie dawki chloralu lub sulfonalu.

Dłuższe ciepłe kąpiele dają dobre wyniki w psychozach z wycieńczenia (*amentia, collaps-delirium*). Uśmierzają one niepokój i popęd do ruchu, wzmagający się pod wieczór, chronią chorego od samouszkodzenia i ułatwiają sen, którego lekami sprowadzać nie można ze względu na złe odżywienie i ogólny stan chorego. W kąpieli siedzą chorzy tacy zwykle chętnie, często dadzą się nakarmić.

Tak w psychozach z wycieńczenia, jak w psychozach przewlekłych z następowem wycieńczeniem stosowane bywają zabiegi wodolecznicze nietylko jako środek uspokajający, ale także jako czynnik podniecający ustrój.

Ciepła kąpiel, krótka chłodna kąpiel z równoczesnem nacieraniem lub zmywanie u wrażliwych pacyentów działają odświeżająco, podnosząc krążenie obwodowe i wzmacniając unerwienie.

W tym samym celu i w tych samych formach bywa stosowaną woda w stanach przygnębienia (depresyi). Przygnębienia u melancholików, osłupienie u katatoników, staramy się usunąć zabiegami wodoleczniczemi, stosownie do sił chorego i jego osobniczej wrażliwości. U osłabionych z małem tętnem, chłodnemi kończynami, dobre oddają usługi kąpiele ciepłe z równoczesnem nacieraniem dla podniesienia czynności skóry. Wilgotne zimne zawijania nie są wskazane tam, gdzie z powodu osłabienia czynności serca nie można się spodziewać reakcyi. (Dok. nast.)

IV. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

Podał

Dr. W. Chlumsky,

Docent chirurgii i ortopedyi Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

III. Mięsienie w chorobach ścięgien i pochewek ścięgnistych.

Niektóre postacie zapalenia ścięgien (*tendovaginitis*) ustępują łatwo pod wpływem mięsienia. Należy przytem głaskać ścięgno i pocierać w całej jego długości (*effleurage* i *friction*). Ugniatanie i klepanie (*petrissage tapotement*) rzadko bywa tu stosowane. W przypadkach tych należy postępować w ogólności ostrożnie, gdyż pod postacią zapalenia ścięgna kryć się może gruźlica, a rozpoznanie jej w tym okresie nieraz jest trudne. Zaznaczać zaś tego nie potrzebujemy, że mięsienie w gruźlicy może tylko szkodzić. Bardzo dobre wyniki otrzymać możemy mięsieniem w zapaleniach i zrostach ścięgien po urazach. Także w zrostach i skróceniach ścięgien po przebytej ropówce mięsienie jest wskazane i dobre daje wyniki.

Korzystnem też okazało się mięsienie w kilku przez nas leczonych przypadkach zapalenia pochewki ścięgnowej z trzeszczeniem (*tendovaginitis crepitans*). I tu udało nam się głównie głaskaniem i pocieraniem (*effleurage* i *friction*) usunąć owe małe zgrubienia ścięgien i zwężenia torebki ścięgnistej, które w wymienionem cierpieniu utrudniają ruchy ścięgien. I wedle naszego zdania w przypadkach tych mięsienie jest najlepszym środkiem leczniczym. Ostrzegamy przed ulubionem unieruchomieniem ścięgna, które doprowadza często do zupełnego zrostu ścięgna z torebką, a wskutek tego do kalectwa. Mniej dobre wyniki przy mięsieniu dają stare przykurczenia ścięgien, przyczem tylko wielką gorliwością i wytrwałością można doprowadzić do polepszenia, względnie do wyleczenia. To samo możnaby odnieść do znanego skurczenia Dupuytrena, gdzie obok ścięgna i powięzi także i sąsiednia tkanka bywa chorobowo zajętą, a gdzie tylko w okresach początkowych dobrych wyników mięsienia oczekiwać można. W przypadkach takich chory traci wreszcie cierpliwość, przestaje się leczyć, lub też zgadza się na operacyę. Lecz i po operacyi o mięsieniu pamiętać należy, gdyż nawroty nie są wykluczone.

Najgorsze rokowanie daje puchlina ścięgien (*hygroma*), którą musimy najpierw rozgnieść, a potem gorliwem mięsieniem (pocieranie i głaskanie) starać się przeszkodzić gromadzeniu się na nowo cieczy.

IV. O mięsieniu w chorobach mięśni.

Najobszerniejszem zastosowaniem cieszy się mięsienie w chorobach mięśni, w których jest w istocie najskuteczniejszym środkiem, a obok gimnastyki niemal uniwersalnym.

A) Na pierwszem miejscu wypada nam wymienić mięsienie mięśni po urazach. Tak po urazach nieznacznych, jak uderzenie lub zgniecenie bez większych zmian anatomicznych, jak i po urazach poważniejszych, połączonych z wynaczynieniem krwi i przerwaniem włókien, działa mięsienie równie dobrze: zmniejsza następowy obrzęk tkanek, dopomaga wessaniu nagromadzonej cieczy przez tkanki sąsiednie, uśmierza ból, podnosi odżywienie i przyśpiesza wogóle wyzdrowienie. Dlatego też należy rozpocząć mięsienie jak najwcześniej, a w ślad za niem w przypadkach lżejszych wprowadzać ćwiczenia gimnastyczne; w przypadkach zaś, gdzie całe części mięśni zostały rozerwane, czekać trzeba z gimnastyką ośm do dziesięciu dni, czyli do czasu, aż się rana zagoi i blizna wytworzy. Jak już wspomnieliśmy, mięsienie przeciwdziała zanikowi mięśni nieczynnych, lub ich osłabieniu wskutek upośledzenia czynności po urazie.

To samo odnosi się do mięśni zresztą zdrowych, lecz upośledzonych w czynności wskutek zranień innych narządów sąsiednich: kości, stawów lub ścięgien.

Nie należy też zapominać o mięsieniu w cierpieniach, które powodują dłuższą nieczynność kończyny, lub zmuszają chorego do dłuższego przebywania w łóżku. W przypadkach tych rozpoczynamy mięsienie, o ile na to zezwala sama choroba, jak najwcześniej. Mięsienie spotęgowuje tu wymianę materyi, a wskutek tego podnosi stan ogólny chorego i leczy częściowo cierpienie pierwotne. Co zaś do sposobów mięsienia w powyższych chorobach i stanach nieczynności mięśni, to poleca się głównie głaskanie i ugniatanie, a w osłabieniach mięśni obok tamtych także klepanie. Rozcieranie ma w tych przypadkach mniejsze znaczenie.

B) Dalszy szereg chorób, w których mięsienie daje dobre wyniki, tworzą liczne choroby zapalne przewlekłe mięśni (zapalenie mięśni) i cierpienia gośćcowe przewlekłe, a także i ostre. W cierpieniach tych występują zmiany w samym miąższu mięśni, dające się wyczuć dotykiem, jako miejscowe lub rozlane stężenie i stwardnienie mięśni. Stwardnienie to bywa czasem tak nieznaczne, że tylko z trudnością wyczuć je możemy. Kiedyindziej zaś wytwarza węzły widoczne dla oka, które w sprawach ściśle zapalnych nie są zwykle same przez się bolesne, lecz przez swą obecność utrudniają czynność mięśni. Niekiedy węzły takie ulegają skostnieniu (*myositis ossificans*). Mięsienie ma za zadanie

stwardniałe te miejsca rozetrzeć i umożebnić ich wessanie. Co do sposobu mięsienia, to stosujemy tutaj głównie rozcieranie i ugniatanie z następowem głaskaniem; klepanie jest przeciwwskazane. Sposobami tymi często udaje się węzły te rozetrzeć i wstrzymać dalszy postęp choroby.

Cierpieniom gośćcowym towarzyszy obok stężenia mięśni i wytwarzania się węzłów także i znaczna stosunkowo bolesność. Wyniki po mięsieniu bywają, zwłaszcza w początkach choroby, wprost zdumiewające. Leczyliśmy kilka świeżych przypadków postrzału i szyi skośnej na tle gośćca, w których po kilku już mięsieniach chory doznał zupełnej ulgi; nie wszystkie jednak przypadki postrzału i szyi skośnej można leczyć mięsieniem; cierpienia te bowiem mogą mieć inną anatomiczną podstawę, którą przedewszystkiem rozpoznać i stosownie do tego postępować należy. Widzieliśmy n. p. znaczne pogorszenie w przypadku szyi skośnej, leczonej gdzieindziej mięsieniem bezskutecznie, gdyż cierpienie to polegało na gruźlicy kręgów. W przypadkach przewlekłego gośćca mięśniowego, a zwłaszcza przez dłuższy czas źle leczonych, gdzie dopiero po kilku dniach lub tygodniach od powstania choroby rozpoczęto stosowanie mięsienia, wyleczenie nie tak rychło następuje. I w tych przypadkach musieliśmy stosować mięsienie przez kilka tygodni, a nawet miesięcy, zanim otrzymaliśmy poprawę. Dlatego też im rychlej mięsienie rozpoczniemy, tem rychlej choroba ustępuje. W cierpieniach gośćcowych stosujemy największej rozcieranie i ugniatanie z następowem głaskaniem. Nie należy też lekceważyć tu leczenia gimnastyką i prądem galwanicznym.

Gorsze wyniki dało nam mięsienie w nieprawidłowym postępującym rozroście i zaniku mięśni. Chorzy czuli się wprawdzie po mięsieniu nieco odświeżonymi i silniejszymi, poruszali się żywiej, lecz już następnego, a nawet tego samego dnia osłabienie wracało. W dwu przypadkach uzyskaliśmy polepszenie na czas dłuższy, lecz nigdy na stałe.

Z powodzeniem leczyliśmy mięsieniem kilka przypadków przykurczeń mięśni, chociaż i tu w dwu przypadkach (*contractura ischeamica*) wszelkie nasze wysiłki poszły na marne i dopiero operacya dała wyniki pożądane. Jak w przypadkach tych postępować należy, wskazaliśmy już przy omawianiu leczenia stężeń stawowych, których przyczyną są często przykurczenia mięśni.

Pozostałoby nam jeszcze omówić leczenie mięsieniem zaników mięśni w chorobach nerwowych. Przedmiot ten wyłożymy w rozdziale następnym. (Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Casper (Berlin). **Kilka słów w sprawie leczenia nowotworów pęcherza.** (*Medizinische Klinik*, 1905, Nr. 4). Pomimo ogromnego rozwoju, jakiego w ostatniem dziesięcioleciu doznała urologia, mało stosunkowo zajmowano się dotychczas nowotworami pęcherza. Samo ich rozpoznanie jest dziś dzięki cystoskopii łatwe; inaczej jednak ma się rzecz z rozstrzygnięciem dalszego, ze względu na rokowanie i leczenie bardzo ważnego pytania: czy guz, który stwierdziliśmy, jest przyrody dobrotliwej, czy złośliwej. Pewne wskazówki daje nam tu już sam obraz cystoskopowy. Najczęstsza postać nowotworów dobrotliwych, zwykły brodawczak, bywa zazwyczaj uszypułowany, z licznemi, drzewiasto rozgałęziającymi się kosmkami. Wprawdzie i rak przybierać może czasem podobną postać; częściej jednakże przedstawia się on jako rozlany w ścianach pęcherza naciek, który już przez odbytnicę wybadać możemy. Obok obrazu cystoskopowego uwzględnić należy szczegółowo cały przebieg kliniczny, ogólny stan odżywienia chorego, jakość, częstość i rodzaj krwotoków, ewentualne bole, towarzyszący nieżyt pęcherza; niekiedy zbadanie histologiczne oderwanych i wydzielonych z moczem strzępków nowotworu rzecz całą odrazu rozjaśnia. Leczenie bywa dwojakie: albo objawowe, łagodzące dolegliwości chorego, albo też doszczętne. Pierwsze z nich jest jednakie i wspólne, zarówno dla nowotworów dobrotliwych, jak i złośliwych. Parcie i bole łagodzimy rozmaitymi, wewnętrznie stosowanymi środkami uśmierzającymi, albo też wstrzykiwaniami do kiszki stolcowej zapomocą zwykłej glicerynowej strzykawki mieszaniny: antypiryny 1,0, nalewki makowca 10—20 kropel, rozpuszczonej w 20—50·0 wody. Tamowanie krwotoków, niekiedy długotrwałych i uporczywych, nastręcza czasem trudności; ze wszystkich środków ściągających, używanych wewnętrznie (garbnik, octan ołowiu, rozczyn półtora-chlorku żelaza, ergotyna, wyciąg nadnerczy, podskórne wstrzykiwanie żelatyny), najlepsze stosunkowo autorowi oddała usługi styptycyna, podawana w postaci kołaczyków po 0·05 do 8 razy dziennie. Gdy to leczenie skutku nie odnosi, należy przystąpić do przepłókiwań pęcherza rozczynem $^1/_{1000}$ lub $^1/_{500}$ azotanu srebrowego w ilości 100 grm. Zachwalanych przez innych wstrzykiwań do pęcherza błękitu metylowego autor nie poleca; przed wstrzykiwaniami wyjałowionej 2% żelatyny do pęcherza wprost ostrzega; o ile wyciąg z nadnerczy może działać miejscowo, jako lek ściągający naczynia, rozstrzygnąć powinny dalsze badania. W bardzo uporczywych przypadkach krwawienia zakłada cewnik na stałe celem zniesienia wszelkich kurczów pęcherza. Co się tyczy leczenia chirurgicznego doszczętnego, to omawia je osobno dla nowotworów dobrotliwych, a osobno dla złośliwych. Dla wycięcia nowotworu dobrotliwego mamy dwie drogi: jedną przez cięcie górne, drugą bez otwierania pęcherza — drogą cewki moczowej; w tym ostatnim przypadku wprowadza Casper przez cewkę podany przez siebie operacyjny cystoskop, zaopatrzony w pętlę, którą pod kierunkiem wzroku nasadza na szypułę nowotworu, zesznurowuje ją i wyrywa, albo galwanokaustycznie przepala. Wbrew twierdzeniom z wielu stron podnoszonym, metodę tę postępowania uważa autor za zupełnie bezpieczną z zastrzeżeniem, że dobrotliwość nowotworu nie ulega wątpliwości, a guz usadowiony jest w miejscu odpowiedniem i dostępnem, zwłaszcza w dnie lub na tylnej ścianie pęcherza; guzy, wyrastające z okolic, położonych blizko szyjki pęcherza, bywają zazwyczaj trudno dostępne. W ogólności pytanie, czy należy dany nowotwór dobrotliwy operować lub nie, a w razie istotnej potrzeby operacyi, którą należy wybrać metodę postępowania, powinno być dokładnie ze wszystkich stron rozpatrzonem w każdym pojedyńczym przypadku. Przy doszczętnem usuwaniu nowotworów złośliwych może być mowa tylko o cięciu górnem. Zadanie chirurga jest tu bardzo ciężkie i niewdzięczne; statystyka operacyi, dokonanych przez samego Caspra, jakoteż statystyka z kliniki Küstera w Marburgu i Czernego w Heidelbergu, przedstawiają się bardzo smutno; tak n. p. z 31 chorych, operowanych przez Czernego, zmarło 14 bezpośrednio po operacyi, 13 w ciągu ½ roku, u 3 pojawił się nawrót już po upływie ½ roku, a tylko 1 chory nie okazywał dłuższy czas skłonności do nawrotu. Dla tych smutnych widoków Casper jest w ogólności przeciwnikiem operacyi nowotworów złośliwych pęcherza, z wyjątkiem chyba tylko przypadków, gdzie zachodzi ścisłe wskazanie do rękoczynu, n. p. niczem nie dający się powstrzymać krwotok, lub nieznośne i nie dające się usunąć parcie. Przy obecnym stanie techniki operacyjnej chorzy w ogólności lepiej się mają i dłużej się dadzą utrzymać przy życiu bez operacyi, aniżeli z nią. *Wilczyński.*

M. Rejchman. **O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka zapomocą głodzenia.** (*Gaz. lek.* 1905, Nr. 1). W przypadkach, w których albo leczenie zwykłe (spokój, dyeta mleczna, ewentualnie płynna, okłady ciepłe, zwykle używane środki apteczne) zawodzi, albo znachodzi się nadzwyczajna wrażliwość błony śluzowej żołądka, powodująca bole i wymioty po wprowadzeniu najmniejszej ilości obojętnego nawet płynu, poleca autor, z korzyścią zawsze przez siebie stosowane leczenie wrzodu peptycznego żołądka przez głodzenie. Głodzenie to przeprowadza jak najściślej, wzbraniając tak przyjmowania wody, jak i połykania nawet śliny; dla zwalczania uczucia pragnienia i suchości w ustach poleca tylko jak najczęstsze płókanie ust i gardła, dla podtrzymania zaś odżywienia odżywcze lewatywy (100—750 grm.); w razie zaś zapadu, co się zresztą bardzo rzadko zdarza, środki pobudzające podskórnie lub hipodermoklizy z rozczynu soli. Z naciskiem podkreśla autor możliwość pojawiania się przy leczeniu głodowem, jako powikłania, ropnych spraw w gruczołach przyusznych, tłómacząc je brakiem mechanicznego oczyszczania się jamy ustnej przy żuciu pokarmów i poleca obok pilnego płókania jamy ustnej 4% rozczynem kwasu borowego jak najdokładniejsze wycieranie wacikiem, napojonym tym rozczynem, błony śluzowej ust i policzków. W większości przypadków leczenie to trwa około 10 dni, ale czasem przedłużyć je trzeba do 12—15 dni; w zasadzie głodzi się chorego 5—7 dni po ustąpieniu krwotoku; wyleczenie zwykle zupełne. Głodzenie w większości przypadków bywa bardzo dobrze znoszone, czasem musi być przerwane z powodu zupełnego braku odporności ustroju.

Dr. B. Kwiatkowski.

J. Pawiński. **Hyposthenia cardio-vasculosa climacterica.** (*Gazeta lek.* Nr. 1, 1905). W przeciwieństwie do spotęgowanego napięcia tętniczego w okresie zaburzeń klimakterycznych, stwierdza się czasem podczas tychże zaburzeń objawy zmniejszonego parcia krwi z niedomogą mięśnia sercowego, obok wybitnego zajęcia całego układu nerwowego. Na te przypadki rzeczywistej wyczerpalności układu mięśniowo-nerwowego w okresie wieku przejściowego, której podlegać zdaje się i mięsień sercowy z wszystkimi znanymi objawami niedomogi, zwraca uwagę autor, podkreślając jednak konieczność wykluczenia przy rozpoznaniu powyższych objawów niewytrzymałości nerwowej lub histeryi przed okresem klimakterycznym u danego osobnika. Przebieg zwykle przewlekły, zejście zazwyczaj pomyślne. — Patogeneza, — zaburzenia w układzie mózgowo-rdzeniowym, dla których z dwóch możliwości: drogi odruchu z narządów płciowych (jajników przedewszystkiem) i samozatrucia, autor przemawia za tą ostatnią, przyjmując dlań za źródło brak zupełny lub też niedostateczne wydzielanie się wewnętrznej sekrecyi jajników; autor nie wyklucza jednak i możliwości wpływu dalszych gruczołów, jak gruczoł tarczykowy, nadnercze itp. Co do leczenia, to naturalnie musi ono się różnić od leczenia przypadków o wzmożonem ciśnieniu, zatem poleca kofeinę, żelazo, arszenik, wronie oko, wino w umiarkowanej ilości, dyetę pożywną, spokój, lekkie zabiegi wodolecznicze, pobyt na świeżem powietrzu w klimacie miernie górskim lub południowo-morskim. (Własnych spostrzeganych przypadków 24). *Dr. B. Kwiatkowski.*

A. Sokołowski. **O leczeniu przeciwgorączkowem suchotników.** (*Medycyna*, Nr. 1, 1905). Poświęcając sporo uwag gorączce i jej przebiegowi w rozmaitych okresach gruźlicy płuc, podnosi autor całą ważność dokładnego poznania przebiegu i natężenia dobowego gorączki, jak również oddziaływania na nią danego osobnika, nim się przystąpi do jej zwalczania. Autor wyraźnie zaznacza, że dopóki dany suchotnik przedstawia choćby tylko najmniejsze podniesienia ciepłoty, mowy niema nietylko o wyleczeniu, ale o stanowczej poprawie, i jest bezwzględnie przeciwnym bezcelowemu podawaniu środków przeciwgorączkowych, wychodząc ze stanowiska, że gorączka powinna być zwalczaną tylko wtedy, gdy wywołuje widoczne i stałe zaburzenia, (brak łaknienia, bezsenność, poty nużące). Przyznając zresztą lekom aptecznym, z których wylicza przez siebie używane, li tylko działanie czasowe, na pierwszem miejscu stawia autor leczenie powietrzne i to nietylko w sanatoryach, szpitalach odpowiednio urządzonych, ale nawet w domach prywatnych. Obok leczenia powietrznego podkreśla autor korzystny wpływ na przebieg gorączki lżejszych zabiegów wodoleczniczych, jak obmywania ciała wodą czystą (14—15° R.), lub z dodatkiem wyskoku, kilka razy dziennie i odpowiedniego odżywiania. Wahania ciepłoty, zależne od powikłań, leczone być muszą przyczynowo. *Dr. B. Kwiatkowski.*

CHIRURGIA. Prof. Lanz. **Potomstwo osobników pozbawionych gruczołu tarczykowego.** (*Archiv f. klin. Chir.*, 1904). Autor zajmował się kwestyą wpływu na potomstwo pozbawienia rodziców gruczołu tarczykowego w całości lub w części. Z dawniejszych spostrzeżeń wspomina o uwadze Schiffa, który doniósł autorowi, że z operowanych zwierząt raz tylko jedna suka miała potomstwo, i to wykazywało zmiany krzywicze. Tracewski w rok potem doniósł autorowi, że jedna z operowanych przez niego suk miała potomstwo, i to również okazywało wybitne zmiany krzywicze. Autor robił doświadczenia na kotach, psach, kozach i kurach. Koty nie nadawały się, bo ginęły często wskutek zabiegu. Z kur jedna zniosła jajo, ważące 5 grm., zamiast prawidłowo 50—60 grm. Z 2 suk (jedna, użyta do kontroli) operowana miała szczenięta o wiele mniejsze, troszczyła się mało o nie, a sutki miała słabo rozwinięte. Od roku 1895—1898 udało się autorowi utrzymać przy życiu cały szereg psów, którym wycięto gruczoł tarczykowy, a to zapomocą karmienia ich gruczołem lub wstrzykiwania soku z gruczołu tarczykowego. Żadna z tych suk nie zaszła w ciążę. Jeden pies zmienił uwłosienie z krótkiego na długie, potem włosy wypadły i utworzyła się szczecina, jak u świń. Pies ten zapłodnił sukę, także pozbawioną gruczołu tarczykowego, i urodziły się 2 szczeniaki nieżywe. Autor także wyciął 38 kozom gruczoł i stwierdził w następstwie bezpłodność, ogłupienie, złośliwość, powstrzymanie wzrostu, zmianę uwłosienia, złe zwijanie się rogów, ustanie pragnienia. Kozy jeżeli rodziły, to głównie potomstwo męzkie. Wydzielanie mleka zmniejszało się po operacyi o połowę i więcej, a przy następnej ciąży było jeszcze skąpsze. Białko w takiem mleku ilościowo spada znacznie. W końcu przytacza autor przypadek chory u mężczyzny po wycięciu gruczołu. Utrata inteligencyi i zdolności płciowej, szczególnie tej ostatniej, była zupełna. Karmienie gruczołem odniosło świetny skutek, pacyent nawet się ożenił, lecz dzieci niema. Po zaprzestaniu terapii zdolność płciowa znów zmalała. W końcu zachęca autor do pilnego studyowania stosunku poruszonych przez siebie kwestyi. *Dr. Adolf Klęsk.*

Dr. Illyés. **O leczeniu cewnikowaniem moczowodów.** (*Deutsche Zeischrift f. Chir.*, 1905). Autor opisuje 7 przypadków, głównie roponercza, w których przez założenie na czas dłuższy (3—6 dni) cewnika do moczowodu chorej nerki otrzymał wcale dobre wyniki. Przez cewnik tak wprowadzony wypłókuje autor miedniczkę nerkową 4% rozczynem kwasu borowego, a w końcu stopniowanymi rozczynami azotanu srebrowego, aż do 1%. Sposób ten poleca szczególnie w przypadkach obustronnych zmian ropnych w miedniczkach i przy kamieniach nerkowych, gdzie operacya jest zabiegiem niebezpiecznym; radzi jednak leczyć najpierw jedną miedniczkę i dopiero, gdy mocz się wyjaśni, płókać drugą. *Dr. Adolf Klęsk.*

Dr. Goldenberg. **O wycinaniu pęcherza moczowego i zaopatrywaniu moczowodów.** (*Beiträge zur klin. Chirurgie*, 1904). Wycinanie pęcherza moczowego w całości jest zabiegiem dozwolonym, jednak bardzo ciężkim, gdyż nie mamy dotąd sposobu zaopatrywania moczowodów, wskutek czego występuje często zakażenie nerek, kończące się śmiercią. Z 26 wykonanych dotąd wycięć pęcherza wyzdrowiało 10, czyli że śmiertelność wynosi 61·5%. Najlepsze wyniki daje wszywanie moczowodów do pochwy, a u mężczyzn operacya Maydla (wszycie moczowodów razem z trójkątem do kiszki esowatej 22% śmiertelności). Garré, szef autora, wyciął pęcherz, do jamy pozostałej zapuścił moczowody i mocz cewnikiem odprowadzał na zewnątrz. Gdy jama wysłała się ziarniną, pokrył ją zawiesiną nabłonka podług Mangoldta i w ten sposób otrzymał tylną ścianę nowego pęcherza. W pewien czas utworzył z wywłosionego płatu powłok brzucha przednią ścianę i stworzył nowy pęcherz. Pacyent oddawał dobrze 2 litry moczu na dobę, zmarł jednak po roku na przerzuty rakowe w moczowodzie, którym towarzyszyło ropne zapalenie miedniczek, nerki i opłucnej. Po przytoczeniu wszystkich prób zaopatrywania moczowodów, jak np. Glücka wszycie do prostnicy, Kryńskiego (skośne wszywanie), Poggiego (wszywanie do wyłączonej pętli jelitowej) i t. d., podaje autor swój sposób, polegający na tem, że tworzy, korzystając z klapy Bauhiniusza, pęcherz z kawałka jelita biodrowego tuż przy kiszce ślepej. Pętlę doprowadzającą wszywa do poprzecznicy wytępującej, a część wyłączoną wszywa w powłoki brzuszne, wszczepia do niej moczowody, a gdy to się podgoją, zamyka ten nowy pęcherz, jak zwykłą rzyć sztuczną. Klapa Bauhiniusza ma zamykać jelito ślepe i chronić przed zakażeniem kałowem moczowody i nerki. Metodę tę próbował dotąd autor na zwierzętach. *Dr. Adolf Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Richter. **Zakrzep i zator w połogu, a zarazem występujące na tej podstawie schorzenia płuc u położnic.** (*Archiv für Gyn.*, Tom 74, Z. 1, 1905). Już dawno starano się uzyskać mniej lub więcej pewne objawy, któreby wskazywały na grożący zator lub ukryty zakrzep żył miedniczych. Między innymi Mahler zwrócił uwagę na t. zw. „tętno wspinające się“ (*Kletterpuls*), jako na najważniejszy i jedynie pewny objaw, zapowiadający niebezpieczeństwo. Praca niniejsza uwzględnia ten objaw Mahlera; badanie swe opiera autor na materyale, obejmującym 16.000 porodów. Powstanie tętna „wspinającego się“ tłómaczy Mahler w następujący sposób: przez zamknięcie żył zakrzepami i konieczność rozszerzenia się dróg ubocznych, powstają opory w krążeniu krwi; ponieważ zaś serce położnic jest zwykle lekko zwyrodniałe, może ono podołać tej zwiększonej pracy tylko przez częstsze skurcze. Liczba tętna, która jest największą z końcem utworzenia się zakrzepu, spada następnie szybko do normy po utworzeniu i rozszerzeniu się dostatecznej ilości dróg ubocznych. Tu więc idzie o tętno, które choć czasem powoli ale stale się podnosi z dnia na dzień, przy ciepłocie zwykle prawidłowej i niewątpliwie wykazuje, że osłabione serce wytęża się, aby przezwyciężyć jakieś przeszkody w krążeniu. Na 16.000 położnic, badanych przez autora, zachorowało 78 na zakrzep, a 20 na zator. Na tych 98 przypadków znalazł autor pewny objaw Mahlera 62 razy = 63%; nie był wyraźny 33 razy = 34%, a tylko w 3 przypadkach objawu tego nie było. Na podstawie tego materyału uważa autor objaw Mahlera jako zupełnie pewny. Autor podaje historyę chorób i dokładne protokoły sekcyjne 14 położnic, które zmarły nagle wskutek zatoru płucnego przy wysiadaniu z łóżka, przy ubieraniu się, i przy opuszczeniu kliniki. W końcu I. części pracy znajdujemy uwagi nad etyologią, rokowaniem i leczeniem zakrzepów i zatorów. Zdaniem autora szczególnie narażone są te położnice na zator, które miały zakrzep w kończynach dolnych już w ciąży. Tutaj wodnistość krwi, zastój jej w kończynach i powolny odpływ utrzymywały ten zakrzep w miejscu. Z chwilą jednak opróżnienia się jamy macicy, ciśnienie w dużych żyłach staje się znowu ujemne, krążenie szybsze i wtedy może się zdarzyć, że zakrzep, luźnie przylegający do

ściany żyły, zostanie porwany silniejszym prądem krwi. Objaw Mahlera może oddać wielkie usługi przy zakrzepach ukrytych w żyłach miedniczych, szczególnie jeżeli równocześnie wystąpią drobne zatory płucne, które same przez się jeszcze nie są śmiertelne, ale wskazują tem wyraźniej na grożące niebezpieczeństwo. Wówczas jest rzeczą lekarza i odpowiednio wyuczonej służby, aby przez nadzwyczaj czujną, staranną i sumienną opiekę powstrzymać wytworzenie się dalszych zatorów. Ta opieka, a z drugiej strony wielka cierpliwość i rozsądek chorych — są najważniejszymi czynnikami ochronnymi i leczniczymi. Kobietom, które przy porodzie okazują żylaki lub obrzęki na kończynach dolnych, należy te kończyny natychmiast zawinąć w flanelowe opaski i wysoko ułożyć: z chwilą, gdy tętno zaczyna się wspinać (przyczem najlepiej notować przeciętną tętna z całego dnia), należy zalecić bezwzględny spokój, a gdy dołączą się objawy, wskazujące na włosowate zatory, podawać co 3—4 godzin 0.03 makowca, a w razie osłabienia serca co ½ godziny jedną strzykawkę kamfory. Zapobiegawczo należy położnicom, które straciły dużo krwi lub okazują osłabienie serca, zalecić wcześnie wykonywanie ruchów kończynami dolnemi, a część dolną łóżka dobrze jest ustawić wyżej o 10—50 ctm.; nadto należy podawać środki podniecające i przez wstrzyknięcie roztworu soli kuchennej wywołać żywszą czynność serca. Postępowanie to jest dopuszczalne tylko tam, gdzie niema podejrzenia rozpoczynającego się zakrzepu. W II. części swej pracy omawia autor pewne choroby płuc i opłucnej, zwykle natury zapalnej, które występują z połogu i pozostają w ścisłym związku z zakrzepami i włosowatymi zatorami. Drobne cząsteczki zakrzepów, dostawszy się do płuc, dochodzą czasem przez najdrobniejsze rozgałęzienia tętnicy płucnej aż do opłucnej, i tu wywołują proces zapalny, zwykle tylko ograniczony. Położnice takie skarżą się na kłucie w boku, najczęściej prawym, i lekkie przypadłości oddechowe; czasem występują także krwawe plwociny. Proces ten przebiega znacznie ostrzej, jeżeli zator zawlókł ze sobą jakieś drobnoustroje zakaźne o znacznej żywotności. Autor podaje 19 historyi chorób, na dowód, że stany powyższe u położnic często są następstwem zakrzepów i zatorów, i nie zawsze występują jako choroby samoistne, przypadkowe. Objaw Mahlera, który również wskazuje na pochodzenie zatorowe przytoczonych stanów, wystąpił wyraźnie w 42% przypadków, 10 razy był niewyraźny z powodu równoczesnej wysokiej ciepłoty, a raz tylko wypadł ujemnie.

Dr. E. Ehrenpreis.

Gaszyński. **Ratowanie noworodków od pozornej śmierci nowym sposobem sztucznego oddychania.** (*Now. lek.*, Nr. 1, 1904). Główna działalność lekarza przy ratowaniu pozornie zmarłego noworodka polega na 1) usunięciu z dróg oddechowych wszelkiej zawartości; 2) na wzmożeniu pobudliwości środka oddechowego i na 3) spotęgowaniu działalności serca. Pierwsza z tych czynności, t. j. usunięcie z dróg oddechowych nagromadzonej cieczy, o ile sprawa dotyczy oskrzeli, jest zawsze trudną i niedoskonałą, pomimo ścisłego stosowania sztucznego oddychania metodą Schultzego, gdyż płyn, spływający ku jamie ustnej, przy wdechu zostaje znowu wciągnięty z powrotem i to coraz głębiej. Ideałem sztucznego oddychania w tych okolicznościach byłoby takie ułożenie noworodka, żeby ponowne wciąganie płynów do głębszych oskrzeli było uniemożebnione, zatem ułożenie ustami ku dołowi. Wzmożenie pobudliwości dróg oddechowych wywołuje się bądź na drodze odruchowej, bądź zapomocą dostarczania powietrza do płuc. Metoda odruchowa jest tylko pomocniczą, zresztą zamartwica przytępia nerwy czuciowe, a tem samem i osłabia odruchy. Co się zaś tyczy wzmocnienia czynności mięśnia sercowego, to działanie lekarza polega na mięsieniu tego narządu, rodzaju ucisku na okolicę sercową, mniej więcej 120 razy na minutę. Autor wykazał ujemne strony sztucznego oddychania metodą Schultzego, a podaje własną, którą już od paru lat stosuje z dobrym wynikiem. Po oczyszczeniu dostępnych dróg oddechowych zajmuje autor pozycyę siedzącą i umieszcza noworodka na swojem kolanie pod kątem prostym do linii podłużnej kości udowej w ten sposób, aby plecki spoczywały okolicą łopatek na udzie autora, a główka zwieszała się lekko ku dołowi. Ręką prawą ujmuje autor obie nóżki dziecka w okolicy dolnej części goleni, lewą zaś ręką ujmuje obie rączki w okolicy kiści tak, aby palec wskazujący zajmował miejsce między rączkami dziecka, palec wielki obejmował prawą jego rączkę, pozostałe zaś palce — lewą. Nóżki unosi autor nieco ku górze tak, aby cały tułów dziecka wraz z nóżkami leżał, jak gdyby na równi pochyłej, z główką zwróconą ku dołowi. Pozycyę tę tułowia utrzymuje autor podczas całego aktu sztucznego oddychania, dla umożliwienia stałego odpływu cieczy z dróg oddechowych. Dla wykonania wydechu zbliża autor lewą swoją rękę wraz z rączkami dziecka do przedniej części klatki piersiowej i wywiera nią ucisk od przodu i górnej części klatki piersiowej dziecka do tyłu i ku stronie jamy brzusznej. Jednocześnie nóżki zbliża również do klatki piersiowej, zginając tułów dziecka w części lędźwiowej; przez zbliżenie nóżek trzewa cisną na przeponę i zmniejszają pojemność klatki piersiowej w dolnym jej odcinku. Wydech zatem jest całkowity. Dla wywołania wdechu autor wyprostowuje do linii tułowia kończyny we wszystkich stawach, przez co rozszerzają się dolne i górne płaty płuc. Wdech i wydech wywołuje autor 20 razy na minutę, a w przerwach wywiera parę ucisków na serce. Porównywując swoją metodę sztucznego oddychania z metodą Schultzego, dopatruje wyższości pierwszej w tem, że płynna zawartość oskrzeli ma ułatwiony i stały odpływ, że wdech i wydech mogą być normowane zależnie od naszej woli i potrzeby, że sam zabieg jest dla dziecka łagodniejszy; że pozwala on na jednoczesne mięsienie serca; że nie oziębia powierzchni ciała dziecka przez długotrwałe jego obnażenie i — że mało męczy wykonywającego zabieg.

A. K.

L. Pincus. **Ucisk, jako sposób leczenia w ginekologii.** (*Monatschrift f. Gyn.*, T. XXI, Z. 1, 1905). Według autora ucisk powinien mieć rozległe zastosowanie lecznicze w przypadkach wysięków zastarzałych, nie ulegających wessaniu, następnie w przypadkach, gdzie chodzi o usunięcie bolesności lub też zbytniej wrażliwości pewnych narządów, a to przez zmniejszenie energii życiowej odpowiednich czynników nerwowych, — wreszcie powinien mieć zastosowanie tam, gdzie idzie o podniesienie siły obiegu krwi. W ginekologii największe zastosowanie ma ucisk, wywierany od wnętrza pochwy i ucisk od zewnątrz przez powłoki brzuszne. Przy pierwszym, t. j. śródpochwowym, stosujemy balon powietrzny lub rtęciowy; do ucisku od zewnątrz posłużyć się możemy ręką lub też pewnymi przyrządami specyalnymi. Ucisk śródpochwowy zapomocą balonu w połączeniu z uciskiem przez powłoki brzuszne od zewnątrz uskuteczniamy w odpowiedniem ułożeniu chorej, t. j. najlepiej t. zw. „Mittelhochlagerung"; jest według autora wskazanym w cierpieniach przewlekłych tkanki okołomacicznej, w schorzeniach przydatków, w stanach zadrażnienia umięśnienia miednicy małej, w przypadkach niedostatecznego zwinięcia się macicy. Ucisk taki może być albo stały (przez parę minut), lub też przerywany. W przypadkach rozległej bolesności w obrębie miednicy małej najlepsze otrzymujemy wyniki, jeżeli zostawiamy na pewien czas w pochwie balon, czyli że najlepsze wyniki w tych przypadkach daje ucisk stały. Przed zastosowaniem metody uciskowej winniśmy jak najdokładniej opróżnić pęcherz i kiszkę stolcową. Wprowadzanie balonu do kiszki stolcowej zamiast do pochwy jest według autora nieracyonalnem ze względu na możliwe obrażenia błony śluzowej prostnicy; przez te obrażenia bowiem łatwo mogą się dostać drobnoustroje w obręb pochwy i wywołać zaostrzenie chorób, toczących się w obrębie miednicy małej. Wreszcie roztrząsa autor sposoby zwalczania u kobiet niedokrwistości, występującej objawowo w przebiegu cierpień narządów miednicy małej, i tu również wielkie znaczenie lecznicze przypisuje uciskowi, wywieranemu na serce (jedną ręką ucisk od strony brzucha popod łuk żebrowy w kierunku serca, drugą ręką ucisk na klatkę piersiową w kierunku ręki pierwszej). Co się tyczy ucisku wogóle, to radzi autor, by on początkowo nie miał zbyt wielkiego natężenia i by fala jego powoli wzrastała; — następnie ucisk nie powinien ustawać pierwej, dopóki wzmożona wrażliwość danego narządu, na który się ciśnie, nie ustąpi, a to trwa niekiedy 2—3 minut, a nierzadko nawet do 10 minut. Przy każdej formie ucisku, gdziekolwiek on będzie zastosowanym, odpowiednie ułożenie chorej nieposlednią odgrywa rolę.

Dr. Cetnarowski.

Dr. Christiani. **Zapalenie woreczka żółciowego w połogu.** (*Monatschrift f. Gyn.*, T. XXI, Z. 1, 1905). Autor ogłasza dwa przypadki zapalenia woreczka żółciowego na tle kamicy w połogu, spostrzegane w swojej praktyce prywatnej. W pierwszym przypadku postawienie pewnego rozpoznania, czy mamy do czynienia tylko z zapaleniem woreczka żółciowego, czy też już z ropniem tegoż, nie było tak łatwem; w drugim natomiast nie natrafiało na zbyt wielkie trudności; przebieg następowy w obu przypadkach był typowy, a zejście pomyślne. Autora zastanawia fakt, że wbrew twierdzeniu internistów, jakoby ciąża miała odgrywać pewną rolę w etyologii kamicy wątrobowej, a sam poród według nich miałby być czynnikiem wyzwalającym napad kolki wątrobowej, spostrzeżenia położników w tym względzie są tak skąpe. W piśmiennictwie położniczem zanotowano co najwyżej kilkadziesiąt przypadków napadu kolki wątrobowej podczas ciąży i w połogu, a w klinice Schauty na 40.000 porodów spostrzegano zaledwie 5 razy napad kolki podczas porodu, wtenczas, gdy znaną jest przecież rzeczą, że co najmniej 3% kobiet w wieku dojrzałym cierpi na kamyki żółciowe. To upoważnia autora do mniemania, że przypisywany przez internistów wpływ ciąży, względnie porodu, na etyologię kolki żółciowej jest co najmniej przesadzonym, jak z drugiej strony niepomiernie go dziwi zupełne zamilczenie w pewnych podręcznikach o możliwości podo-

bnego powikłania. Niezrozumiałym również dla niego jest fakt, że w podręcznikach również niema zupełnie wzmianki o możliwości powstania ropnego zapalenia woreczka żółciowego w przebiegu połogu. A zdarzyć się może, że nierzadko rozpoznaje się zakażenie połogowe tam, gdzie ma się do czynienia z ropniem woreczka żółciowego, i zamiast odrazu przystąpić do otworzenia ropnia, by nie dopuścić do powstania ogólnej ropnicy, zwalcza się różnymi sposobami mniemane zakażenie połogowe. Tu przytacza autor 3 przypadki z piśmiennictwa francuskiego ostatniej doby, gdzie dopiero jedenastego dnia postawiono prawdziwe rozpoznanie ropnia woreczka żółciowego, a do tego czasu myślano o zakażeniu połogowem i leczono je. *Dr. Cetnarowski.*

PEDYATRYA. Müller. **O przewlekłem zołzowem zapaleniu sutków u dzieci.** (*Deut. med. Woch.* 1905, Nr. 1). Na podstawie 4 spostrzeganych przez siebie przypadków opisuje autor powyższe cierpienie, jako chorobę *sui generis*, rozwijającą się niekiedy u dzieci zołzowatych i źle odżywionych. Cierpienie niema być przyrody zołzowogruźliczej, gdyż odpowiednie gruczoły pachowe nie bywają więcej zajęte, niż inne gruczoły chłonne. Cierpienie rozwija się powoli, bezgorączkowo. Często początkowo jeden gruczoł jest zajęty, lub nawet jedynie wycinek gruczołu. Gruczoł obrzęka do dwu- i trzechkrotnej objętości, staje się twardym, przy ucisku bolesnym, ma budowę zrazową, jest nad podstawą przesuwalnym, podobnie przesuwalną jest skóra nad nim; wydzieliny z niego wygnieść nie można. Dzieci skarżą się na szczycie choroby także na samoistne bóle kłujące, rozpromieniające się niekiedy w otoczenie, a dające się odnieść do ucisku zakończeń nerwowych. Cierpienie okazuje przebieg przewlekły i dobrotliwy, kończy się bowiem po paru miesiącach wyzdrowieniem. Nawroty są możliwe. Leczenie zmierzać powinno przedewszystkiem do poprawienia stanu ogólnego. Miejscowo zalecają się pędzlowania nastojem jodowym i wcierania maści z jodkiem potasowym. *Lewkowicz.*

Hüssy. **O drżeniu u dzieci.** (*Monatschrift f. Kinderh.*, 1904, grudzień). Opis 4 przypadków z wrocławskiej polikliniki i zestawienie przypadków, znanych z piśmiennictwa. U dzieci młodszych, w pierwszych latach życia drżenie rozwija się zwykle (2 przypadki autora) w bezpośredniem następstwie chorób zakaźnych, szczególnie zapalenia płuc. Za podstawę cierpienia należy przyjąć zmiany w mózgu przyrody zapalnej, powstające zapewne na drodze zatrucia i mogące niekiedy ustąpić bez pozostawienia głębszych spustoszeń, innym zaś razem pozostawiające po sobie upośledzony rozwój umysłowy. Drżenie obejmuje głównie kończyny, może być mniej lub więcej drobno- lub grubosieczne; jest zwykle trwałem, ustępuje tylko w głębokim śnie i nie zmienia się przy ruchach zamierzonych. Cierpienie ustępuje zwykle bez śladu po paru miesiącach. Zresztą przyczyną drżenia może być wodogłowie przewlekłe, gruźlica opon, rozsiane zapalenie mózgowia, guzy mózgowia (por. dwa przypadki referenta „Przegl. lek.“ 1903), porażenie dziecięce mózgowe (1 przyp. autora), wpływy dziedziczne, twardziel rozsiana, histerya (1 przyp. własny), względnie nerwica urazowa. Która część mózgowia musi być dotknięta, aby powstało drżenie, dotychczas nie jest rozstrzygnięte. *Lewkowicz.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. F. Engelmann. **Ostry ucisk na koniec rdzenia pacierzowego** (*cauda equina*). **Operacya. Wyzdrowienie.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 51). Opisany przez E. przypadek budzi szczególniejszy interes, raz z powodu rzadkości rozpoznania za życia tego rodzaju cierpienia, powtóre zaś ze względu na pomyślny wynik podjętej operacyi. Chory, liczący lat 34, otrzymał postrzał rewolwerowy w kręgosłup, na wysokości czwartego kręgu lędźwiowego. Charakterystyczne, a bardzo silne bóle, niedomoga pęcherza i kiszki odchodowej, zniesienie odruchów ścięgien Achillesa przy utrzymaniu wszystkich innych, znieczulenia, ograniczone do okolicy otworu stolcowego i międzykrocza, a brak zupełny porażeń kończyn, przemawiały za rozpoznaniem ucisku na koniec rdzenia pacierzowego. Gdy i zdjęcie Roentgenowskie potwierdziło to rozpoznanie, wykazując obraz kuli, która utkwiła między piątym kręgiem lędźwiowym, a pierwszym krzyżowym, wyd byto pocisk drogą operacyjną. Już w dniu operacyi bóle zmalały znacznie; w 10 dni później poczęły ustępować i inne objawy, a po czterech miesiącach lekkie i ograniczone znieczulenie było jedyną zmianą, która pozostała. Autor zestawia dokładnie odnośne piśmiennictwo i zastanawia się nad objawami, pozwalającymi odróżnić obrażenia dolnych części rdzenia od obrażeń ogona końskiego. (Podobny zupełnie przypadek został opisany przez Boltona: kula, która utkwiła w przewodzie krzyżowym (*canalis sacralis*), została usunięta na drodze operacyjnej, a stan chorego ogromnie się poprawił. Przypadek ten uszedł uwagi autora, a szkoda; zestawienie tych dwóch przypadków bowiem mogłoby być nader pouczającem. (*Przyp. ref.*) *Dr. Rydel.*

J. Hey. **Przyczynek do poznania porażenia Landryego.** (*Münch. med. Woch.* 1904, Nr. 51). Autor zestawia naprzód w porządku chronologicznym rozwój tego nozologicznego pojęcia. Według prac Landryego, (1859) Kussmaula, Westphala i Leydena porażenie to jest wiotkie, występujące nagle u ludzi dotychczas zupełnie zdrowych, poprzedzone lekkiemi zaburzeniami czucia, a rozpoczynające się najczęściej w obwodowych częściach kończyn dolnych, skąd się szybko rozszerza na tułów i kończyny górne. Po kilku dniach następuje w większości przypadków śmierć przez zajęcie porażeniem mięśni oddechowych. Brak zmian odżywczych, tudzież ujemny wynik badania elektrycznego, charakteryzuje obraz kliniczny. Nie znamy zupełnie anatomicznego podkładu tego cierpienia: według jednych szukać ich należy w zakończeniach nerwów ruchowych w mięśniach: inni zaś przypuszczają, iż cały układ ruchowy, zarówno ośrodkowy, jak obwodowy, może przedstawiać zmiany anatomiczne. Co do etyologii istnieje podejrzenie, iż choroba ta powstaje na tle zakaźnem. (Najnowsze badania, może niedość przez autora uwzględnione, a dokonane udoskonalonymi środkami histologicznymi, wykazują rozsiane, różnorodne zmiany w rdzeniu i w rdzeniu przedłużonym, jak wypociny, wybroczyny, nacieki i zakrzepy; ogromna zaś liczba badań bakteryologicznych, uwieńczonych różnorodnymi, ale dodatnimi wynikami, daje niemal pewność, iż przyczyny tej choroby szukać należy w zakażeniu. *Przyp. ref.*). Autor opisuje przypadek tej choroby, która wystąpiła u człowieka, 24 lat liczącego, bezpośrednio po zropieniu gruczołów wskutek zakażenia palca u prawej ręki. Wśród typowych objawów porażenia wstępującego wiotkiego śmierć nastąpiła po czterech dniach. Przypadek ten należy bezwątpienia uważać za klasyczny przykład porażenia Landryego. *Dr. Rydel.*

A. Bielschowsky. **Objawy oczne w „myasthenia gravis“.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 51, 1904). Autor opisuje przypadek tej choroby, w którym obok bardzo wybitnych objawów ze strony oczów (opadnięcie powiek, porażenie wewnętrznych mięśni gałki), innych objawów, zwłaszcza w początku choroby, nie było. Przestrzega zatem B., aby w każdym przypadku, w którym istnieje obustronne częściowe lub zupełne porażenie mięśni ocznych zewnętrznych, pamiętać przy ustalaniu rozpoznania o „myasthenia gravis“. *Dr. Rydel.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Voss. **O zatorach rtęciowo-parafinowych.** (*Dermatologische Zeitschrift*, Band XI, Heft 7, 1905). Autor uważa zatory, spowodowane wstrzykiwaniami miąższowemi nierozpuszczalnych przetworów rtęci, za rzadkie i wcale nie niebezpieczne następstwo leczenia kiły tym sposobem. Zejście śmiertelne po wstrzyknięciu salicylanu rtęci, podane przez Neubecka w roku 1902, jest dotąd jedynym przypadkiem tego rodzaju.

Na 1373 osób, leczonych w ciągu siedmiu lat 13.671 wstrzykiwaniami, miał Voss 15 przypadków zatorów.

Do wstrzykiwań używano najczęściej salicylanu rtęci w roczynie parafiny. W 9 przypadkach spostrzegał autor w krótki czas lub bezpośrednio po wstrzyknięciu objawy zatoru płucnego, a mianowicie silne podrażnienie do kaszlu, duszność i kłujący ból po bokach klatki piersiowej; natomiast w czterech przypadkach nie było żadnych bezpośrednich objawów ze strony płuc, zjawiały się one dopiero dnia następnego, lub nawet później, tworząc obraz ogniskowego zapalenia. Że to zapalenie było przyrody zatorowej, wskazywał na to ujemny wynik badania plwociny i sam przebieg choroby, której pierwszym zwiastunem bywało podwyższenie ciepłoty: samo zaś ognisko zatorowe powstaje w tych przypadkach przez zatkanie większej tętnicy płucnej i dlatego, znajdując się w środkowej części płuc, daje objawy fizykalne dopiero wtedy, gdy się znacznie powiększy.

Napady zaś kaszlu, wybitne bóle w boku lub plecach, występują wskutek podrażnienia opłucnej przez obwodowe ognisko zatorowe, które powstaje z powodu zatkania drobnej tętniczki płucnej. Łagodny przebieg we wszystkich przypadkach zatorów, jakoteż mała ich ilość w stosunku do ilości wstrzykiwań, nie powinna odstraszać, jak autor sądzi, od leczenia kiły wstrzykiwaniami miąższowemi. *Dr. Stopczański.*

Thim. **Vasenol jako nowa podstawa dla maści.** (*Dermatologische Zeitschrift*, Band XI, Heft 8, 1905). Chemiczna fabryka Koeppa w Lipsku przedstawiła przed rokiem nowe przetwory, waseliny, których chemiczne i fizyczne własności pozwalają się spodziewać obszernego zastosowania w leczeniu chorób skórnych. Jako gotowe przetwory weszły w użycie *vasenol*, *vasenolum liquidum* i *Vasenol-puder*. „Vasenol“ jest zawiesiną waselinową, zawierającą 25% wody. Przetwór ten jest żółtawobiałej barwy i maściowej zbitości. Przetwór ten jest łagodnym, nie drażniącym kremem i nadaje się do sporządzania maści i past. „Vasenolum liquidum“ jest

cieczą oleistą, zawierającą 33½% wody; nadaje się do natłuszczania zgłębników i cewników przed użyciem, do sporządzania płynnych maści i past, do napajania tamponów, wreszcie — jako środek rozpuszczalny dla rozmaitych leków.

„Vasenol — puder", delikatny, biały, dobrze przylegający proszek, zawierający 10% vasenolu, jest środkiem dobrze oczyszczającym, jakoteż osłaniającym skórę.

Autor używał do wstrzykiwań podskórnych zawiesiny nierozpuszczalnych przetworów rtęci w vasenolu płynnym, przyczem nigdy nie zauważył ani większej bolesności w miejscu wstrzyknięcia, ani nie miał przypadku zatoru płucnego. Również zastosował autor vasenol w leczeniu poronnem świeżej zupełnie rzeżączki z bardzo dobrym wynikiem. Do leczenia rzeżączki podostrej vasenol się nie nadaje, a to ze względu, że zbyt długo jako ciecz oleista pozostaje w cewce i zatrzymując wskutek tego wydzielinę, sprowadza częste powikłania. Wreszcie autor poleca vasenol do dalszego wypróbowania, uważając swoje spostrzeżenia za nieskończone. *Dr. Stopczański.*

Dziembowski. **Białkomocz wskutek zatrucia rtęcią.** (*Now. lek.*, Nr. 1, 1904). Zdania autorów o ujemnem działaniu przetworów rtęciowych na nerki są podzielone. W istocie zachodzi nieraz wielka trudność w nabraniu przekonania, czy białkomocz, pojawiający się podczas leczenia rtęcią, jest wynikiem działania właśnie tej rtęci, czy też zakażenia kiłowego, dla zwalczania którego chory rtęć zażywa? a wreszcie, czy w danym przypadku białkomocz nie istniał już przed zakażeniem się kiłą i rzekomem zatruciem się rtęcią? Ta trudna etyologia białkomoczu podczas leczenia kiły rtęcią jest prawdopodobnie przyczyną różnorodności zdań autorów. A jednak rozpoznanie etyologiczne ma doniosłe znaczenie dla rokowania: albowiem, z wyjątkiem rzadkich przypadków, w których dochodzi do marskości nerek, zwykle białkomocz, będący następstwem zatrucia rtęcią, przemija doszczętnie po wydaleniu się rtęci z ustroju. Autor przytacza przypadek chorego, którego badał w pierwszym roku zakażenia się kiłą i stwierdził brak białka w moczu. Po paru latach chory powtórzył leczenie rtęcią, mianowicie drogą podskórną. Autor, wezwany do zbadania pogorszonego zdrowia, rozpoznał rtęcicę, w szczególności zapalenie cuchnące dziąseł, białkomocz (0,8% Esbach), w osadzie moczowym liczne wałeczki szkliste i wielką ilość węglanów i fosforanów wapna, świadczących o zatruciu rtęcią (Salkowski). Ponieważ autor znał i badał tego chorego dawniej, chory zaś nie przebywał żadnej innej choroby zakaźnej i nie używał innych leków, prócz rtęci, przeto zajęcie to nerek nie da się wytłómaczyć inaczej, jak zatruciem rtęcią. Zwykle leki i kąpiele, stosowane w ciągu 6 miesięcy, pozostały bez wpływu na białkomocz, a obawa marskości nerek przyczyniła wiele niepokoju. Wyczerpawszy terapię klasyczną, polecił autor choremu herbatę z liści brzozowych; po dwóch już tygodniach białkomocz doszczętnie ustąpił, gdyż w ciągu następnych dwóch lat nie powrócił. Oczywiście, czyni uwagę autor, białkomocz ustąpił nie od herbaty z liścia brzozowego, lecz wskutek wydzielenia się resztek rtęci z zatrutego ustroju i ustąpienia zmian, które to zatrucie wywołało w nerkach. *A. K.*

Gerzabek. **Incontinentia urinae jako powikłanie stulejki.** (*Nowiny lekarskie*, Nr. 1, 1904). Autor wymienia wszystkie zmiany, które wywołuje stulejka i zalicza do nich: anatomiczne zmiany w samym napletku, wytwarzanie się kamieni pod napletkiem, zanik żołędzi, rozszerzenie i sprawy zapalne cewki moczowej, pęcherza, moczowodów i miedniczek nerkowych, zaburzenia w oddawaniu moczu, zanik innych części narządu płciowego, powstawanie przepuklin brzusznych skutkiem parcia tłoczni, zaburzenia w układzie nerwowym. Jednego atoli objawu nie znalazł autor w piśmiennictwie, który sam spostrzegał i w niniejszej pracy opisał, mianowicie samowolnego oddawania moczu w związku z stulejką. Do autora udał się po poradę 27-letni wyrobnik, którego zdrowiu i sposobowi życia nic zarzucić nie można. Stulejkę miał od lat najmłodszych. Mocz oddawał przy nader silnem napieraniu, które z roku na rok musiało się stawać silniejszem. Przed 8 laty wystąpiły bole w pęcherzu. W pół roku później spostrzegł chory piasek w moczu. Mocz odchodzi z wolą i wiedzą chorego, lecz nadzwyczaj często. Po dwóch latach oddawanie moczu stało się bezwiedne i samowolne i tylko kroplami. Piasek więcej już nie pokazywał się w moczu, znikły też i bole pęcherzowe. Wzwodu prącia nie doświadczał, nie miał również popędu płciowego, i co za tem idzie, — nie spółkował. Napletek „ryjkowato" wydłużony, zgrubiały i tkliwy. Otwór napletka zaledwo przepuszcza gałkowaty zgłębnik. Badanie zgłębnikiem wywołuje silny ból, świadczący o owrzodzeniu wewnętrznej powierzchni napletka. W rowku zażołędziowym chropowate złogi. Mocz odchodzi kroplami; prącie krótkie; ciało jamiste słabo rozwinięte, worek mosznowy mały, jądra słabo rozwinięte. Przy dwuręcznem badaniu stwierdza się małą objętość pęcherza w stanie tonicznego skurczu i twardy naciek w szyjce pęcherza. Po nacięciu napletka i w dalszym przebiegu choroby można było stwierdzić w całości pierwotne rozpoznanie wrodzonej stulejki z następowem samowolnem oddawaniem moczu. Po operacyjnem usunięciu stulejki mocz przestał wyciekać samowolnie, chory go oddawał bardzo często potrochu, lecz z wiedzą i wolą; częstość oddawania stopniowo stawała się mniejszą, a po 6 tygodniach wynosiła 1½—2 godzin. Wszystkie wyżej wymienione objawy słabego rozwoju i poczynającego się zaniku narządów płciowych stopniowo ustąpiły i wzmógł się popęd płciowy. *A. K.*

O. Lassar. **O dalszem przeszczepianiu kiły u szympansów.** (*Dermatologische Zeitschrift* Band XI, Heft 8, 1905). Przed kilku miesiącami przedstawiał autor w Towarzystwie lekarskiem w Berlinie szympansa, który okazywał wyraźne zmiany przeszczepionej kiły. Kiła objawiała się u tego zwierzęcia znacznem powiększeniem gruczołów łokciowych i karkowych, licznymi guzkami na dłoniach i stopach. Drobnowidowe badanie wyciętych kawałków tkanki z ognisk chorobowych wykazało utkanie, zgadzające się w zupełności z obrazem histologicznym zmian kiłowych u ludzi. Zatem przeszczepialność kiły ludzkiej na szympansy została w ten sposób stwierdzoną. Autor starał się wykazać, czy kiła u szympansów jest przeszczepialną z jednego zwierzęcia na drugie i w tym celu przy zachowaniu wszelkich ostrożności przeszczepił na kilka miejsc u zdrowego zwierzęcia wydzielinę kłykcin sączących szympansa z kiłą przeszczepioną. W dwa tygodnie po szczepieniu wytworzyły się w miejscach zakażenia owrzodzenia o charakterze wrzodów twardych, a w sześć tygodni później pojawiła się osutka guzkowa głównie na dłoniach i stopach, jakoteż na głowie i ramionach. Na podstawie swych doświadczeń, które potwierdzają przeszczepialność kiły u szympansów, sądzi autor, że możnaby na tych zwierzętach robić próby dla uzyskania surowicy przeciwkiłowej.
Dr. Stopczański.

M. Joseph. **O niezwykle długim okresie utajenia rzeżączki.** (*Dermatologische Zeitschrift*, Band XI, Heft 9, 1905). Autor opisuje w swej pracy przypadki, spostrzegane bądź przez siebie, bądź przez innych, w których to przypadkach pierwszy objaw rzeżączki występował w 2—4 tygodni po ostatniem spółkowaniu. Stern i Dreyer tłómaczą ten niezwykle długi okres utajenia rzeżączki bądź dostaniem się wydzieliny do worka napletkowego, gdzie może ona dłuższy czas pozostać i dopiero przypadkowo przy ruchach następuje zakażenie błony śluzowej cewki, albo też przewody okołocewkowe (jeżeli się znajdują), mogą być pierwszem miejscem usadowienia się zarazków, skąd za pośrednictwem rąk przeniesione być mogą do cewki. Autor sądzi, że rzeżączka o dwutygodniowym lub dłuższym okresie utajenia nie jest rzadkością i tylko z powodu nie zwracania uwagi na wywiady przypadki te zostają przeoczone.
Dr. Stopczański.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Dr. E. Freund. **O pierwszych zmianach, jakim ulega białko, wessane z narządu pokarmowego.** (*Wiener klinische Rundschau* 1905, Nr. 1). Doświadczenia były robione na zwierzętach, operowanych w trojaki sposób. W pierwszej seryi doświadczeń łączono podwiązaną aortę z żyłą bramną tak, że krew krążyła tylko od serca przez wątrobę do serca. W drugiej włączano w ten obwód także jelita. Krążenie odbywało się wtedy od serca przez tętnicę krezkową do jelit, przez żyłę bramną do wątroby i z powrotem do serca. W trzeciej tworzono krążenie od serca przez tętnicę krezkową do jelit, a przez żyłę bramną do serca z wyłączeniem wątroby. W każdem doświadczeniu badano krew, o ile ona się wzbogacała w pewne składniki. Badania te dały następujące wyniki: 1. Wskutek resorbcyi białka pokarmów zjawia się we krwi żyły bramnej tylko mała ilość wytworów dalszego rozpadu białka: główną ilość przybytku stanowi nowy gatunek białka, stojący najbliżej globulin, rozpuszczalny w wodzie i krzepnący w stężeniu prawidłowej surowicy i oddziaływaniu obojętnem w cieplocie 68—70° C. (Parapseudoglobulina). 2. Białko to, przechodząc przez wątrobę, rozkłada się na albumozy i dalsze wytwory rozpadowe, niestrącalne kwasem fosforowo-wolframowym. 3. Białka krwi, które nie przeszły przez jelita, nie ulegają w wątrobie żadnej zmianie, natomiast: 4. Jeżeli krew przeszła przez jelita, wówczas część jej białek ulega zmianie na powyżej wymienioną „parapseudoglobulinę", która później w wątrobie i innych narządach rozpada się głębiej, i to nawet wtedy, gdy ustrój głodzimy. *Seńkowski.*

Dr. E. H. Riesenfeld. **O zawartości radu w zdrojach leczniczych i borowinach.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1905, Nr. 1). Znaczna część, a może wszystkie zdroje, pochodzące z warstw głębokich, posiadają w większym lub mniejszym stopniu własności promieniotwórcze. O ile dotychczasowe badania wykazały, wody mineralne nie zawierają samych pierwiastków promieniotwórczych, lecz tylko emanacye, ponieważ promieniotwórczość tych wód zmniejsza się po zaczerpnięciu, gdy tymczasem, w razie zawartości sa-

mychże tych pierwiastków promieniotwórczość ich nie ulegałaby zmianie. Że spostrzeżenia, że promieniotwórczość wód mineralnych zmniejsza się w cztery dni po zaczerpnięciu o połowę pierwotnej wartości, można wnosić, że emanacye wszystkich dotychczas obserwowanych wód mineralnych są emanacyami radu, a nie innych pierwiastków, których emanacye mają krótszy, lub dłuższy czas trwania. Źródła, pochodzące z bardzo głębokich warstw ziemi, posiadające wodę teluryczną, o której można przypuszczać, że się stykała z rozpalonem jądrem ziemi (magma), są bardziej promieniotwórcze, niż źródła płytkie, utworzone z przesiąkającej wody atmosferycznej; ich promieniotwórczość zwykle spada do zera. W przeciwieństwie do samej wody może muł głębokich źródeł zawierać same pierwiastki promieniotwórcze, o ile dotychczasowe badania wykazały, prawdopodobnie rad i radioaktywny tor. Względnie wysoką zawartość radu okazuje muł zdrojowy z Gastein i Baden-Baden, mniejszą, ale jeszcze wybitną fango z Battaglii, gdy tymczasem borowina karlsbadzka i francensbadzka, mimo że są w tym kierunku reklamowane, wcale pierwiastków promieniotwórczych nie zawierają.

Seńkowski.

L. Brieger i M. Krause. **O jadzie, służącym do zatruwania dzid w Kamerunie.** (*Zeitschr. f. experim. Pathologie und Therapie.* Tom I, zeszyt I, 1905). Autorowie badali zatrute dzidy, któremi mieszkańcy Kamerunu posługują się w czasie polowania na słonie. Słoń, ugodzony takową dzidą, ma natychmiast padać martwy. Z wiadomości, otrzymanych z Kamerunu, dowiedzieli się autorowie, iż jad, którym zaprawiają mieszkańcy Kamerunu swe dzidy, pochodzi z drzewa, noszącego miano *strophantus*. Otrzymawszy rzeczony jad z dzid w stanie czystym, przekonali się autorowie, iż własnościami chemicznemi nie różni się on od „strofantyny", wyosobnionej przez Thomsa z rośliny *strophantus gratus*. Doświadczenia fizyologiczne, czynione na żabach, świnkach morskich i królikach, wykazały co następuje. Po wstrzyknięciu pod skórę jadu świnkom morskim i królikom zwierzęta te niebawem dostają drgawek, wśród których rychło zdychają. Badanie zwłok wykazało: serce skurczone i bez krwi, a poza tem zmian żadnych. Doświadczenia, czynione na obnażonem sercu żabiem, na które autorowie puszczali po kropli jednoprocentowego roztworu jadu, wykazały, iż następuje zmiana w działalności serca: skurcze trwały coraz dłużej, wreszcie serce stawało w skurczu, przyczem nie było w niem zgoła krwi. Żaby, po wstrzyknięciu 0,1 mg. jadu, zdychały w 40 minut; również po 40 minutach padały świnki morskie 200 grm. wagi, po dawce podskórnej, wynoszącej 0,075 mg. Dla królików 2 kg. wagi śmiertelna dawka wynosi 0,39 mg. Po takiej dawce śmierć następowała w dwie godziny. A zatem fizyologiczne działanie jadu, otrzymanego przez Briegera i Krausego z dzid kameruńskich, zgadza się zupełnie z takowem działaniem strofantyny Thomsa. *A. Wrzosek.*

L. Brieger i M. Herz. **O wpływie krótkotrwających zabiegów wodnych na krążenie i oddychanie.** (*Zeitschrift für exper. Pathologie und Therapie*, Tom I, zeszyt I, 1905). Lubo wiele już rozprawiano i pisano o wpływie ciepłej i zimnej wody na krążenie i oddychanie, to jednak badania Briegera i Herza zasługują na uwagę ze względu na ścisłe metody, jakiemi się rzeczeni autorowie posługiwali. Oddychanie i tętno osobników zupełnie zdrowych notowano na kimografie. Do zapisywania oddychania posługiwano się pneumografem Oehmkego, zaś do zapisywania tętna przyrządem Gärtnera, który można było założyć w dowolnem miejscu na kończynach. Aby zbadać wpływ zimnych zabiegów, unikając jednocześnie mechanicznego podrażnienia, posługiwali się autorowie eterem. Okazało się, iż oziębianie eterem rozmaitych części ciała nie wywołuje żadnych dostrzegalnych zmian w oddychaniu. Natomiast pocieranie skóry kawałkiem lodu wywoływało stale znaczne przyspieszenie oddychania. Pogrążając części kończyn do wody, mającej 40° C., otrzymywano niejednakowe wyniki. Krótkotrwające polewania uda wodą o 10—12° C. wywoływały zawsze przyspieszenie i pogłębienie oddychania. Wreszcie chłodne natryski 13° C. nie wpływały na częstość oddechów, a tylko powodowały głębsze wdechy. Wpływ ciepłych zabiegów na oddychanie był tak rozmaity, iż nie można było zauważyć żadnej w tej mierze prawidłowości. Co się tyczy tętna, to łagodne bodźce oziębiające, a do takich autorowie zaliczają polewanie ramienia eterem, wywoływały zmniejszenie się liczby uderzeń tętna. Zmniejszenie to w czasie ochładzania najdobitniej występowało w pierwszych sekundach. Przeciwnie, działanie zimna, połączone z mechanicznem działaniem strumienia wody, a więc polewania zimną wodą i zimne natryski zrazu wywoływały przyśpieszenie tętna, poczem następowało zwolnienie jego. Pocierając skórę lodem, czyli łącząc silne działanie zimna z łagodnem podrażnieniem mechanicznem, otrzymywali autorowie stale zmniejszenie się liczby uderzeń tętna. Początkowe przyśpieszenie tętna zawsze było nieznaczne, owszem pocierając ramię ostrożnie, nie można było całkiem zauważyć przyśpieszenia tętna. W czasie krótkotrwających zabiegów z ciepłą wodą wyniki były, z wyjątkiem jedynie ciepłych natrysków, tak różnorodne, iż żadnych ogólniejszych wniosków nie można było z nich wysnuć. Ciepłe natryski stale przyspieszały tętno, natomiast oblewania ciepłą i gorącą wodą rozmaitych części ciała jużto przyspieszały tętno, jużto opóźniały je. *A. Wrzosek.*

VI. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Zarys dziejowy

przez

Prof. Dra L. Wachholza.

„. . Słońce prawdy wschodu nie zna i zachodu."
(A. Mickiewicz).

(Ciąg dalszy).

Z pośród wielkiej liczby prac prof. Janikowskiego zajmuje pierwsze miejsce „Słownik terminologii lek. polskiej", opracowany wspólnie z Drem Kremerem i prof. Oettingerem. Prócz tej pracy liczy jego literacki, a drukiem ogłoszony dorobek 47 kazuistycznych, nieraz dla praktyki sądowo-lekarskiej nader ważnych i cennych przyczynków, oraz 3 prace treści ogólnej, t. j. „Uwagi o wykładzie medycyny publicznej, szczególnie sądowej w uniw. paryskim i niektórych niemieckich" (Pam. Tow. lek. Warsz. 1861, T. 46), „Szemat słownictwa rodzajów śmierci" (Tamże 1866, T. 55) i „O różnicy oparzelisk sprawionych za życia, lub pośmiertnych". (Tamże 1860). Wszystkie prace były ogłoszone wyłącznie tylko w polskim języku w „Pamiętniku Tow. lek. Warsz.", w „Przeglądzie lekarskim" i „Dwutygodniku med. publ."

Autor kroniki Uniw. Jag. (Kraków, 1887) wyraża się o Janikowskim: „bez zakładu, bez asystenta i dotacyi, pomimo benedyktyńskiej pracowitości nie zdołał podźwignąć katedry swego przedmiotu, niewymowny zaś, nie błyszczał jako lekarz sądowy". Zdanie to w znacznej części niesłuszne, albowiem Janikowski zdobył dla katedry osobne prosektoryum, będące na owe czasy niemal jedyną częścią zakładów podobnych, nadto uzyskał nadzwyczajną i stałą roczną dotacyę. Jeśli zaś uposażenie, zyskane przezeń, było więcej niż skromne, powinien był kronikarz pamiętać o tem, że Rząd ówczesny i zły stan finansów państwa (po wojnie włoskiej i pruskiej) nie dozwalały na szczodrobliwość w tej mierze. A zresztą i późniejszy, zabiegami następcy Janikowskiego uzyskany zakład w wynajętem prywatnem mieszkaniu, nie odpowiadał jeszcze wcale celowi i do ścisłej naukowej pracy się nie nadawał. W każdym razie to, co zdobył Janikowski dla swej katedry, nosiło na sobie w porównaniu z przeszłością piętno postępu; tem samem nie może się ostać twierdzenie, że nie zdołał on podźwignąć swej katedry. Podczas gdy do czasów Janikowskiego katedra medycyny sądowej nie posiadała żadnego inwentarza, to za jego czasów inwentarz się tworzy. Inwentarz ten składał się w chwili objęcia katedry przez jego następcę ze 122 sztuk, t. j. z 46 sprzętów (biórko, stoły, stołki, fotel, szafa, wieszadła, stół sekcyjny kryty blachą, umywalnia, lampy, pieczęć itd.), z 48 sztuk narzędzi sekcyjnych, z mikroskopu Märza, lupy wielkiej, małego spektroskopu, ważki decymalnej, przezmianu i t. d., z 20 dzieł w 23 tomach, z szkieletu jako przedmiotu muzealnego i z menzurki na 50 grm., jako przyrządu laboratoryjnego. Inwentarz ten przedstawiał wartość 673 zlr. 93 kr.

Wszystkie prace Janikowskiego są niemal wyłącznie przyczynkami kazuistycznymi. Jeżeli obecnie podobne publikacye nie dałyby się usprawiedliwić, to nie można zapominać, że odpowiadały one wymaganiom czasu. Kierunek kazuistyczny, któremu takie powagi w zakresie med. sąd., jak Casper, Maschka itd. zawdzięczają swe imię, przetrwał Janikowskiego, a stał się on podstawą nowego, t. j. obecnego kierunku badań doświadczalnych, zapoczątkowanego przez Hofmanna w Wiedniu.

Następcą prof. Janikowskiego został Dr. Leon Blumenstok, do tego czasu nadzwyczajny profesor medycyny sądowej na Wydz. prawa w Uniw. Jag.

Leon Blumenstok, później Halban, ur. w r. 1838 w Krakowie, pobierał w mieście rodzinnem nauki i tutaj uzyskał stopień doktora medycyny w roku 1862. Mimo bardzo szczupłych środków materyalnych udał się następnie na dalsze studya do Wiednia, gdzie uzyskał stopień magistra położnictwa. Od roku 1863—1865 pełnił obowiązki asystenta kliniki chorób ocznych, zostającej pod kierunkiem prof. Dra Sławikowskiego. Kilka prac z zakresu oftalmologii zjednało mu uznanie ściślejszych kolegów tak, iż Tow. oftalmologiczne w Heidelbergu zaliczyło go do grona swego. W roku 1865, mianowany lekarzem sądu krajowego, pełnił te obowiązki aż do roku 1894 tak sumiennie i chlubnie, że zjednał sobie niebywały w tym względzie rozgłos i sławę znakomitego uczonego znawcy. Umysł bystry, ruchliwy, nie zadowolnił się powodzeniem praktycznem i przemijającym rozgłosem, starał się sięgnąć po trwalsze, bo naukowe uznanie. Zaczyna więc ogłaszać zrazu spostrzeżenia z własnej kazuistyki, szczęśliwym zbiegiem okoliczności nader obfitej w wyjątkowe i cenne przypadki, potem prace, krytycznie zestawiające i oświetlające ważniejsze zagadnienia z całego obszaru medycyny sądowej, komentujące w znakomity sposób sądowo-lekarskie ustępy odnośnych ustaw, lub dobywające na jaw historyczną przeszłość medycyny sądowej. Na podstawie wybitnego dorobku literacko-naukowego uzyskał w roku 1869 stanowisko docenta med. sąd. na Wydz. prawa po wygłoszeniu wykładu: „O wpływie med. sąd. na rozwój pojęcia dzieciobójstwa“ (Czasopismo prawniczo-polit.“ Kraków 1869, str. 18). Odtąd też po raz pierwszy odbywają się na Wydziale prawa wykłady med. sąd. Wskutek wniosku Wydz. prawa z 6 listopada 1870 został w roku 1871 mianowany nadzwyczajnym bezpłatnym profesorem med. sąd. na tymże Wydziale, zaś w roku 1873 pozyskał stałą płacę. Z chwilą śmierci prof. Janikowskiego został na wniosek Wydz. lek. w dniu 1 sierpnia 1881 mianowany zwyczajnym profesorem med. sąd. i rządowej na Wydz. lek. z zatrzymaniem nadal obowiązku wykładania med. sąd. na Wydziale prawa.

Zdobywszy zasługami dotychczasowemi katedrę zwyczajną ulubionej nauki, stara się ją podnieść i przystosować do nowych wymagań. W tym celu zyskuje staraniami swemi po raz pierwszy w roku 1881/2 pomieszczenie dla zakładu med. sąd. w realności przy ul. Kolejowej L. 15 (obecny miejski urząd cłowy), składające się z 4 pokoi, zaopatrzonych w gazowe oświetlenie; uzyskuje tymczasowego służącego zakładu, później mianowanego już stale, oraz demonstratora (od roku 1882) z płacą 300 złr. rocznie. Równocześnie przebudowano w tymże czasie za jego staraniem i wskazówkami budynek parterowy, położony przy klinice lekarskiej, mieszczący już poprzednio prosektoryum sądowo-lekarskie. W ten sposób składał się zakład z dwóch oddzielnych części. Jedną stanowił lokal, wynajęty przy ulicy kolejowej, który się składał z pokoju, przeznaczonego na kancelaryę zakładu, pracownię i muzeum, z pokoju, stanowiącego salę wykładową, z pokoiku, będącego mieszkaniem demonstratora, a później przyznanego w tegoż miejsce (od roku 1888) asystenta (z płacą 600 złr.), oraz z kuchni, będącej mieszkaniem służącego. Druga część zakładu w parterowym budynku przy klinice składała się z przedsionka, prosektoryum, zaopatrzonego w górne światło i od r. 1883 w marmurowy stół sekcyjny (sprawiony za kwotę 350 złr.), i z izby przeznaczonej na składanie zwłok przed sekcyą i po niej. Na urządzenie zakładu wyjednał w r. 1881 nadzwyczajną dotacyę w kwocie 600 złr., w roku 1883 i 1884 w kwocie 350 złr. (na zakupno stołu do sekcyi), wreszcie w roku 1891 w kwocie 300 złr. na zakupno mikroskopu Reicherta. Ponadto uzyskał od roku 1862 podwyższenie dotacyi zwykłej rocznej ze 100 złr. na 150, od roku 1886 na 200 złr. W tych warunkach rozwija się zakład z roku na rok pomyślniej, zwłaszcza zaś szybko wzbogaca się jego dziś niemal kompletny księgozbiór, dzięki stałym dorocznym jego darom. Wyniki zabiegów prof. Halbana około rozwoju zakładu przedstawia najlepiej stan inwentarza tego zakładu z roku 1895 w chwili, gdy zakład przeniesiono do nowo zbudowanego „Collegium medicum“. Inwentarz ten wykazuje znaczny postęp w uposażeniu zakładu, gdy się uwzględni stan jego w chwili objęcia kierownictwa przez Blumenstoka. Obejmuje on sprzętów, przeważnie jeszcze bardzo skromnych 49, narzędzi i przyborów do sekcyi zwłok 66, przyrządów naukowych (w tem 4 mikroskopy, jeden mały spektroskop Steinheila na podstawie, jeden spektroskop ręczny, stolik ruchomy do mikroskopu, mikroskop do preparowania, okular widmowy wedle Browinga) 23, wreszcie dzieł, atlasów i broszur 386 w 517 tomach i poszytach. Łączna wartość inwentarza wynosiła 5320 kor. 74 h. Prof. Halban usiłował także stworzyć zbiór preparatów z ważniejszych przypadków, które były przedmiotem sekcyi sądowo-lekarskich i policyjno-sanitarnych, dokonywanych w zakładzie. Zbiór ten liczył z końcem r. 1895 razem 90 preparatów, z czego 45 przypada na kości, przedstawiające różne ślady obrażeń; pozostała zaś połowa na preparaty z części miękkich, przechowywane w alkoholu. Zbiór preparatów przechowanych w alkoholu, był jeszcze liczbowo szczupłym i składał się przeważnie z okazów, nieodpowiednio dla braku środków pomieszczonych, wskutek czego też znaczna ich część (15) uległa z biegiem czasu zniszczeniu.

Działalność nauczycielska i naukowa prof. Blumenstoka (Halbana) były bardzo doniosłe. Umysł ruchliwy i bystry, wielkie ogólne, zwłaszcza zaś literackie, historyczne i prawnicze wykształcenie, obok rozległego doświadczenia zawodowego, zdobytego wieloletnią i nader wydatną praktyką sądowo-lekarską, oraz dar jasnego przedstawienia w żywem słowie i piśmie swojego przedmiotu czyniły jego wykłady w wysokim stopniu zajmującymi i wręcz popularnymi. Wykłady te wygłaszane wykwintnym i co najważniejsza poprawnym co do formy stylem, ubarwione przytoczeniami, zaczerpniętemi z dzieł poetów (zwłaszcza Szekspira), stanowiły dla ucznia, znużonego trudami pracowni i klinik, prawdziwy duchowy wypoczynek. Tę właściwość tak jego wykładów, jak i prac drukiem ogłaszanych, podniósł z naciskiem prof. Kratter z Gracu w liście kondolencyjnym, napisanym po jego śmierci: „Przedewszystkiem musi się go zaliczyć do rzędu ludzi o najszerszym umyśle wśród autorów naszego zawodu ściślejszego, a liczne jego prace składają wymowne świadectwo o ogólnem wszechstronnem wykształceniu, które staje się niestety coraz rzadszem w dzisiejszej pogoni za specyalistyczną drobiazgowością. Rzadko tylko spotyka się dziś autora lekarskiego, który umie jeszcze przytoczyć ustępy z Goethego, Szekspira, Byrona, Owidyusza, a tem bardziej Homera“. Jednak ta płynna i ujmująca forma wykładu, ilustrowanego obficie przypadkami, zaczerpniętymi bądź z własnej, bądź z obcej kazuistyki, zacierała niekiedy szczegóły techniczne i rzeczowe, których zresztą z powodu braku odpowiednio urządzonej pracowni i środków, szczupłości zbiorów itd. nie można było tak uwydatnić, jakby to było pożądanem, zapomocą doświadczeń lub liczniejszych demonstracyi okazów. W każdym razie i w tym demonstracyjnym kierunku jego wykładów, jakkolwiek nie mógł on jeszcze odpowiedzieć istotnym wymaganiom, zaznaczał się widoczny postęp w porównaniu z przeszłością, w której wykład polegał tylko na suchym teeretycznym wywodzie. W tych warunkach nie mogły być w wykładzie należycie uwydatniane te działy przedmiotu, które bez demonstracyi lub doświadczeń musiałyby się równać odczytaniu ich z jakiegokolwiek podręcznika. Do działów tych należy zaliczyć dział o badaniu śladów krwawych, zwłaszcza zaś dział o otruciach. Ponieważ niedostateczne uposażenie i pomieszczenie zakładu w prywatnej realności nie dozwalały jego współpracownikom, tj. demonstratorom,

a później asystentom, wykształcić się odpowiednio w pomocniczych i przygotowawczych gałęziach nauki lekarskiej, przeto zachęcał ich do uzupełniania swej wiedzy w tym kierunku w zakładach chemii, fizyologii, anatomii patologicznej itd. Uznając zaś wielką doniosłość praktycznego wykształcenia uczniów swych wogóle, wyjednał on w r. 1881 od magistratu odpowiedni materyał w zwłokach ludzkich, przesyłany zakładowi do sekcyi sądowych i policyjno-sanitarnych. Sekcye te odbywały się w obecności uczniów; sekcye sądowe wykonywane były przez asystenta i profesora, sekcye zaś policyjno-sanitarne wykonywali uczniowie pod jego lub jego asystenta kierunkiem.

W tem zarządzeniu, wielce doniosłem dla praktycznego wykształcenia uczniów, ujawnia się znaczny postęp nauczania medycyny sądowej w przeciwstawieniu do czasów dawniejszych, a postęp ten — to wielka zasługa Blumenstoka. Liczba dorocznie wykonywanych w zakładzie sekcyi wzrastała z biegiem lat stale. Wynosiła ona w r. 1882 (od 1/X—31/XII) ogółem 16 sekcyi (11 policyjnych, 5 sądowych); w r. 1883 sekcyi 61 (45 pol. 16 sąd.); w. r. 1884 sekcyi 67 (55 pol. 12 sąd.); w r. 1885 sekcyi 70 (54 pol. 16 sąd.); w r. 1886 sekcyi 65 (53 pol. 12 sąd.); w r. 1887 sekcyi 76 (63 pol. 13 sąd.); w r. 1888 sekcyi 86 (79 pol. 7 sąd.); w r. 1889 sekcyi 77 (67 pol. 10 sąd.); w r. 1890 sekcyi 78 (66 pol. 12 sąd.); w r. 1891 sekcyi 73 (59 pol. 14 sąd.); w r. 1892 sekcyi 88 (77 pol. 11 sąd.); w r. 1893 sekcyi 90 (83 pol. 7 sąd.); w r. 1894 sekcyi 100 (87 pol. 13 sąd.). Jakkolwiek podane tu liczby odbytych sekcyi nie były zbyt znaczne, a nawet wystarczające, aby przy przypadającej na te lata bardzo wielkiej liczbie słuchaczy obdzielić niemi wszystkich uczniów, w każdym jednak razie stanowiły one dostateczny materyał naukowy i do nauczania. Ten dotąd niebywały materyał sekcyjny umożliwił pracę naukową nie tylko samemu profesorowi, lecz także jego asystentom. (Dok. nast.)

VII. † Gustaw Piotrowski,

doktór wszechnauk lekarskich, profesor fizyologii w lwowskiej Akademii weterynaryi i docent tegoż przedmiotu w Uniwersytecie lwowskim, zakończył życie w Krakowie dnia 28 stycznia, licząc lat 41. Zmarły, syn profesora Uniw. Jagiel., urodził się w Krakowie; w rodzinnem mieście ukończył szkoły średnie i Wydział lekarski. Otrzymawszy stopień doktora wszechnauk lekarskich, poświęcił się fizyologii, i jako stypendysta studyował ten przedmiot zagranicą, szczególnie w Anglii. Z tych lat ogłosił kilka prac z zakresu fizyologii; w latach następnych był spółpracownikiem „Nowej Reformy“, wreszcie nie bez powodzenia próbował pióra na arenie studyów literackich.

Obdarzony niepospolitą zdolnością, gruntownie wykształcony, piękny, silny, wymowny, zdawało się, że wśród warunków, w których przebiegała jego młodość, przyszłość gotuje mu stanowisko pierwszorzędne w nauce i społeczeństwie. Los zawistny inaczej jednak pokierował jego życiem: ponad bogactwem przyrodzonych zalet i ponad skarbami nabytej wiedzy, rozpostarł swe czarne skrzydła wampir obłędu samobójczego i wyssał z jego duszy wszelką uciechę istnienia, wszelki urok życia; a gdy dwa targnięcia się nie skruszyły żelaznej budowy, cios trzeci nie zawiódł. Zmarł człowiek dręczony przez całe życie obłędnym popędem: spokój, którego nie zaznał na ziemi, niech go osłoni w życiu wiecznem.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

I. Ponieważ zwołane na dzień 29 stycznia b. r. Walne Zgromadzenie „Kasy chorych lekarzy“ z powodu braku kompletu nie przyszło do skutku, przeto

II Walne Zgromadzenie

odbędzie się w sobotę, dnia 25 lutego b. r. o godzinie 6 wieczorem we Lwowie w Lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska l. 11, na dole).

Porządek dzienny:

Zmiana statutu.

Zwracamy uwagę, że w myśl § 21 ustęp 8 to zgromadzenie uchwala ważnie przy jakimkolwiek komplecie.

Lwów, dnia 30 stycznia 1905.

Kasa chorych lekarzy.

Zastępca sekretarza: *Dr. Skałkowski.* Przewodniczący: *Dr. Festenburg.*

II. Ze sprawozdania „Administracyi znaczków receptowych“ przedłożonego Prezesowi Tow. samopomocy, jako władzy kontrolującej, wynika, że ruch znaczkowy jest bardzo ożywiony i zapotrzebowanie znaczków zwłaszcza na prowincyi duże. Od 15 grudnia 1904 do 16 stycznia 1905, czyli w ciągu jednego miesiąca, wysłała administracya 113,150 sztuk znaczków; za ten czas wpłynęło z rozprzedaży 708 kor. 69 hal. do pocztowej Kasy oszczędności w Wiedniu, a 169 kor. 71 hal. wprost do administracyi w Krakowie, czyli razem przyniosła sprzedaż znaczków w ciągu 4 tygodni 878 kor. i 40 hal.

Dr. Langie, generalny sekretarz.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 2 lutego.

Polskie Towarzystwo balneologiczne w Krakowie zawiadamia:

Zjazd balneologiczny polski, połączony z wystawą balneologiczną, urządzony przez polskie Towarzystwo balneologiczne, odbędzie się w Krakowie w dniach 6 i 7 maja b. r. Szczegółowy program Zjazdu zostanie później ogłoszony. Wyjaśnień udziela prezes Towarzystwa Prof. Dr. Ludomił Korczyński (Kraków, Kopernika, 2). Wydział Towarzystwa prosi o wczesne nadsyłanie zgłoszeń, odczytów i przedmiotów na wystawę.

* Ministeryum spraw wewnętrznych przygotowało dla parlamentu „Sprawozdanie statystyczne zarejestrowanych kas pomocniczych“ (Hilfskassen) w Austryi za r. 1902. Z dokumentu tego dowiadujemy się, że w roku sprawozdawczym powstało nowych Kas 35, a rozwiązało się 5 — tak, że przyrost w tym roku wynosi Kas 30. Ogólna liczba Kas w Austryi przy końcu roku 1902 wynosiła 166; z tej liczby w pełnym ruchu było 142. Kas majsterskich, tak zapomogowych, jak i Kas chorych było 67, z których 58 było w pełnym ruchu; działalność tych ostatnich ograniczała się do zapomóg podczas choroby i zasiłków na pogrzeby. W 142 Kasach czynnych było członków 141.217. Wsparć dla chorych wypłaciły Kasy za 509,487 dni, z których na połogi przypada 19,277 dni. Koszta pogrzebu zapłacono w 1227 przypadkach.

* Zawieszenie broni, które nastąpiło po burzliwych zatargach niższo-austryackiej Izby lekarskiej z tamtejszem namiestnictwem, nie długo trwało: obecna Izba podjęła uchwałę swej poprzedniczki, uznającej przyjęcie przez lekarza posady płatnej w zarejestrowanych Kasach chorych za czyn szkodliwy dla stanu lekarskiego, a tem samem karygodny i pociągający za sobą dochodzenia Rady honorowej; temu stanowisku Izby sprzeciwiło się namiestnictwo; Izba zatem nietylko nie doznaje od władzy poparcia, ale przeciwnie, zwalczanie działalności Izby wiedeńskiej weszło w zwyczaj namiestnictwa. Złożenie mandatów przez Izbę niższo-austryacką jest na porządku dziennym jej obrad.

* Profesor U. J. Dr. Kazimierz Kostanecki, mianowany został członkiem zagranicznym królewskiego czeskiego Towarzystwa naukowego w Pradze.

* XXXIV-ty kongres chirurgów niemieckich odbędzie się w dniach 26—29 kwietnia b. r. w Berlinie.

* XXVI-ty kongres balneologów odbędzie się między 9 a 13 marca b. r. w Berlinie.

* Do zarządu Towarz. lekar.-wileńskiego zostali wybrani na rok 1905: Wojnicz prezesem, Marenicz wiceprezesem, Lapides i Zawadzki sekretarzami, Sumorok, bibliotekarzem, Rudzewicz skarbnikiem.

* Z urzędowego sprawozdania dowiadujemy się, że epidemia moru, która pojawiła się w końcu listopada z. r. w prowincyi uralskiej, objęła kraj kirgizów i ziemię kozaków, gdzie do tej pory grasuje. Cholera nie wygasa jeszcze ciągle na Kaukazie, skąd została zawleczoną do prowincyi zakaspijskiej i gubernii: saratowskiej, samarskiej i astrachańskiej.

* »Russki Wracz« w ostatnim N. donosi, że na 120 wysłanych a 100 skradzionych pakunków, przeznaczonych dla wojska walczącego w Mandżuryi, w liczbie tych ostatnich znajdowały się wszystkie przybory do przyrządu Rontgena.

* Między 8 a 14 stycznia doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w powiecie liskim, oraz stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: dobromilskim (1 gm.), doliniańskim (2 gm.), jaworowskim, kamioneckim (po 1 gm.), lwowskim (2 gm.), mościskim (1 gm.) mieleckim, rawskim (po 2 gm.), tarnopolskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Minkowski mianowany został profesorem wewnętrznej medycyny w Gryfii. Doc. fizyologii w Wrocławiu Dr. Jensen, otrzymał tytuł profesora.

Nekrologia. Dr. Konrad Dynowski, lekarz kolei południowo-zachodniej, rodem z Ukrainy, wychowaniec kijowskiego uniwersytetu, zakończył życie w Berdyczowie, licząc lat 68. Dr. Wolfe, b. prof. okulistyki, zmarł w Glasgowie. Prof. otyatryi w Berlinie Dr. Jacobson zmarł w 52 r. życia.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 2. Polak: Nowoczesne urządzenia do produkcyi limfy ospowej stosowane, oraz w szczególności o urządzeniu Instytutu publicznego szczepienia ospy w Warszawie (dok.). Załęski: Ruch ludności miasta Warszawy w r. 1903 porównawczo z innemi miastami.

— *Gazeta lekarska* Nr. 3. Ołtuszewski: Obrazy patologii mowy w świetle nauki współczesnej, oraz zasady leczenia zboczeń mowy. Bełkowski i Starkiewicz: O zachowaniu się roztworów kwasów wlanych do żołądka (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 3. Mutermilch: Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kw. moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie (c. d.). Palmirski i Żebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłoniczej (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 4. Rubeška: Zvápenělý fibrom septa rektovaginalního překážkou porodní. Chodounský: K reformním snahám v medikamentosní therapii. Peigerové: Nova pozorováni o substituci svalove.

— *La Presse médicale* Nr. 5. Cruchet: Drganie mięśni *(tic)* a sen. Romme: Odporność otrzewnej i wstrzykiwania leukotaksycznej surowicy w chirurgii brzusznej.

— Nr. 6. Josué: Podstawa powstawania niektórych przypadków ostrego obrzęku płuc. Delage: Wskazania do histeroktomii brzusznej z powodu zapalenia przydatków.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 4. Lesser: Leczenie tocznia metodą Finsena. Greeff: Bąblowiec oka. Baum: Miejscowy wpływ nadnerczyny, brenckatechiny i sperminy na krążenie. Huismans: Ostre, krwotoczne, rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia pod postacią występującego porażenia rdzeniowego. Holz: Wyleczenie dwóch przypadków obustronnego wysadzenia gałek ocznych i jednego przypadku pląsawicy zapomocą usunięcia wyrośli gruczołowatych.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 4. Meyer i Eisenreich: Leczenie białaczki promieniami Röntgena. Winkler: Technika leczenia białaczki promieniami Röntgena. Wendel: Leczenie białaczki promieniami Röntgena. Schieffer: Dalsze przyczynki do leczenia białaczki promieniami Röntgena. Erdmann: Użycie błękitnych szkieł przy doświadczeniach ze sztucznem światłem, oraz opis prostego przyrządu do praktycznych badań poczucia barw. Juliusberg: Siarkan cynku czy też sole srebra w leczeniu rzeżączki? Galewsky: Zawodowe formalinowe zanogcice i zapalne zmiany w skórze. Mendel: Śródżylne leczenie salicylowe i jego znaczenie rozpoznawcze. Meyer: Przypadek rwy kulszowej powikłanej liszajem. Heil: 144 porodów kleszczowych (dok.). Bruns: Próby odkażania przy tęgoryjcu (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 4. Dirmoser: Porównawcze uwagi nad niepowściągliwemi wymiotami a drgawkami. Haim: Przyczynek do zapalenia przykątniczego na tle pneumokoków. Jonas: Działanie eumidryny na nocne poty suchotników. Sorgo: Leczenie gruźlicy krtani światłem słonecznem, oraz pomysł tego leczenia światłem sztucznem. Neudörfer: Śródżylna influzya tlenu.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 4. Tillmanns: Leczenie zapomocą zastoju żylnego. Casper: Rozpoznanie i leczenie gruźlicy nerek (dok.). Edinger: Choroby układu nerwowego z zużycia (dok.). Barth: Symptomatologia obustronnego porażenia n. twarzowego. Libbertz i Ruppel: Uodpornienie bydła przeciw gruźlicy (perlicy) i próby z surowicą gruźliczą. Fischer: Nabłoniak kosmówki i torbiel luteinowy. Brat: Działanie ciał białkowatych peptonów i peptydów na krzepliwość krwi.

Redakcya otrzymała. Żeleński i T. Cybulski: Ueber das Vorkommen der Markzellen (Myelozytten) im kindlichen Blute. Dr. Pawiński: 1) Napięcie tętnicze w okresie przekwitowym u kobiet. 2) Hyposthenia cardio-vasculosa climacterica.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 4 (od dnia 22/I do 28/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 33, dziew. 21; nieżywo: chł. 3, dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 26, kob. 19; zamiejscowych: męż. 13, kob. 11.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. , 13 ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 8, ob. 5. 4) dławiec i błonica: miej. —. ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 2. ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 10, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. , ob. —. **Razem:** miejscowych 45, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Wyrób termometrów na większą skalę jest przemysłem stosunkowo młodym, gdyż nie liczy jeszcze stu lat, dziś jednak rozwinął się niezmiernie, gdyż samych n. p. tylko termometrów lekarskich wyrabia Turyngia rocznie około miliona. Już z tego ocenić można, jak wielką jest dziś ta gałąź przemysłu, zwłaszcza, jeżeli się zważy, że termometrów lekarskich rozchodzi się znacznie mniej, niż innych rodzajów termometrów. Narzędzia tego potrzebują przecież oprócz lekarzy chemicy, fizycy, technicy we wszelkich gałęziach wytwórczości, nie mówiąc już o szerokiej publiczności. W kraju naszym leżała dotąd zupełnie odłogiem ta gałąź przemysłu, zatrudniająca w Niemczech tysiące robotników. Obecnie założona w Krakowie pierwsza na ziemiach naszych fabryka termometrów i innych szklanych przyrządów naukowych K. G. Hildebrandta, kształcąc robotników krajowych, będzie zarodem nowej gałęzi przemysłu krajowego, mogącego się w przyszłości niepospolicie rozwinąć.



FORMAN.

(Chlormethylmenthyleter C_{10} H_{19} O CH_2 Cl).

Przeciw katarowi! Przez wielu lekarzy klinicznie wypróbowany i używany jako **swoisty, idealny lek w katarze.** Polecany jako środek ochronny i kojący w grypie. Sposób zastosowania: Jako zapobiegawczy lub w lekkich postaciach nieżytowych formanowa wata. W cięższej postaci nieżytu formanowe pastylki do wziewań zapomocą formanowego naczynia do wziewań. Użyty stosownie nie zawodzi.

Próbki i literatura opłatnie. 156 a

DREZDEŃSKIE CHEMICZNE LABORATORYUM, LINGNER, DREZNO.

Filia dla Austro-Węgier: K. A. LINGNER, Bodenbach n. E.

(Podmokłe).

Creosotal i Duotal „Heyden"

uznano najskuteczniejszymi lekami **w gruźlicy, zapaleniu płuc, nieżytach oskrzelowych i zołzach.** Nie wywołują ubocznych objawów, nie są trujące, nie posiadają przykrego zapachu i smaku kreozotu i gwajakolu. Nie drażnią żołądka i jelit. Nie wywołują biegunki, nudności i wymiotów. Nawet w dużych dawkach chorzy te przetwory znoszą. Pobudzają w wysokim stopniu łaknienie. Szybka poprawa stanu ogólnego jak przybytek ciężaru ciała, lepszy wygląd, zmniejszenie kaszlu i wykrztuszania Gruźlica w pierwszym okresie uleczalna w kilku miesiącach.

Calodal, łatwo wessalny odżywczy przetwór białkowy do zastosowania podskórnego, szczególnie jednak w lawatywach lub per os. **Lawatywy odżywcze z kalodalu** są tanie, łatwo się wsysają i lepiej opierają się gniciu jelitowemu od innych lawatyw odżywczych.

Próbki i literaturę przesyła 2e

Chemiczna fabryka Heydena, Radebeul-Drezno.

1902. Vyškov. Srebrny medal wystawy. Vyškov, 1902.

Linimentum Mentholi Chloroformiatum

compos. (Lin. mentholi chlorof. comp. aptekarza Fr. Sedláčka). Mag. farm. Franciszka Sedláčka, aptekarza w Kyjove (Gaya) na Morawach, odpowiada swym składem i ceną zupełnie wymaganiom ustawy, a jest znakomitym środkiem w gośćcu, dnie, gośćcu mięśniowym, w bolesnych cierpieniach narządu słuchowego zapomocą wcierań w okolicę ucha, w **nerwobolach**; działa pewnie przeciw gośćcowym bólom głowy i zębów, przeciw zwiotczeniu mięśni po wytężającej pracy, długich pochodach i wycieńczających chorobach.



Linimentum mentholi chlorof. comp. jest prawnie zabezpieczone od naśladowań znakiem ochronnym, obok podanym i zaregestrowaną nakrywką flaszek. Należy żądać i zapisywać zawsze wyraźnie **Linim. menth. chloroform.** compos. orig. Fr. Sedláčka.

Skład główny dla Austro-Węgier prócz Czech, Moraw i Śląska **Bruno Raabe**, Wiedeń V/1, handel leków i chemikaliów en gros, Wehrgasse 16; dla Czech, Moraw i Śląska **Milde & Rössler**, handel leków i chemikaliów en gros w Pradze. 155

Ceny: Wielka flaszka K. 2·20, mała K. 1·10. — Zamówienia poczt wysyła się natychmiast. Mniej niż 2 flaszki nie wysyła się.

Lekarze, utrzymujący aptekę domową, otrzymują 30% opustu.

Nauka o chorobach wewnętrznych

w trzech tomach.

Wyszły z druku:

Tom I. (3 zeszyty): Choroby układu nerwowego, choroby zakaźne, zatrucia, choroby wymiany materyi.

Tom II. (3 zeszyty): Choroby górnych dróg oddechowych, choroby płuc, choroby serca i układu naczyniowego, choroby narządu ruchowego, choroby gruczołów.

Tom III. (4 zeszyty, ostatni w druku). Choroby dróg moczowych, wątroby, trzustki, śledziony, przewodu pokarmowego i otrzewnej. Wody mineralne. Ogólny pogląd na choroby zakaźne. Zboczenia mowy.

Opracowali; Dr. Biegański, Prof. Domański, Prof. Gluziński. Prof. Jaworski, Prof. Ed. Korczyński. Prof. L. Korczyński, Dr, Latkowski, Doc. Marischler, Dr. Ołtuszewski, Dr. Pisek, Dr. Pruszyński, Prof. Pieniążek, Prof. Prus, Doc. Wiczkowski, Dr. Wilczyński. Wydał Prof. Jaworski.

Cena pierwszych 2 tomów w prenumeracie po 9 K.; cena tomu III 12 K.

Do nabycia w księgarniach: H. ALTENBERGA WE LWOWIE i S. A. KRZYŻANOWSKIEGO W KRAKOWIE.

173

MERAN

sucha, słoneczna i zaciszna stacya podalpejska zimowo-wiosenna, idealny pobyt dla ozdrowieńców, organizmów małokrwistych i osłabionych, dla neurasteników i osób przepracowanych.

Chorzy tego rodzaju znajdą staranną opiekę lekarską, znakomitą kuchnię dyetetyczną, jakoteż wszelkie urządzenia fizykoleczniczo, **w pierwszorzędnym zakładzie leczniczym Dr. Bindera w willi „Stephanie".**

Gruźliczo-chorych zakład **bezwarunkowo** nie przyjmuje. 153

Zakład jest wspaniale położony, urządzenie jego jest ostatnim wyrazem komfortu i hygieny.

Ceny umiarkowane. — Adres: Dr. Binder, Meran.

Konkurs

na posadę lekarza okręgowego w Tymbarku z płacą 1.000 koron i ryczałtem na objazdy 800 koron rocznie rozpisuje Wydział powiatowy w Limanowej do dnia 15 lutego 1905.

Rok XLIV. Kraków 11 Lutego 1905. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

O rzadkiej postaci niemiarowości ruchów serca (arytmii) spostrzeganej w przebiegu ostrego zapalenia osierdzia.

Podał

Dr. Maryan Franke, asystent kliniki.

Zapatrywania na źródło ruchów serca uległy w ostatnich dziesiątkach lat znacznej zmianie, a chociaż dziś jeszcze nie jest rozstrzygnięte pytanie, czy ruchy serca odbywają się pod wpływem podniet z układu nerwowego śródsercowego, czy też są wytworem samoistnym mięśnia sercowego, to przecież teorya samodzielności mięśnia sercowego znajduje coraz więcej zwolenników.

Według dawniejszej teoryi „nerwowej“ — grupy komórek zwojów śródsercowych, odkryte przez Remaka, Biddera i Ludwika, są ośrodkami ruchowymi i koordynacyjnymi serca; z nich to wychodzące podniety, rytmiczne i odpowiednio po sobie postępujące, są źródłem skomplikowanej czynności serca. Komórki mięśnia sercowego uważać natomiast należy jako narządy, zupełnie bierne, niesamodzielne. Każdy ruch mięśnia sercowego jest zatem tylko oddźwiękiem zmian, zaszłych w komórkach zwojowych. Jak wiemy, łączność między układem nerwowym ośrodkowym, a zwojami śródsercowymi, tworzą nerw błędny i spółczulny, a za ich pośrednictwem czynność zwojów śródsercowych, a tem samem i serca, ulegać może zmianom odpowiednio do zmienionych warunków zapotrzebowania.

Z żyjących uczonych zwolennikami tej teoryi są jeszcze Kronecker[1]) i Cyon[2]).

Przechodząc do teoryi nowszej, „mięśniowej“ zauważyć należy, że Gaskel, a potem Engelmann, pierwsi postawili pytanie, czy czynność serca nie może przecież się odbywać bez współudziału układu nerwowego, czyli, że w samym mięśniu leżałoby źródło ruchów serca. Tak powstała teorya „mięśniowa“, a opiera się ona głównie na całym szeregu doświadczeń Engelmanna, dalej badaniach Romberga i Hisa *jun.*, którzy wykazali obecność skurczów rytmicznych serca u płodu, w czasie, kiedy ono jeszcze nie zawiera komórek zwojowych, dalej na badaniach samodzielnego ruchu koniuszka serca, który nie posiada wcale komórek nerwowych, badaniach porównawczych u innych zwierząt i t. d.

Według tej teoryi każdą komórkę mięśnia sercowego należy uważać jako narząd samodzielny, który posiada zdolność samodzielnego wytwarzania podniet (*Reizerzeugung*), przewodzenia ich (*Reizleitung*), pobudliwości (*Reizbarkeit*) i kurczliwości (*Contractilität*) pod wpływem jakichkolwiek podniet. Cztery te zasadnicze własności komórki mięśnia sercowego zostają w pewnej zależności od siebie, a przedewszystkiem od skurczu (*systole*) mięśnia. Następstwem kombinacyi ich jest ruch rytmiczny serca. Największą zdolność wytwarzania podniet posiadają komórki mięśniowe w okolicy wpadania żył do przedsionków i one też nadają takt ruchowi całego serca.

Według tej teoryi komórki zwojów śródsercowych mają tylko znaczenie podrzędne, jako ośrodki czuciowe, a może i odżywcze.

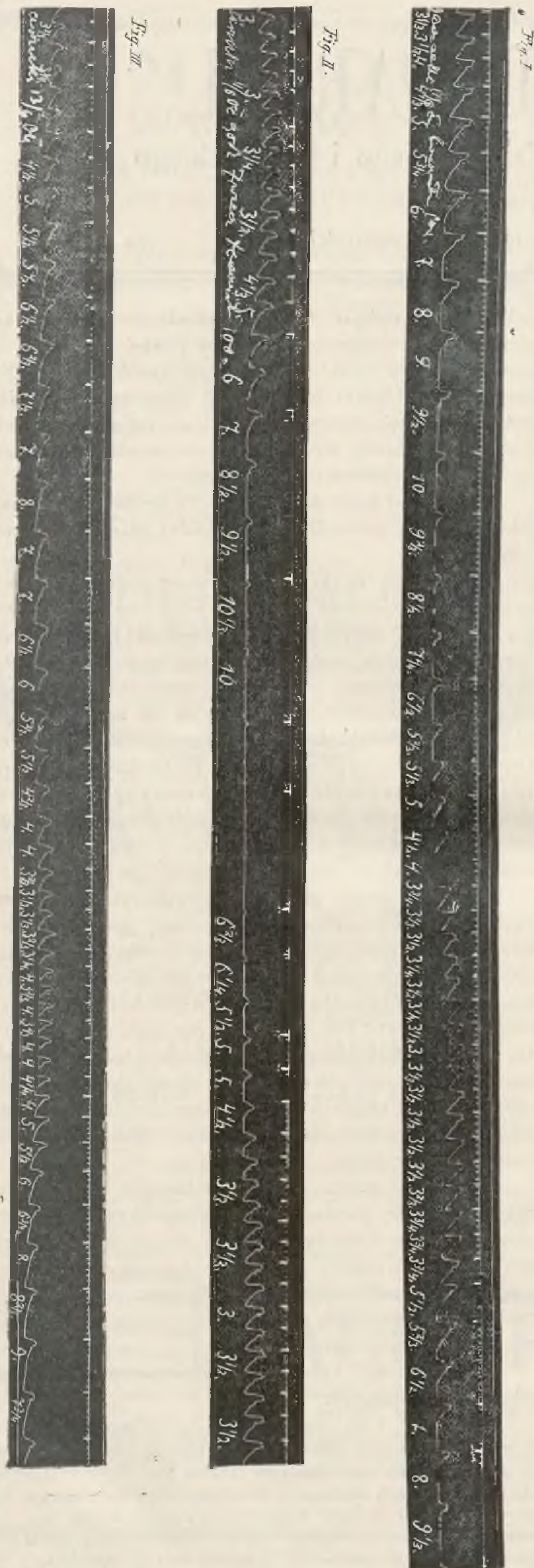
Według tej teoryi układ nerwowy pozasercowy (t. j. nerw błędny i spółczulny) działa wprost na komórki mięśnia sercowego bez pośrednictwa zwojów śródsercowych, a zmieniając cztery, wyżej podane, zasadnicze ich własności, umożliwia zastosowanie się czynności serca do zmieniających się warunków zapotrzebowania. Wpływ ich na wytwarzanie się podniet w komórkach mięśnia sercowego nazywa Engelmann „chronotropowym“, na przewodzenie „dromotropowym“, na pobudliwość „bathmotropowym“, a na kurczliwość „inotropowym“. Działanie to może być dodatnie, t. j. zwiększające, lub ujemne, t. j. osłabiające wspomniane własności.

Tak w krótkości przedstawia się teorya „mięśniowa“ Gaskel-Engelmanna, którą uznają prawie wszyscy fizyolodzy. Przyjęła się ona w klinice dzięki temu, że stawiając na pierwszy plan mięsień sercowy, pozwala nam wytłómaczyć wiele objawów, których wyjaśnienia nie dawała teorya „nerwowa“. Jak dotąd daje ona nam cenne praktyczne wyniki, odnoszące się do rokowania i leczenia chorób sercowych. Podnieść również należy skutki teoryi „mięśniowej“, dotyczące zapatrywania na rozmaite rodzaje niemiarowości (*arythmia*) serca, której przyczyny tłómaczy nam ona dzisiaj inaczej i jaśniej.

Od szeregu czasu w klinice lekarskiej Uniw. lwowskiego zajmujemy się szczególnie zachowaniem się niemiarowości serca w rozmaitych stanach chorobowych, a wynik tych spostrzeżeń później w całości będzie ogłoszony. Wśród tych badań natrafiliśmy na przypadek sam przez się w kierunku niemiarowości tak ciekawy, że zdaniem naszem zasługuje na osobne ogłoszenie.

Przypadek ten, którego historyę choroby w skróceniu podaję, jest następujący:

Chory *J. Z.*, l. 68, przebywał w klinice od 19/2 do 14/6 1904. Wywiady. Obciążenia dziedzicznego w żadnym kierunku wykazać nie można. Żona chorego umarła na gruźlicę płuc. Dzieci chorych nie miał. W dzieciństwie, ani później do 66 roku życia nie chorował. Oddawna nadużywał napojów wyskokowych i przed dwoma laty, t. j. w 66 r., zapadł na obłęd opilczy. Tytoniu nie nadużywał, a chorób wenerycznych nie przebywał wcale. Ostatnia choroba zaczęła się z początkiem stycznia b. r. dreszczykami, podwyższeniem ciepłoty, kłuciem



po stronie prawej klatki piersiowej, kaszlem i dusznością, a kiedy objawy się zwiększały, chory zgłosił się do kliniki, gdzie został przyjęty 19/2 1904.

Stan obecny. Wzrost niski, budowa kośćca mierna, kręgosłup okazuje silne zboczenie na lewo i ku tyłowi (*kyphoscoliosis*). Odżywienie podupadłe. W narządzie oddechowym stwierdzono objawy otorbionego surowiczego wysięku opłucnowego po stronie prawej, zrosty opłucnowe po lewej, zagęszczenie w obu szczytach płuc, rozedmę płucną i rozległy nieżyt oskrzelowy. Oddechy 26—28 na minutę, nasilone. W narządzie krążenia stwierdzono, że uderzenie koniuszkowe serca jest słabe, macalne i widzialne w V przestworze międzyżebrowym w linii sutkowej lewej. Stłumienie serca sięga na prawo do linii mostkowej lewej, a na lewo schodzi się z uderzeniem koniuszkowem serca. Przysłuch wykazuje nad koniuszkiem dwa czyste tony; nad tętnicą płucną dwa tony, drugi wzmocniony, a nad tętnicą główną pierwszy ton nieczysty, a drugi również wzmocniony. Nad podstawą serca słychać słabe tarcie osierdziowe. Tętnice obwodowe o ścianach zgrubiałych, lekko pokręcone, tętnica sprychowa słabo wypełniona i słabo napięta. Tętno regularne, równe, około 80 uderzeń na minutę. Żyły na szyi i na brzuchu lekko rozszerzone, tętnienia nie okazują. Na twarzy i kończynach lekka sinica. Wątroba powiększona, sięga jeden palec niżej łuku żebrowego, zresztą innych zmian w jamie brzusznej nie stwierdzamy. Obrzęków niema. Ciepłota 37·5° C. Mocz o składzie prawidłowym.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało wówczas: *Condensatio apicum pulmon. utriusque; emphysema pulmonum, bronchitis diff. chron., concretiones pleurales ambilaterales praec. dextr., exsudatum pleuriticum serosum saccatum dextrum, pericarditis obsoleta, processus atheromatosus, kyphoscoliosis.*

Z przebiegu zaznaczyć muszę, że objawy zapalenia opłucnej, mimo kilkukrotnego wypuszczania płynu utrzymywały się stale aż do końca życia, stan podgorączkowy również, a przytem wzrastało osłabienie i wyniszczenie. Tętno zawsze regularne między 80—90.

Dnia 7/6 1904 nad podstawą serca świeże tarcie osierdziowe. Tętno 100, słabo napięte, oddechów około 30. Ciepłota 37·8° C.

Z dnia na dzień objawy zapalenia osierdzia wyraźniejsze. Ciepłota 10/6 dochodzi do 38·4° C.

11/6. Niemiarowość (*arythmia*) serca po raz pierwszy (patrz *Fig. I i II*).

Chory znacznie osłabiony, senny, lekko zamroczony, ale odpowiada dobrze na zadane pytania. Oddechy 28—30 na minutę.

Dnia 12/6 i 13/6 niemiarowość serca stała, choć nieco w odmiennej formie (patrz *Fig. III*), osłabienie znaczniejsze.

Dnia 14/6. Chory nad ranem zakończył życie.

Rozpoznanie sekcyjne (15/6 1904 Doc. Dr. Kučera). *Pleuritis sero-fibrinosa tuberculosa partis inferioris, anterioris et lateralis pulmonis dextri. Atelectasis e compressione lobi infer. lateris eiusdem. Emphysema vicariens pulmonis sinistri. Induratio cyanotica pulmon. Tuberculosis indurat. circumscr. lobi super. sinistri et apicis dextri. Bronchitis venostatica et bronchiectasiae cylindriformes. Pleuritis adhaesiva ambilater. Pericarditis sero-fibrinoso-tuberculosa. Hypertrophia cordis totius et dilatatio minoris gradus. Endomyocarditis fibrosa chron. papillaris. Atheroma aortae. Indur. cyanotica laevis organorum. Tumor lienis subchronicus. Gastro-enteritis cathar. chron. Tuberculosis caseosa hepatis. Kyphoscoliosis dextra columnae vertebrarum thoracicae.*

Zanim przejdę do rozbioru ciekawego zachowania się czynności serca w naszym przypadku pod koniec życia, należy dodać kilka uwag co do technicznej strony badań. Zdjęcia sfigmograficzne można było dokonać tylko na tętnicach; zdjęcie uderzenia koniuszkowego serca było niemożliwe, bo uderzenie koniuszkowe było za słabe, a znaczną trudność sprawiało zniekształtnienie klatki piersiowej. Również zdjęcie obrazu żyły szyjnej było nie do przeprowadzenia, bo żyły były bardzo mało widoczne, a tętnienia samoistnego w nich, jak wspomniałem, nie można było wykazać. Przy rozbiorze ruchów serca będziemy musieli wobec tego oprzeć się tylko na zachowaniu się tętna tętnic, uzupełniając badanie wynikami osłuchiwania serca. (Dok. nast.)

II. Z kliniki pedyatrycznej Prof. Pfaundlera w Gracu.

O rozpuszczalności kwasu moczowego w surowicy.

Podał

Dr. Henryk Trenkner.

(Dokończenie.)

Poprzestając na razie na tych uwagach, przechodzę do mojej pracy.

Za radą prof. Pfaundlera próbowałem, czy podana przez Klemperera metoda określenia stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi nie da się zastosować do kwestyi t. zw. skazy moczanowej. Niestety nie doszedłem do żadnych wniosków w tej sprawie, lecz otrzymane wyniki same przez się są o tyle ciekawe, że ośmielam się ogłosić je jako jeszcze jeden przyczynek do patologii dny.

W doświadczeniach swoich postępowałem w sposób następujący, odmienny nieco od Klemperera. W większości przypadków krew otrzymywałem z żyły przez zwykłe nacięcie i zbierałem ją bezpośrednio do czystego suchego naczyńka. Krew bydlęcą i psią otrzymywałem przy zabijaniu zwierząt. Po utworzeniu się skrzepu zlewałem ostrożnie surowicę, w razie zaś przypadkowej domieszki ciałek czerwonych usuwałem je przez centryfugowanie. Czas oddzielania się surowicy oznaczony jest na załączonej tablicy, jako okres I. Obok podawana jest ciepłota, przy której odbywało się oddzielanie. Używany do badań kw. moczowy poprzednio był dokładnie wysuszony nad chlorkiem wapniowym. Odważoną ilość kw. moczowego wsypywałem do odmierzonej ilości surowicy i pozostawiałem je wzajemnemu działaniu przez czas pewien przy określonej ciepłocie, kłócąc od czasu do czasu pałeczką szklaną. Okres ten na tablicy oznaczony jest jako okres II. Następnie zawartość naczynia sączyłem pod zmniejszonem ciśnieniem przez suchy sączek o oznaczonej wadze, kwas moczowy, pozostały na sączku, przepłókiwałem wodą, alkoholem i eterem i następnie suszyłem nad $CaCl_2$ aż do stałej wagi. W ten sposób oznaczałem ilość nierozpuszczonego kw. moczowego, a przez odejmowanie od ilości pierwotnie zużytej ilość, rozpuszczoną w oznaczonej objętości surowicy.

Na załączonej tablicy podaję wyniki badań w tym porządku, w jakim zostały wykonane.

Przyjmując, że dana objętość surowicy może rozpuścić do nasycenia pewną ilość Q kw. moczowego, zaś każda surowica już zawiera jakąś określoną, chociażby minimalną ilość q, to do zupełnego nasycenia danej surowicy kw. moczowym brak ilości $Q-q$, którą oznaczam jako D (deficit). Z załączonej tablicy widać, że wartość D waha się w granicach nader rozległych, bo od 0.2780 (na 100 ctm.³ surowicy) aż do zupełnej nierozpuszczalności. Przyczyny tego zjawiska mogą być dwojakie: albo zależą od kw. moczowego, jego zdolności tworzenia roztworów nasyconych różnego stężenia, lub też są wyrazem biochemicznych własności surowicy To drugie przypuszczenie wydaje mi się słuszniejszem. Za każdym razem po odłączeniu nierozpuszczonego kw. moczowego tworzył się w przesączu po pewnym czasie nowy osad z moczanu sodowego (*Mononatriumurat*), o czem przekonywały badania mikroskopowe (charakterystyczne igły) i chemiczne (próba mureksydowa). W ciepłocie niższej (10°C), to następowe wykrystalizowywanie się moczanów odbywało się wolniej, niż przy wyższej (37° C)[2]. Dalej jedynie biochemicznemi właściwościami samej surowicy da się wytłómaczyć zmienność D dla surowicy tego samego osobnika w zależności od warunków odżywiania, wreszcie zawisłość od wieku, gatunku i t. d.

Wpływy, od których mogły zależeć biochemiczne własności badanych surowic, dadzą się podzielić na 2 kategorye:

1. stan surowicy zależny od:

a) czasu przechowywania jej od chwili otrzymania krwi aż do odsączenia nierozpuszczonego kw. moczowego (okres I i II),

b) od t^0, w której surowica była przechowywana;

2. indywidualne własności surowicy, zależne od:

a) gatunku,

b) wieku,

c) pożywienia,

d) (?) konstytucyi.

Wpływy te uwydatniają następujące zestawienia:

1 *a*). W doświadczeniach 5, 6 i 7, 19 i 16, 10 i 11, 8 i 9 *caeteris paribus* (ta sama surowica, przechowywana i nasycana przy tej samej t^0) odmiennym jest tylko czas przechowywania surowicy. Wartość D zmniejsza się w każdej grupie w miarę tego, jak czas przechowywania surowicy staje się dłuższy.

Nr. doświadczenia	Czas przechowywania I i II okresy	Ciepłota	D
5	4 i 24 godz.	10—15° C	0.2275
6	24 i 24 „	10—15° C	0.1170
7	48 i 24 „	10—15° C	0.0540
19	20 i 9 „	10—15° C	0.1860
16	27 i 24 „	10—15° C	0.0988
10	24 i 12 „	15° C	0.0410
11	24 i 24 „	10—15° C	0.0000
8	24 i 24 „	10—15° C	0.1865
9	48 i 24 „	10—15° C	0.1315

1 *b*). Wpływ ciepłoty, w której surowica była przechowywana, na wartość D, uwydatnia zestawienie doświadczeń 14, 16 i 15, dalej 12 i 13:

Nr. doświadczenia	Czas przechowywania I i II okresy	Ciepłota	D
14	24 i 24 godz.	2—3° C	0.1432
16		11° C	0.0988
15		37° C	0.0000
12	60 godz.	2—3° C	0.1500
13		37° C	0 0533

Im, *caeteris paribus*, niższą jest t^0 przechowywania, tem więcej kwasu moczowego surowica może rozpuścić.

Ponieważ przed odsączeniem surowica zawsze nabierała ciepłoty pokojowej, więc ten czynnik fizyczny nie wywierał wpływu na jej zdolność rozpuszczania kw. moczowego.

[2]) Przy ilościowem oznaczeniu wykrystalizowanego „mononatriumuratu“, ze względu na rozpuszczalność tej soli w wodzie, postępowałem jak następnie: Po odsączeniu sposobem zwykłym kładłem sączek wraz z osadem do wody, zlekka zakwaszonej kw. octowym. Następnie oddzielałem otrzymany tą drogą kwas moczowy od płynu zapomocą powtórnego przesączenia, przepłókiwałem go wodą zakwaszoną, suszyłem i ważyłem. Odnośne wartości podane są na tablicy II.

Tablica I.

Nr. doświadcz.	Pochodzenie krwi	Wiek	Rozpoznanie kliniczne wzgl. sekcyjne	Inne warunki	Sposób otrzymania krwi	I okres		II okres		Ilość użytej surowicy w ctm.³	Ilość dodanego kwasu moczowego w gramach	Ilość nierozpuszczonego kw. mocz. w gramach	Rozpuściło się kwasu moczowego w gramach	„D“ na 100 ctm.³ surowicy
						Czas (godziny)	Ciepłota C°	Czas (godziny)	Ciepłota C°					
1	dorosły H. T.	32 l.	Objawy dny		Venaesectio	24	15	24	15	25	0.1238	0.0713	0.0525	0.2100
2	dziecko F. L.	9 mies	Eczema capitis „arthriticum“.		„	24	15	24	15	50	0.2297	0.1438	0.0860	0.1720
3	dziecko W.	10 godz.	Partus praematurus	Cadaver	Punctio cordis	24	15	24	15	25	0.3228	0.3077	0.0151	0.0604
4	dziecko A B.	3 l.	Lichen scrophulosorum		Venae sectio	24	15	24	15	25	0.2548	0.2161	0.0387	0.1548
5	dorosły M. P.	32 l.	Zdrowy		„	4	15	24	15	20	0.3572	0.3117	0.0455	0 2275
6	tenże	„	„		„	24	10	24	15	20	0.2693	0 2459	0 0234	0.1170
7	tenże	„	„		„	48	10—15	24	15	10	0.0773	0 0719	0.0054	0.0540
8	dziecko Ba	7 l.	Poliomyelitis anterior		„	24	10	24	15	20	0.2801	0 2428	0.0373	0.1865
9	tenże	„	„		„	48	10	24	15	20	0.1123	0.0860	0.0263	0.1315
10	pies					24	10	12	15	20	0.1867	0.1785	0.0082	0.0410
11	„					24	10	24	15	20	0.3161	0.3178	—0.0017*	
12	„					48	10	12	37	15	0.3976	0.3893	0.0083	0.0533
13	„					48	10	12	2	20	0.1958	0.1658	0.0300	0.1500
14	bydło rogate					20	10	24	2	50	0.3311	0.2595	0.0716	0.1432
15	„					20	10	24	37	40	0.2865	0.3013	-0.0148*	
16	„					24	10	24	10	40	0.1800	0.1405	0.0395	0.0988
17	dziecko J. T.	13½ l.	„Arthritismus“ hysteria		Venaesectio	24	10	24	15	24	0.1053	0.0827	0.0226	0.0941
18	dziecko Bi	3 mies.	Erysipelas	Cadaver	Punctio cordis	24	15	24	15	10	0.1070	0.1134	—0.0064*	
19	bydło rogate					20	10	10	15	50	0.6092	0.5162	0.0930	0.1860
20	dziecko Tr.	7½ l.	Haemiplegia cerebr. spast.		Venaesectio	24	11	24	11	16	0.1207	0.1052	0·0155	0.0971
21	dziecko F.	2½ mies.	Pneum. lobul.	Cadaver	Punctio cordis	24	11	24	11	19	0.0980	0.1084	—0.0104*	
22	dziecko J. H.	11 l.	Vitium cordis incomp.		Venaesectio	24	11	24	11	50	0.1334	0.0850	0.0484	0.0968
23	dorosły H. T.	32 l.	Znamiona dny	Dyeta mieszana	„	24	11	24	11	16	0.1319	0 1122	0.0197	0.1231
24	dziecko N. O.	2 l.	Ruptura abdominis, eventratio	Cadaver	Punctio cordis	24	11	24	11	17	0.0929	0.0845	0.0084	0.0494
25	dorosły H. T.	32 l.	Znamiona dny	Po wycieczce górskiej	Venaesectio	24	11	24	11	18	0.1317	0.0879	0.0438	0.2433
26	tenże	„	„	Po dyecie roślinnej	„	24	11	24	11	21,5	0.1489	0.0892	0 0597	0.2780
27	dziecko J. T.	13½ l.	„Artrytyzm“ histerya	„	„	24	11	24	11	30	0.1865	0.1226	0.0639	0.2130
28	dorosły M. P.	32 l.	Zdrowy	Po wykluczeniu mięsa	„	24	11	24	11	35	0.1476	0 0943	0.0533	0.1514
29	dziecko K. E.	5 l.	Nephritis		„	36	11	12	15	100	0.5696	0.4046	0.1650	0.1650
30	dziecko F. G.	6 l.	„		„	24	11	21	37	100	0.3668	0.3567	0.0101	0.0101
31	dziecko A. N.	„	Nephritis chron.		„	30	11	24	pokojowa	60	0.3813	0.2577	0.1236	0.2060
32	tenże	„	„		„	30	37	24	37	60	0.3857	0.4097	—0.0240*	

NB. Doświadczenia Nr. 29 do 32 były wykonane już w lecie 1903 r. przez asystenta kliniki pedyatr. Dr. K. v. Plannera i łaskawie użyczone mi przezeń do ogłoszenia.

W doświadczeniach oznaczonych * przy odłączaniu otrzymałem nieco więcej kw. moczowego, niż było pierwotnie dodane. Liczby ujemne leżą w granicach omyłek oznaczenia i należy przyjąć, że w tych przypadkach zdolność surowicy do rozpuszczenia kw. moczowego sprowadziła się do zera.

Tablica II.

Wykaz spostrzeżeń dotyczących następowego samoistnego wypadania rozpuszczonego pierwotnie kwasu moczowego. (Okres III.)

Nr. doświadcz.	Rozpuściło się w okresie II	Okres III			
		Czas trwania w godz.	T^o C.	samoistnie wypadło	
				mononatriumurat	co odpowiada kw. moczowemu
4	0.0387	20	37	0.0300	0.0264
5	0.0455	24	37	0.0354	0.0313
6	0.0234	24	37	0.0186	0.0161
8	0.0373	24	37	0.0070	0.0062
29	0.1650	24	37	0.1756	0.1553
30	0.1236	24	pokojowa	0.0719	0.0636

2 *a.* Wpływ gatunku ilustruje porównanie doświadczeń 10 i 19, dalej 6 i 11:

Nr. doświadczenia	Czas przechowywania I i II okresy	Ciepłota	*D*
10 (pies)	24 i 12 godz.	10—15° C	0.0410
19 (bydło rogate)	20 i 10 „	10—15° C	0.1860
6 (32 l. mężczyzna)	24 i 24 „	10—15° C	0.1170
11 (pies)	24 i 24 „	10—15° C	0.0000

Z porównania doświadczeń 10 i 19 (pozostałe warunki różnią się jedynie b. nieznacznie co do czasu) wypadałoby, że wartość *D* dla surowicy psiej jest niższa, niż dla surowicy bydła rogatego. Z doświadczeń zaś 6 i 11 — *caeteris paribus* — wartość *D* dla surowicy psiej jest znacznie niższa, niż dla ludzkiej. Wszelakoż dalsze badania powinnyby jeszcze potwierdzić stałość tych stosunków.

2 *b.* Porównanie doświadczeń 1, 8 i 12, dalej 23, 22 i 29 rzuca pewne światło na wpływ wieku na wartość *D.*

Nr. doświad.	Czas przechowywania I i II okresy	Ciepłota	Wiek	*D*
1	24 i 24 godz.	15° C	32 l.	0 2200
8	24 i 24 „	10—15° C	9 l.	0.1865
2	24 i 24 „	15° C	9 mies.	0.1720
23	24 i 24 „	10° C	32 l.	0.1231
22	24 i 24 „	10° C	11 l.	0.0968
20	24 i 24 „	10° C	7½ l.	0.0971

Wprawdzie wahania wartości *D* nie są zbyt wielkie, być może, skutkiem przewagi innych czynników, jednakowoż daje się spostrzedz wzrastanie wartości *D* z wiekiem jednostki.

W doświadczeniach 3, 18, 21 i 24 krew otrzymywałem zapomocą nakłucia serca ze świeżych zwłok dzieci, zmarłych w pierwszych 2 latach.

Nr. doświadczenia	*D*
3	0.0604
18	—
21	—
25	0.0494

Liczby powyższe są nader nizkie, coby nie przeczyło poprzednim wywodom; jednakże trudno mi z całą pewnością wykluczyć wpływ warunków otrzymywania krwi ze zwłok: zmian pośmiertnych krwi, przesycenia jej CO_2, powolnej krzepliwości (skrzepy były nader wiotkie); nadto otrzymana z tej krwi surowica zawsze prawie była mętna, z pewną domieszką ciałek czerwonych.

2 *c*) Na 3 osobach badałem wpływ rodzaju pożywienia na zdolność surowicy do rozpuszczania kwasu moczowego. *J. T.* (dośw. 27) i *H. T.* (dośw. 26) odżywiali się przez 8 dni wyłącznie pokarmami roślinnymi, oraz mlekiem w niewielkich ilościach. *M. P.* (dośw. 28) — przez dni 7 pozostawał na dyecie mieszanej z całkowitem wszakże wykluczeniem mięsa.

	Nr. doświadczenia	Czas przechow. I i II okresy	Ciepłota	*D*
J. T.	17 zwykłe pożywienie	24 i 24 g.	10—15°C	0.0941
	27 po 8 dniach dyety roślinnej	24 i 24 „	10—15°C	0.2130
H. T.	23 zwykłe pożywienie	24 i 24 „	11°C	0.1231
	26 po 8 dniach dyety roślinnej	24 i 24 „	11°C	0.2780
M. P.	6 zwykłe pożywienie	24 i 24 „	10—15°C	0.1170
	28 po 7 dniach wykluczenia mięsa	24 i 24 „	10—10°C	0.1540

We wszystkich trzech przypadkach uderza znaczny przyrost wartości *D* po przejściu na dyetę roślinną, a nawet, jak w dośw. 28, po wykluczeniu jedynie mięsa.

Z pomiędzy osób, których surowicy używałem do powyższych badań, 3 przedstawiały objawy t. zw. „uricemii“.

J. T. (dośw.) 17): *albuminuria artharitica*, *obstipatio habitualis, hysteria.*

H. T. (dośw. 23): *Seborrhoë, eczema, acne, migraena periodica,* obciążenie dziedziczne.

L. (dośw. 2): *Eczema capitis arthriticum.*

U pozostałych: *A. B.* (dośw. 4), *Be.* (dośw. 8), *M. P.* (d. 6), *Tol.* (d. 20), *He.* (d. 22) nie można było wykazać żadnych znamion dny (artrytyzmu).

»Artrytycy«	*D*	Wolni od »artrytyzmu«	*D*
Dośw. 17 (J. T.)	0.0941	dośw. 4 (*A. B.*)	0.1548
„ 23 (H. T.)	0.1231	„ 8 (*Be.*)	0.1865
„ 2 (L.)	0.1720	„ 6 (*M. P.*)	0.1170
		„ 20 (*Tol.*)	0.0971
		„ 22 (*He.*)	0.0968

Z danych powyższych nie można wysnuć żadnych wniosków o wpływie skazy moczanowej na wartość *D.* Być może, że inne czynniki wpływ ten maskują.

Badanie 25 dotyczy surowicy tej samej osoby, co i 23. Między jednem a drugiem badaniem upłynął tydzień czasu, wartość zaś D w drugim wypadku wzrosła dwukrotnie z 0.1231 na 0·2433. Drugie nacięcie żyły wykonane było nazajutrz po uciążliwej wycieczce górskiej.

Z powyższych komentarzy widać, że na razie przynajmniej nie można wysnuć żadnych wniosków w kwestyi pochodzenia t. zw. „artrytyzmu“ w wieku dziecięcym. Gdyby jednak udało się ze zmian wartości *D* wnioskować co do omawianej skazy dnawej (a do tego w materyale przezemnie zebranym znalazłyby się bądź co bądź pewne wskazówki), to jednak przy oznaczeniu wartości *D* należy

zwrócić największą baczność na te wszystkie czynniki, które, jak to wykazałem, wywierają na nią tak znaczny wpływ. Oznaczenie *D* bez względu na stan surowicy, zależny od czasu, ciepłoty, nie posiadają żadnego znaczenia dla oceny zachowywania się kw. moczowego względem surowicy w ustroju. *In vitro*, zwłaszcza przy ciepłocie wyższej, surowica już po kilku godzinach ulega zmianom i jej zdolność do rozpuszczania kw. moczowego zmniejsza się tak znacznie, że może spaść do zera. To spostrzeżenie, jak sądzę, nie jest obojętne dla patologii dny. Widzieliśmy, że surowica, nasycona kw. moczowym w ciepłocie pokojowej lub w termostacie (37°), wskutek pewnych zmian biochemicznych wydziela wkrótce rozpuszczony kw. moczowy w postaci kryształów moczanu sodowego — „mononatriumurat" (patrz tabl. II). Ze zjawiskiem tem wiąże się zapewne odkładanie tegoż moczanu w złogach (*tophi*). Według pojęć nowszych odkładanie się moczanów w dnie odbywa się w tkankach martwych, oraz w tkankach z upośledzonem krążeniem. Być może, że w ustroju w tych częściach zachodzi przemiana analogiczna w surowicy do tej, którą obserwowaliśmy *in vitro*, wskutek tego krew traci również zdolność rozpuszczania kw. moczowego; następstwem tego jest odkładanie się złogów, składających się z tych samych igiełek moczanów, które opadały z surowicy i mogły być zebrane na sączku.

Spostrzeżenie, że rozpuszczony kw. moczowy wypada z surowicy, gdy ją dłuższy czas przechowywamy, nie jest zupełnie nowe. — jak o tem świadczą uwagi Wienera o doświadczeniach Rittera z r. 1897. (Praca oryginalna nie była mi dostępna). Z doświadczeń moich nad wpływem t° wnoszę wszakże, że Ritter zjawisko to tłómaczył niezupełnie trafnie.

Zmniejszenie rozpuszczalności kw. moczowego w surowicy *in vitro* możnaby tłómaczyć bądź zmniejszeniem się jej zasadowości, bądź też pojawieniem się odczynu kwaśnego. Na próbkach mojej surowicy prof. M. Pfaundler wykonał oznaczenie zasadowości (pomiary te będą omówione na innem miejscu obszerniej) i przekonał się, że w okresie I i II koncentracya jonów prawie nie zmniejsza się. A więc inne czynniki wpływać muszą na zmianę rozpuszczalności kw. moczowego w surowicy.

Przy pracy niniejszej korzystałem z następujących rozpraw:

Klemperer: Zur Pathologie u. Therapie der Gicht (odbitka z „Deutsche med. Wochenschr.", 1895, Nr. 40.) — Tenże: Lösung u. Zerstörung der Harnsäure im Blute Gesunder u. Gichtkranker (odbitka z „Therapie der Gegenwart", 1901). — Minkowski: Die Gicht. Specielle Pathologie u. Therapie. T. VII, II połowa. Wiedeń 1903. Tamże wyczerpująca bibliografia. — Wiener: Die Harnsäure und ihre Bedeutung für die Pathologie. „Ergebnisse der Physiologie", rocznik II. Obfita bibliografia. — Goeppert: Über Harnsäureausscheidung („Jahrbuch für Kinderheilkunde" 1900). — Comby: L'arthritisme chez les enfants („Arch. de méd. des enfants" 1902, T. V, 1 i 2). — Tenże: Arthritisme („Traité des maladies de l'enfance" T. II, 1897). — Leullier: L'eczéma arthritique de l'enfance („Arch. de med. des enfants" 1902, T. V, 6).

III. Z krajowego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Hidroterapia w psychiatryi.

Podał
Dr. J. Woszczyński,
sekundaryusz oddziału.

(Dokończenie).

Chorzy, cierpiący na jadłowstręt, dadzą się często nakarmić w ciepłej kąpieli lub w wilgotnych zawijaniach, a czasem potem sami jeść zaczynają. Objawy lęku, niepokój z powodu omamów zmysłowych lub wewnętrznego bolu leczymy ciepłemi kąpielami lub wilgotnemi zawijaniami. W ograniczonych „sensacyach", towarzyszących uczuciu lęku, oddają dobre usługi częściowe zawijania klatki piersiowej. Krafft Ebing, Schüle, Kraepelin polecają dłuższe kąpiele, inni (Emminghaus) kąpiele krótkie, twierdząc, że dłuższa kąpiel potęguje trwogę. Ważną rolę odgrywa tu osobnicze zachowanie się chorego podczas zabiegu. Choremu, który w dłuższej kąpieli okazuje niepokój, zalecimy krótką kąpiel lub zawijania, w ostateczności zaniechamy wszystkiego i poprzestaniemy na lekach odurzających.

W psychozach z porażeniami muszą być zaniechane wszelkie radykalne procedury, a więc zimne i gorące kąpiele i tusze. Podniecenia w okresie obłędnym porażenia postępującego uśmierzają się wilgotnemi zawijaniami lub ciepłemi kąpielami, które stosowane wieczorem, łatwiej sen sprowadzają. Porażonych ruchliwych, zanieczyszczających się, lub brudzących się kałem, należy trzymać w dłuższej kąpieli ciepłej, tak dla uspokojenia, jak i dla czystości. Dłuższe ciepłe kąpiele wywierają szczególnie dobre skutki w odleżynach. Kąpiele takie zapobiegają często odleżynom, lub wczas polecone goją je. W tym celu układa się chorego na rozpiętem w wannie prześcieradle, aby odleżyn nie ugniatał o twarde dno wanny.

Zdarzające się niekiedy w kąpieli napady porażne nie są jej następstwem; prawdopodobnie podniecenie, z powodu którego polecono kąpiel, było zapowiedzią tego napadu. Natomiast dłuższe kąpiele powodują niekiedy, zwłaszcza u zażywnych, osłabienia lub omdlenia; służba, dozorująca kąpiących się, powinna być pouczoną, że chorego omdlałego, lub nieprzytomnego z powodu napadu porażnego należy natychmiast wynieść z kąpieli i zawiadomić lekarza. Wypadki takie są rzadkie i nieprzewidziane.

W psychozach czynnościowych, mających przebieg chroniczny (paranoia), lub w psychozach wieku młodzieńczego, skłonnych do otępienia umysłu, godne są zalecenia ciepłe kąpiele, zmywania, nacierania, nietylko dla uspokojenia, ale i dla wzmocnienia układu nerwowego i uczynienia go odporniejszym przez podniesienie przemiany materyi w ustroju.

W psychozach wieku schyłkowego (zaduma, otępienie ze starości) ciepłe kąpiele łagodzą niepokój, uśmierzają omamy zmysłowe i służą jako lek nasenny, zwłaszcza u tych chorych, u których leki odurzające i nasenne mogą być podawane tylko ostrożnie.

W psychozach na tle wad rozwojowych [nieudolność umysłowa (*imbecillitas*), niedołęztwo umysłowe (*idiotismus*)] wodoleczництwo ma podrzędne znaczenie; w zakładach dla

obłąkanych polecają i takim chorym kąpiele w czasie podniecenia.

W nerwicach, połączonych z zaburzeniami sfery psychicznej, hidroterapia ma rozległe zastosowanie; znaczenie jej jest jednak tylko objawowe lub suggestyjne. Dotyczy to przedewszystkiem histeryi, której pojedyncze objawy chorobowe uśmierza się rozmaitego rodzaju zabiegami wodnymi przy pomocy elektroterapii. Przeważnie używane bywają kąpiele ciepłe, kąpiele lokalne parowe, częściowe zawijania, zlewania, nacierania, a nawet tusze u dobrze odżywionych. Czasem energiczny zabieg, odwracający uwagę chorego od jego dolegliwości, osiąga swój cel, choć nie na długo; czasem systematyczne leczenie, podniesienie przemiany materyi i odżywiania wpływa na polepszenie stanu ogólnego.

Podobnie ma się rzecz i z neurastenią. Tak w histeryi, jak w neurastenii niepodobna trzymać się szablonu, lecz szukać należy wskazania leczniczego w osobniczych właściwościach cierpienia. Nigdzie może nie można przesadą w leczeniu tyle złego zrobić, co w neurastenii.

W zakładach dla obłąkanych przychodzą do leczenia nerwice z rozwiniętemi już psychozami. Lżejsze formy bywają leczone zabiegami, działającymi odświeżająco lub sprawiającymi przyjemne znużenie; cięższe formy, połączone z niepokojem i bezsennością, dłuższemi ciepłemi kąpielami.

W padaczce wodoleczenie ma znaczenie czysto zapobiegawcze. Mianowicie potrzeba się starać częstemi kąpielami utrzymać czystość skóry, co ma szczególne znaczenie w okresie leczenia bromem i może zapobiedz wystąpieniu osutki bromowej. W stanach podniecenia po padaczce, połączonych często z podniesieniem ciepłoty, poleca się wilgotne zawijania. Niema zabiegu, któryby mógł zapobiedz wystąpieniu napadu padaczkowego, a polecane przez dawniejszych autorów tusze raczej przyspieszają napad.

Obłęd opilczy (*delirium tremens*) czasem potrzeba leczyć wodą, kiedy inne środki się nie nadają lub zawodzą. Zwykle używa się wilgotnych zawijań, jako najmniej ryzykownych.

Czynione w tym kierunku próby przez prof. Köppena [13]) w Charité wykazały, że zawijania na szczycie obłędu są bez pożytku, a nawet mogą sprowadzić zapad, zastosowane zaś w czasie ustępowania obłędu, są bardzo skuteczne i skracają go; chory zasypia w kocach, a sen ten kończy obłęd.

Zimna woda, zwłaszcza w postaci pełnych kąpieli priessnitzowskich, nigdzie nie bywa używaną; wyjątkowo używają zimnych krótkich półkąpieli w „sensacyach" skórnych, n. p. w uczuciu gorąca u chorych, którzy z tego powodu zrzucają z siebie bieliznę lub drą ją i w celu zapobieżenia samogwałtowi. Chłodne łagodne tusze polecają jako środek odświeżający i wpływający na przemianę materyi.

Miejscowe zabiegi: okłady zimne i gorące, kompresy, znajdują częste wskazania w ograniczonych dolegliwościach.

Kąpiele dla czystości ciała bywają polecane przynajmniej raz na tydzień.

Hidroterapia uważaną jest obecnie za najważniejszy środek uspokajający, a obok metody leżenia w łóżku za najlepszy i najmniej szkodliwy środek leczniczy i nasenny. Na to zgadzają się powszechnie; istniejące różnice w zapatrywaniach dotyczą szczegółów w wyborze zabiegu wodoleczniczego i jego skutków i zależą od osobistych wrażeń. Jeśli wyniki nie zawsze są zadowalniające, to pamiętać trzeba o tem, że jak z jednej strony nie jest jeszcze dokładnie znane fizyologiczne działanie wody na ustrój, tak z drugiej strony jest jeszcze wiele ciemnych punktów co do przyczyn chorób umysłowych i zmian chorobowych w mózgu.

Przy pomocy hidroterapii ograniczono ilość leków odurzających, co ma wielkie znaczenie wobec łatwości przyzwyczajania się do nich; wtedy dla zmiany polecają się ciepłe kąpiele, szczególnie wieczorem, po których w razie potrzeby można znów zacząć od małych dawek leków odurzających. Chory po kilkugodzinnej kąpieli, czujący znużenie i senność, nie może krzyczeć, niepokoić drugich, niszczyć odzieży i sprzętów; tem samem nie potrzeba odosobniać go.

W zakładach dla obłąkanych kąpią chorych w dzień tylko; kąpiele stałe, trwające w dzień i w nocy, nie mogą być przeprowadzone ze względu na małą liczbę służby, która na noc musiałaby być zmienioną. Takie kąpiele mogą być stosowane w klinice Kräpelina, gdzie jeden służący przypada na czterech chorych.

W zakładzie kulparkowskim stosujemy z niezaprzeczoną korzyścią leczniczą wszystkie przytoczone zabiegi wodolecznicze wedle wskazań wyżej opisanych. Na razie jednak, z powodu niekorzystnego położenia obecnych łazienek i nieodpowiedniej wody, musimy się z konieczności ograniczać nieco w stosowaniu tych zabiegów i nie możemy na większą skalę ich używać. Stać się to będzie mogło dopiero po ukończeniu budowy nowych pawilonów i przeobrażeniu odpowiedniem obecnego głównego budynku zakładowego, poczem każdy oddział otrzyma osobne dla siebie łazienki, położone przy korytarzu, do sal prowadzącym. Każdy bowiem poziom każdego nowego budynku otrzyma odrębne dla siebie łazienki, a w budynku głównym na każdym poziomie urządzone będą osobne łazienki dla każdego skrzydła tego budynku. Na razie zapobiegamy brakowi łazienek w ten sposób, że w razie potrzeby wstawiamy na sali chorych dużą wannę ruchomą miedzianą na kółkach i w ten sposób unikamy niemiłego i nieraz trudno wykonalnego prowadzenia, względnie przenoszenia chorych do odległych łazienek. Ruchome wanny do kąpieli nasiadowych znajdują się w odpowiedniej liczbie na każdym oddziale tak, że można łatwo jednego chorego, a zwłaszcza zanieczyszczającego się, kąpać dwa, a nawet trzy razy codzień, jeśli się tego okaże potrzeba. Tuszów zimnych używamy wyłącznie w czasie skwarnego lata dla ochłodzenia chorych.

[13]) Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 55.

IV. Oceny i sprawozdania.

E. H. Oppenheimer: **Theorie und Praxis der Augengläser** (in 8-vo, 200 stronic, 191 rycin). Nakład A. Hirschwalda. Berlin. 1904.

Jak obowiązkiem każdego lekarza jest znać dokładnie skład, własności i sposób przyrządzania leków, jakie swym chorym zapisuje z apteki, tak i obowiązkiem okulisty, wydającego przepis na okulary, jest posiadać pewien zapas wiadomości technicznych, któreby mu pozwoliły ze znajomością rzeczy sprawdzić, czy okulary przepisane (i to zarówno szkła

same, jak i ich oprawa) zostały przez optyka wykonane poprawnie i bez zarzutu. Inaczej zniewoleni jesteśmy mechanikowi zostawić swobodę wyboru co do wielu drobnych, niejednokrotnie jednak ważnych szczegółów wykonania, co do których rozstrzygać powinien przepisujący, a nie wykonawca. Tymczasem w piśmiennictwie okulistycznem nie było dotąd dobrego podręcznika okularnictwa, a w podręcznikach okulistyki, nawet obszernych, techniczna strona sporządzania okularów i binokli jest z natury rzeczy uwzględnioną w bardzo tylko szczupłym zakresie. Tę dotkliwą lukę wypełnia nader korzystnie dziełko Oppenheimera. Przeznaczone jest ono zarówno dla okulisty, jak i dla optyka, a nawet wykształcony laik może w niem znaleźć dla siebie pożyteczne nieraz wskazówki i wyjaśnienia.

Po wstępie historycznym, w którym autor przedstawia stopniowy rozwój gałęzi przemysłu, mających związek z wyrobem okularów, następuje szczegółowy opis fabrykowania szkieł do okularów wszelakiego rodzaju. W związku z tem omawia, do czego powinna się ograniczać czynność optyka, oraz potępia tak zwane „Ocularia“, w których dobiera się kupującym szkła z pominięciem porady zawodowego okulisty, lub z pomocą najemnego lekarza, którego rola w takim zakładzie nie licuje bynajmniej z powagą stanu lekarskiego.

W trzecim rozdziale opisał autor szczegółowo wszystkie części składowe okularów, różne rodzaje materyału, z jakiego może być sporządzona oprawa szkieł, różne odmiany szkieł samych i t. d. W następnym rozdziale w ten sam sposób przedstawia wszelkie szczegóły techniczne różnych typów binokli (*pincenez*). W dalszym ciągu znajdujemy opis innych, służących do poprawy wzroku szkieł, oprawnych w postaci lornetek damskich, monokli, lornet teatralnych i t. d., przyczem prócz czysto technicznych uwzględnione są także względy estetyczne. Nawet różnym rodzajom futeralików i pudełek, służących do przechowania okularów i binokli, poświęca autor rozdział osobny. Niemniej szczegółowo przedstawia liczne typy okularów ochronnych dla robotników fabrycznych, dla elektrotechników, dla automobilistów i t. d. Ważny jest rozdział X, w którym autor wyłuszcza znaczenie oddalenia szkieł od oka, nachylenia szkieł do osi widzenia, dalej znaczenie odległości środków źrenic i wysokości tak zwanego nanośnika. Równocześnie poucza, jak należy wykonywać odpowiednie pomiary, w czem niestety okuliści zbyt często dają się wyręczać optykom, nie posiadającym do tego dostatecznego uzdolnienia. Wreszcie znajdujemy w książce Oppenheimera wskazówki co do numerowania soczewek i pryzmatów i co do mierzenia siły łamliwej szkieł zapomocą sferometru i innych, służących do tego celu przyrządów.

Dziełko to, ułożone z prawdziwie niemiecką systematycznością, zawiera tyle ciekawych i praktycznie ważnych szczegółów, a przytem odznacza się taką jasnością przedstawienia rzeczy, do czego przyczyniają się też bardzo liczne ryciny, że powinno znaleźć miejsce w bibliotece każdego okulisty. *Doc. K. W. Majewski.*

V. Wyciągi.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. D. Pulvermacher. **Przypadek pierwotnego mięśniaka tkanki łącznej miednicy.** (*Zentralbl. f. Gyn.*, 1905, Nr. 2). Mięśniaki tego rodzaju są rzadkością (nie należą tu takie, które pozostają w jakimkolwiek związku z częściami rodnemi). Z liczby kilkunastu znanych w piśmiennictwie należy zdaniem P. kilka jeszcze wykreślić jako niezupełnie pewnych. Przypadek autora dotyczy kobiety 36-letniej, która przy pierwszym porodzie, odbytym przed 2 miesiącami, zauważyła sama bolesny obrzęk w prawem podbrzuszu. Badanie wykazało na prawo od prawidłowo położonej macicy guz wielkości główki dziecięcej, nierówny, dość ruchomy, sięgający górną granicą ponad wchód miednicy, pozostający w związku z macicą zapomocą szypuły. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono płyn wolny mętno-krwawy; guz różowawy, zlepiony z kilkoma pętlami jelita cienkiego i z siecią, daje się ze wszystkich stron odgraniczyć i oddzielić od części rodnych i od ściany miednicy. Guz wycięto wraz z przydatkami strony prawej, poczem usunięto również przydatki po stronie lewej. Po $3^1/_2$ miesiącach zgłasza się chora z nawrotem w postaci rozlanego nacieku w prawej połowie miednicy. W 6 tygodni później nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcya wykazała guz pomiędzy blaszkami prawego więzadła szerokiego i przerzuty w licznych narządach. Pod mikroskopem wykazano 2 główne typy nowotworu, jeden o komórkach wrzecionowatych, drugi o wielokształtnych. P. uważa na podstawie badania preparatu i wyniku sekcyi przypadek ten za mięśniak, wychodzący pierwotnie z tkanki łącznej więzadła szerokiego prawego, a opierając się na wyniku badania mikroskopowego, wyklucza możliwość pochodzenia z dodatkowego jajnika. *B. Wojciechowski.*

B. Müller. **O wywoływaniu miejscowej niedokrwności i znieczulenia.** (*Zentralblatt für Gynaekologie*, 1905, Nr. 2). Wiemy już, że stosując znieczulenie miejscowe zapomocą pewnych mieszanek adrenaliny, względnie suprareniny z kokainą, eukainą β lub tropakokainą, można wykonywać u kobiety pewne zabiegi operacyjne na częściach rodnych, przedewszystkiem na pochwie i części pochwowej, z ominięciem znieczulenia ogólnego. M. próbował działania różnych mieszanek i w różnem zagęszczeniu na zwierzętach, a później stosował ten rodzaj znieczulenia przy mniejszych operacyach na chorych. Opierając się na swem bogatem doświadczeniu, poleca M. jako najskuteczniejszą mieszankę rozczyn adrenaliny (lub suprareniny) 1: 10.000 w 1% kokainie. Bez obawy można wstrzyknąć w krótkich przerwach razem 2—3 sz. ctm. tego płynu, gdy się operuje na pochwie, więcej zaś ostrożności należy zachować przy znieczulaniu okolic silniej unaczynionych, jak łechtaczka lub sam miąższ maciczny. Wynika z tego, że w każdym razie trzeba oszczędnie z płynem się obchodzić i rozdzielać go dokładnie w tkankach. Autor występuje przeciw twierdzeniu H. Freunda, który uważa mieszankę suprareniny z eukainą β za lepszą, bo mniej niebezpieczną, niż z kokainą. Doświadczenia M. przemawiają zaś za tem, że polecana przez Freunda mieszanka nie sprowadza tak szybkiego znieczulenia, ani nie pozwala operować tak bezkrwawo, jak wówczas, gdy się stosuje kokainę. Zdaje się z tego wynikać, że eukaina nie pozwala adrenalinie rozwinąć w całej pełni swego działania w postaci zwężenia naczyń, które przyczynia się w tak wysokim stopniu do tego, że znieczulenie następuje szybko i że długo się utrzymuje. *B. Wojciechowski.*

Dr. Henkel. **Włókniaki i ich leczenie zachowawcze.** (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, T. LIII, Z. 3, 1905). Autor twierdzi, iż najważniejszą rzeczą w leczeniu włókniaków jest rozstrzygnięcie, czy trzeba je operować, czy też poprzestać na leczeniu zachowawczem. Wybór leczenia zależy od objawów chorobowych. Z objawów tych za najważniejsze uważa: 1) Zaburzenia pęcherzowe, przy których jedynem leczeniem jest zabieg operacyjny. 2) Bole, których źródłem mogą być same włókniaki, tkanka około- i przymaciczna, otrzewna, przydatki, wreszcie towarzyszące włókniakom zmiany zapalne błony śluzowej. Przy tych objawach radzi autor stosować kąpiele w zdrojowiskach odpowiednich, względnie nasiadówki solankowe i błotne, okłady Priessnitza z rozczynu soli stassfurtskiej, tampony glicerynowe itd. Po wyczerpaniu tych środków dopiero przystąpić do operacyi. 3) Krwotoki, przy których należy stosować naparzanie wnętrza macicy przyrządem Pinkusa, tamponadę, wyskrobanie macicy z następowem przyżeganiem 10—20% rozczynem chlorku cynkowego przy pomocy strzykawki Brauna, lub też przestrzykiwanie jamy macicy rozczynem alkoholowym chininy (*Chinini muriat. 5,00, Spirit. 50%—500,00*). W przypadkach, gdzie nie wystąpiła jeszcze zbyt silna bezkrwistość, należy stosować najlepiej działające według autora *Extr. hydrastis canad.* 3 razy dziennie po łyżeczce. Dobre wyniki daje podawanie przetworów żelaza, np. *Chininum ferro-citricum* itp. W przypadkach następowej wodnistości krwi należy stosować wstrzykiwania żelatyny lub wewnętrznie podać chlorek wapna (*Chlorcalcii 10,00, Aqu. dest. 180,00, Syrupi ad 200,00. S. 2 razy dziennie po łyżce*). 4) Zwyrodnienie złośliwe włókniaków, n. p. rak, lub mięsak. Zwyrodnienia rakowatego autor sam nigdy nie napotkał, natomiast parę razy stwierdził mięsaki. Rozpoznanie zwyrodnienia złośliwego jest często bardzo trudne; cechują je według autora: *a)* Rozrost nowotworu po ustaniu miesiączkowania; *b)* krwawienie w tym okresie życia kobiety; *c)* występujące wyniszczenie; *d)* nagromadzenie płynu w jamie brzusznej; *e)* szybki wzrost miękkich guzów; *f)* jeżeli po odjęciu jednego ukleja szybko drugi się rozwija. Autor przyznaje jednak, że wszystkie te objawy wystąpić mogą także bez złośliwego zwyrodnienia. Leczeniem jedynem będzie zabieg operacyjny. *Dr. Wierzbicki.*

OKULISTYKA. Sattler. **Leczenie oderwania siatkówki.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 1 i 2, 1905). We wstępie swego klinicznego wykładu zapowiada autor, że omawiać będzie tylko t. zw. samodzielne oderwanie siatkówki, wykluczając ze swych spostrzeżeń oderwania siatkówki, występujące po gwałtownych urazach, lub przy nowotworach śródocznych, zapaleniach jagodówki i w przebiegu chorób nerek. Przyczyny powstawania samodzielnego oderwania siatkówki są właściwie tylko czynnikami usposobiającymi lub wywołującymi. Jednym z najważniejszych czynników wywołujących jest wysoki stopień krótkowzroczności, jak to wynika z przytoczonych przez autora dokładnych statystyk różnych zakładów leczniczych. Wiek starszy również odgrywa ważną rolę: po latach 50 oderwanie siatkówki występuje bardzo często. Przewaga wieku starszego nie występuje tylko w przypadkach, odznaczających się krótkowzrocznością większą, niż 10,0 D, gdyż tu spotykamy się z oderwaniem siatkówki w daleko wcześniejszym wieku, — dowód, jak bardzo szkodliwym jest wpływ krótkiego wzroku. Płeć męzka przeważa bez względu na wiek. Z przyczyn wywołujących uwzględnić należy: rany lekkie, przebiegające bez zakażenia; uderzenia w oko lub w jego otoczenie narzędziem tępem. Statystyka urazowego oderwania siatkówki nie daje dokładnego pojęcia o częstości powstawania zwykłego, niepowikłanego oderwania, wliczone są bowiem do tych spostrzeżeń ciężkie uszkodzenia oka ze znacznym upływem ciała szklistego itp. Istnieją jeszcze przyczyny okolicznościowe, w których czynnikiem wywołującym jest utrudniony odpływ krwi z oka, lub też dopływ krwi, odbywający się pod wzmożonem ciśnieniem. Należą tu wszelkie wysiłki fizyczne, nagłe zmiany ciepłoty ciała i wpływy nerwowe, powodujące zaburzenia naczynioruchowe. W warunkach prawidłowych oko pokonywa owe szkodliwe czynniki, a oderwanie siatkówki powstaje dopiero wówczas, gdy istniały przedtem przyczyny usposabiające. Po wstępie obszerniejszym, lecz zapoznającym zato czytelnika z patogenezą oderwania siatkówki, przystępuje autor do omówienia sposobów leczenia; przedtem jednakże czyni krótką wzmiankę o samowyleczeniu oderwania siatkówki, które — niestety — należy do przypadków bardzo rzadkich. Dla chorego jedynie korzystnem jest wyleczenie fizyologiczne oderwania siatkówki z przywróceniem czynności nerwowej; małe zaś ma znaczenie wyleczenie anatomiczne, polegające tylko na przyleganiu oderwanej siatkówki do pierwotnej podstawy. W nieznacznej tylko liczbie przypadków osiąga się wyleczenie fizyologiczne; siatkówka przyczepiona nie wykazuje wówczas różnicy od części otaczających. Przeważnie jednak, i to w przypadkach starszych, napotykamy w oderwanej części siatkówki zmiany barwikowe, zanikowe lub przerostowe. Główną zasadą, kierującą zabiegami leczniczymi, powinno być przeprowadzenie leczenia w ten sposób, by nie nadwerężało i nie osłabiało chorego. Spokojne ułożenie chorego w łóżku na wznak — stanowi podstawę leczenia. Zaciemniony pokój działa uspokajająco na ruchy gałki ocznej, zapobiega wskutek tego przesuwaniu się ciałka szklistego i zmianom położenia oderwanej siatkówki. Opaska uciskowa nie jest konieczną; autor przypisuje jej nawet wpływ ujemny na ogólny stan chorego. Opaska uciskowa bez spokojnego leżenia w łóżku zupełnie nie odpowiada celowi. Autor nie jest również zwolennikiem gwałtownego leczenia napotnego lub przeciwzapalnego, gdyż oderwanie siatkówki przebiega zupełnie bez objawów zapalnych. Leczenie rtęciowe, wskazane w przypadkach wypocin zapalnych, nie powinno mieć tu zastosowania; już bardziej odpowiedniem jest podawanie jodku sodowego i potasowego. W nowszych czasach stosuje się wstrzykiwania podspojówkowe w okolicy oderwanej siatkówki z roztworów soli kuchennej o coraz silniejszem stężeniu. Według badań Wesselyego działanie ich ma polegać na tem, że drażnią one naczynia ciałka rzęskowego, powodują wydzielanie przez ściany naczyń płynu obfitującego w białko, sprawiają podwyższenie ucisku śródocznego, wzmożone wessanie płynu podsiatkówkowego, oraz osadzenie złogów włóknika pod siatkówką, które może spowodować zlepienie oderwanych części. O licznych zrostach w tkance podspojówkowej w następstwie wstrzykiwań soli przekonać się można po wyjęciu gałek, leczonych poprzednio wstrzykiwaniami. Według autora łagodne leczenie oderwania siatkówki polegać ma: 1) na spokojnem ułożeniu chorego na wznak; 2) lekkiem poceniu się i 3) wstrzykiwaniach podspojówkowych soli kuchennej. Dopiero jeśli nie uzyska się poprawy po 2—3 miesiącach takiego leczenia, należy przystąpić do leczenia operacyjnego. Przedtem jednakże trzeba zwrócić uwagę chorego na niepewne i wątpliwe wyniki zabiegu operacyjnego. S. w świeżych nawet przypadkach zastrzega sobie do leczenia zachowawczego i operacyjnego przeciąg dłuższego czasu, gdyż przy leczeniu oderwania siatkówki wymagana jest nadzwyczajna cierpliwość ze strony chorego. Z licznych sposobów operacyjnych przytacza S. tylko kilka, będących jeszcze w użyciu. Najstarszym zabiegiem jest wypuszczenie płynu podsiatkówkowego zapomocą nakłucia osłon oka nożykiem Graefego w miejscu, odpowiadającem oderwaniu siatkówki; metoda ta największej jeszcze ma zwolenników. Przypalania twardówki dla wywołania lekkiego stopnia miejscowego zapalenia, wstrzykiwania pod siatkówkę roztworów jodu lub przyszycie oderwanej błony katgutem (Gałęzowski) nie znajdują prawie wcale naśladowców.

W nowszych czasach stosuje Deutschmann wypuszczenie płynu podsiatkówkowego i przecinanie ciała szklistego, a to w tym celu, aby siatkówkę uwolnić od ciągłego napięcia kurczącego się ciała szklistego. Sposób podany przez Müllera polega na skracaniu gałki ocznej w oczach o wysokiej krótkowzroczności zapomocą wycinania klina z twardówki. Wyniki jednak operacyjne bynajmniej nie są zachęcające, dlatego też główną uwagę należy zwrócić na leczenie zapobiegawcze, uwzględniając wyżej wymienione przyczyny, usposabiające i wywołujące. W końcu omawia jeszcze autor oderwanie siatkówki ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Rozstrzygnięcie lekarskie, czy oderwanie siatkówki rzeczywiście nastąpiło wskutek wypadku, zależeć będzie od dokładnego zbadania okoliczności towarzyszących. *W. Reis.*

Kauffmann. **Przyczynek do kazuistyki zranień oka opiłkami żelaza.** (*Die ophtalmologische Klinik*, 1905, Nr. 1). Autor przytacza szereg przypadków, w których wydobył ciała obce żelazne z oka: w 2 przypadkach przyszło do utraty oka z powodu zapalenia całego oka, trzy razy powiodło mu się uratować gałkę oczną, jednak z utratą wzroku, a w trzech przypadkach zdołał przywrócić wystarczającą do pracy bystrość wzrokową. Na podstawie własnego doświadczenia radzi autor jak największy pośpiech w usuwaniu z oka odprysku żelaza, zwłaszcza, jeśli zachodzi obawa, że rana już jest zakażona. Ale i w tych przypadkach, gdzie niema żadnych objawów zapalnych, lepiej nie zwlekać operacyi, bo gdy się ciało obce otorbi, wtedy zdarzyć się może, że nawet olbrzymi elektromagnes Haaba nie zdoła go na zewnątrz wydobyć. Wyjątkowo tylko udaje się wydostać odprysk metalu z głębi oka przez tę samą ranę, którą on sam wytworzył, przebijając ściany gałki. Zazwyczaj trzeba zrobić w twardówce cięcie południkowe i wprowadzić koniec ręcznego elektromagnesu Hirschberga. Jakkolwiek duży elektromagnes Haaba oddaje nieraz, zdaniem autora, bardzo dobre usługi, zwłaszcza jeśli chodzi o przeprowadzenie odprysku żelaza z poza soczewki do przedniej komory, to jednak wskazana jest przy użyciu tego magnesu ze względu na jego ogromną siłę, wielka ostrożność. Los oka, zranionego opiłkami żelaza, jest nawet po szczęśliwem wydobyciu ciała obcego niepewny, bo jeszcze po latach może zajść potrzeba wyłuszczenia z powodu przewlekłej, bolesnej *iridocyclitis*, może też przyjść do oderwania siatkówki i zupełnej utraty wzroku tego oka, które po wydobyciu żelaza zrazu zachowało dobrą bystrość wzrokową. *K. W. Majewski.*

PEDYATRYA. Neumann. **Gnilec niemowlęcy w Berlinie.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1905, Nr. 1). Chorobę Barlowa ostatnimi czasy ogólnie uważa się za gnilec niemowlęcy, gdyż powstanie jej ściśle jest związane z karmieniem mlekiem wyjałowionem, a wyleczenie da się z zupełną pewnością osiągnąć przez zastosowanie mleka surowego, soków owocowych świeżych, papki ziemniaczanej itd. Neumann występuje z twierdzeniem, że nietylko mleko, wyjaławiane długo przy wysokiej ciepłocie, jest niebezpiecznem, ale, zależnie od osobniczego usposobienia dziecka, może także do gnilca doprowadzić wyłączne karmienie kilkomiesięczne mlekiem, *a*) jeżeli zostało poddane ogrzaniu do niezbyt wysokich stopni (pasteuryzowanie) przez dłuższy czas (70° przez ½ godziny, 60—65° przez 1½ godziny), lub *b*) wysokiemu ogrzaniu przez krótki czas, wreszcie *c*) ogrzewane było kilkakrotnie, choćby niezbyt długo i silnie. Ostatnia okoliczność dała się stwierdzić w nowszych czasach, przeważnie i przy gnilcu niemowlęcym w Berlinie. Chodziło mianowicie o karmienie mlekiem pasteuryzowanem w mleczarni, a gotowanem następnie w domu. Autor żąda, aby mleko pasteuryzowane było jako takie sprzedawane i żeby publiczność była odpowiednio ostrzeżona. U dzieci odporniejszych mleko tak zmienione wywołuje niedokrwistość i wstręt do pokarmu. *Lewkowicz.*

Klepetař. **Przyczynek do kazuistyki gruźlicy niemowlęcej.** (*Prager med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 1). Przypadek u dziecka 5½ miesięcznego: gruźlica rozpadowa płuc, gruźlica wątroby, śledziony, kiszek, ucha środkowego, opon. W plwocinie wykazano prątki; badania pośmiertnego nie wykonano. Zakażającą była matka przez całowanie i kaszel. *Lewkowicz.*

Rossiwall i Schick. **O swoistej aglutynacyi paciorkowców z zapaleń płoniczych gardła i z pozaustnej zmiany pierwotnej.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1905, Nr. 1). Za zmianę pierwotną w płonicy należy uważać zapalenie gardła, bo tu zazwyczaj osiada prawdopodobnie zarazek płoniczy. W pewnych

przypadkach miejscem wniknięcia mogą być rany skórne, i w takim razie tutaj może powstać „zmiana pierwotna“ („*Primäraffekt*“): zapalenie, ropień. W przypadku autorów taka zmiana wytworzyła się w ranie po cięciu Bassiniego. Z ropnia otrzymano w tym przypadku w czystej hodowli paciorkowca, którego surowica Moserowska aglutynowała w bardzo wysokim stopniu (1: 1000). Z gardła w płonicy, jak to autorowie udowadniają jedenastu przypadkami, dają się wyhodować także pnie, silnie aglutynowane przez surowicę Moserowską, pomieszane są one jednak tutaj z innymi, nie okazującymi tej właściwości. Autorzy zużytkowują swe wyniki dla poparcia zapatrywania, że płonicę należałoby uważać za swoiste zakażenie paciorkowcowe. *Lewkowicz.*

Bertzke. **O badaniach u dzieci ze względu na Behringowską teoryę zakażenia gruźliczego.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1905, Nr. 2). Według teoryi Behringa głównem źródłem zakażenia gruźliczego jest mleko używane do karmienia, a zakażenie następuje przeważnie w wieku niemowlęcym. Zakażenie to długo pozostaje utajonem, lub ujawnia się jako skaza zołzowa; dopiero w wieku dorastania, lub dojrzałości, po powtórnem zakażeniu gruźliczem na jego tle rozwija się typowa gruźlica płuc. Autor postanowił sprawdzić, czy u dzieci to zakażenie gruźlicą bez wywoływania zmian widoczniejszych rzeczywiście się odbywa. W tym celu poddał badaniu krew z komory prawej serca 47 dzieci, u których badanie pośmiertne zmian gruźliczych nie wykazało. Krew płynną zastrzykiwano świnkom, skrzep badano inoskopią Jousseta (rozpuszczenie skrzepu drogą sztucznego trawienia, centryfugowanie, badanie osadu na prątki gruźlicze). W żadnym przypadku nie stwierdzono prątków gruźliczych. Przeciwnie na 6 przypadków gruźlicy prosówkowej, lub rozległej gruźlicy płucnej i kiszkowej, podobnie wykonane badanie dało przy doświadczeniu na zwierzęciu 3 razy, przy inoskopii raz, wynik dodatni. Wyniki więc co najmniej nie potwierdzają zapatrywań Behringa. *Lewkowicz.*

Czerno-Schwarz i Lunz. **Etyologia i patogeneza pląsawicy.** (*Jahrbuch für Kinderh.*, 1904, XI). Na podstawie 124 historyi chorób, odnoszących się do 96 dzieci w wieku od 3—14 roku życia, usiłują autorowie wyciągnąć wnioski co do przyczyny powstawania pląsawicy. Badali w tym celu dziedzicznie obciążone dzieci, rozmaite sprawy chorobowe, poprzedzające w badanych przez nich przypadkach pląsawicę, dalej stan odżywienia chorych, i wreszcie bezpośrednie przyczyny i okoliczności, wśród których każde z dzieci dostawało pierwszego napadu. Co do pierwszego czynnika (dziedziczenie), to stwierdzono najczęściej opilstwo przewlekłe i gościec stawowy, w mniejszej liczbie wykazano gruźlicę, choroby nerwowe i schorzenia serca; bardzo często można było wykazać u rodziców nie jeden, ale kilka wyżej wymienionych stanów patologicznych. Co się tyczy chorób, spostrzeganych przed wystąpieniem pląsawicy, lub też przebiegających równocześnie z nią, autorowie wspominają prócz tak częstych w wieku dziecięcym spraw osutkowych, jeszcze przypadłości gośćcowe i sercowe, a mianowicie z 96 dzieci chorowało na serce 48, na serce i sprawy gośćcowe 29; co do tej ostatniej liczby C. i L. się zastrzegają, iż prawdopodobnie jest za nizką ze względu na to, że gościec u dzieci dla swej lekkości często bywa przeoczony. Roztrząsając dawniejsze i nowsze teorye patogenezy pląsawicy, zajmują się autorowie głównie patogenezą gośćcową i zakaźną. Według pierwszej, którą wyznają Sée, Roger, J. Simon i Cadet de Gassicourt, pląsawica stanowi tak samo, jak schorzenia stawów i wsierdzia, tylko objaw wrodzonej skazy gośćcowej. Leube zaś, a z nim Nauwerck, Frankl-Hochwart, Preobrażenski, Bechterew i inni przypuszczają, iż te 3 patologiczne stany mają swe źródło w pewnym wspólnym pierwiastku zakaźnym, za czem przemawiają: 1) okresowy przebieg całej choroby; 2) przypadki z zejściem śmiertelnem, dowodzące ciężkiego zakażenia, jakie miało miejsce w podobnych razach; 3) nawroty u 35 chorych i to nawet kilkakrotne, co właśnie wydarza się tylko w chorobach zakaźnych; 4) niczem nie uzasadnione podniesienie się ciepłoty ciała (37·5—38° C.); 5) okoliczność, iż w większości przypadków początek ich przypada na porę zimową, kiedy inne choroby zakaźne się szerzą. Autorowie sami przyjmują wprawdzie za podstawę choroby teoryę gośćcową, przyznają jednak, iż wszystkie 3 stany, powyżej wyłuszczone, stanowią całość, powstałą wskutek jakiegoś jadu, bliżej nie określonego, że nie zawsze pojawiają się wszystkie trzy choroby u tego samego osobnika i że nieraz jedna zastępuje miejsce brakujących, stanowiąc rodzaj równoważnika. *Dr. Korm.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Schüller. **O istnieniu pasorzytów z grupy „protozoa“ w ogniskach chorobowych kiły dziedzicznej u dzieci.** (*Dermat. Zeitschrift* XII, 1905, Z. 1). Autor zajmuje się tym przedmiotem już od lat kilku. W roku 1899 opisał pierwszy raz „protozoa“ w przewodach górnych warstw pierwotnego nacieku kiłowego; w r. 1900 w zmianach kiły dziedzicznej. W niniejszej pracy ogłasza S. wyniki badań u 62 dzieci (w wieku od kilku dni do 6 lat), dotkniętych kiłą dziedziczną. Badania te przedsiębrał autor przeważnie na materyale świeżym, uzyskanym przez nakłucie, nacięcie lub wyłyżeczkowanie zmian. Części tkanek, w ten sposób uzyskane, wysuszał na szkiełku i badał pod drobnowidem, albo wkładał do wyjałowionych słoiczków i chował w cieplarce, aby następnie po dniach, a często i tygodniach badać takie, jak je nazywa, „hodowle“ na ogrzanym stoliku w kropli wiszącej. Materyał brał z ropni dzieci, dotkniętych kiłą dziedziczną, z kilaków skórnych, ze zmian w stawach i w kościach. Zawsze znajdował twory, które uważa za „protozoa“, a które opisuje szczegółowo w różnych postaciach i okresach rozwoju. Podobne pasorzyty opisuje również w nerce i wątrobie królika, któremu na 9 miesięcy przed badaniem wstrzyknął w nerkę sok, wyciągnięty ze schorzałego gruczołu kiłowego dziecka. Opierając się na tych badaniach, sądzi S., że wykazanie tych pasorzytów w kile różnych narządów może mieć w przypadkach wątpliwych znaczenie rozpoznawcze, a następnie stara się dowieść, że pasorzyty te, a głównie ich małe zarodniki, są przyczyną wielkiej uporczywości kiły i znacznego rozszerzania się dziedziczności kiły, gdyż zarodniki te dla swej małości mogą się łatwo rozszerzać w ustroju, a nawet wchodzić w plemniki i przenosić w ten sposób kiłę na potomstwo. (Autor zdaje się być przekonanym, że odkrył pasorzyta kiły, w co jednak uwierzyć nie łatwo, zwłaszcza, jeżeli się uwzględni sposoby badania, używane przez autora i wielkie podobieństwo tworów znalezionych do rozpadających się komórek. Potwierdzenia tej teoryi znikąd dotąd niema, to też sceptycyzm zdaje się być uzasadniony, bo mimo całej logiczności wywodów budzi się podejrzenie, że nietylko wzrok autora, ale i jego fantazya odgrywały w pracy niemałą rolę. *Przyp. refer.*). *Krzyształowicz.*

J. Baum. **Przyczynek do nauki o pokrzywce.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 1, 1905). Autor w swej pracy przedstawia doświadczenia, które wykonał w celu wywołania pokrzywki. Do doświadczeń używał etylenu glikolowego $C_2H_4(OH)_2$, który stosował na skórę po poprzedniem lekkiem usunięciu powierzchownej warstwy naskórka. W miejscu napędzlowania tym przetworem po upływie 15 minut powstawał bąbel pokrzywkowy, który po $^1/_2$ godzinie znikał, pozostawiał po sobie lekkie zaczerwienienie. W celu poznania sposobu powstawania bąbla pokrzywkowego użył do doświadczeń błonę międzypalcową żab zakuraryzowanych, którą, rozciągnąwszy na płytce szklanej, badał pod drobnowidem. Po zadziałaniu etylenu glikolowego mógł autor natychmiast zauważyć zmiany w krążeniu w postaci znacznego zwolnienia prądu w naczyniach włosowatych, które ulegały rozszerzeniu, przyczem zjawiał się i obrzęk. Na podstawie swych doświadczeń autor nie potwierdza teoryi Unny o przyczynie powstawania pokrzywki wskutek skurczu żylnego. *Dr. Stopczański.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. R. Burian. **Tworzenie się kwasu moczowego w ustroju ludzkim.** (*Med. Klinik*, 1905, Nr. 6). Horbaczewski wykazał, że miazga, względnie wyciągi z narządów, poddane wytrawianiu z wykluczeniem powietrza, dają zasady purynowe (hipoksantynę, ksantynę), zaś wobec tlenu lub wody utlenionej dają kwas moczowy. Dodatek zasad purynowych zwiększa ilość wyprodukowanego kwasu moczowego. Zjawisko to nie ustaje po dodaniu przetworów przeciwgnilnych, jak chloroform, toluol, fluorek sodowy, i znika natomiast po zagotowaniu. Odczyn ten zależy od obecności enzymu utleniającego: „purynoksydazy“ (Schittenhelm), działającego na ksantynę i hipoksantynę. Guanina i adenina zmieniają się poprzednio działaniem enzymu desamidującego „guanaza“ w ksantynę i hipoksantynę (Jones i Patridge), zaś nukleoproteidy i kwasy nukleinowe ulegają poprzednio hidrolitycznemu rozkładowi pod wpływem „nukleazy“ (Schittenhelm). Dotychczas znaleziono wyliczone enzymy w wątrobie, śledzionie, płucach i mięśniach. Aby wykluczyć samowytrawianie narządów, przygotowywał autor wyciągi z wątroby wołowej w ciepłocie bliskiej zera. Wyciągi te tworzyły kwas moczowy dopiero po dodaniu zasad purynowych; same przez się zaś prawie go nie produkowały. W ten sposób dokonane utlenienie ciał ksantynowych na kwas moczowy daje się śledzić w swoim przebiegu, a szereg doświadczeń udowodnił, że oddziaływanie to przebiega ilościowo. Zasady purynowe, tak samo nukleoproteidy i zawierające je narządy zwierzęce, jak wątroba, mięśnie itd., podane jako pokarm, zwiększają ilość wydzielanego kwasu moczowego i to proporcyonalnie do podanej ilości; w pomiarach trzeba naturalnie uwzględnić fakt, że kwas moczowy u zwierząt i ludzi ulega częściowemu zniszczeniu w ustroju, mimo tego, uwzględniając proporcyę przybytku kwasu moczowego do podanych zasad purynowych, należy przypuścić, że cała ilość wessanych ciał ksantynowych utlenia się na kwas moczowy, który w części zostaje zniszczonym w ustroju, w części zaś wydalonym. Przy-

puszczenie Kossla i Steudela, tak samo Wienera, jakoby kwas moczowy tworzył się w ustroju syntetycznie z kwasu tartronowego lub dialurowego i mocznika, okazało się nieprawdziwem. Podawanie tych kwasów zwierzętom nie powodowało zwiększenia wydzielanej ilości kwasu moczowego; tak samo wyciąg z zamrożonej wątroby nie produkuje kwasu moczowego po dodaniu kwasu tartronowego lub dialurowego, natomiast obecność tychże kwasów przyśpiesza utlenienie dodanych zasad purynowych na kwas moczowy, i to jest właściwy powód wyników, do jakich doszedł Wiener, mając do czynienia z wyciągami, robionymi w zwykłej ciepłocie, a zatem nie wolnymi od ciał purynowych. U człowieka, pozostającego na dyecie wolnej od nuklein (mleko, ser, jaja, biały chleb, cukier, owoce, zielone jarzyny), ilość wydzielanego na dobę kwasu moczowego zmniejszy się do pewnej granicy, różnej u różnych osobników, stałej natomiast u tego samego osobnika bez względu na to, ile podamy w pożywieniu azotu i kaloryi. Ten kwas moczowy nazywa autor „endogenicznym", pochodzący zaś od spożytych nuklein „egzogenicznym". Człowiek dorosły wydziela w 24 godzinach zależnie od indywidualności 0.3—0,6 „endogenicznego" kwasu moczowego, i ta ilość jest stałą dla każdego osobnika; nadmiar egzogeniczny, pochodzący z pożywienia, jest zmiennym i proporcyonalnym do ilości przyswojonych ciał ksantynowych. Horbaczewski przypuszcza źródło „endogenicznego" kwasu moczowego w rozpadzie jąder komórkowych, a w szczególności leukocytów. Przypuszczenie to jest o tyle nieprawdopodobnem, że na wyprodukowanie 0,3—0,6 kwasu moczowego trzebaby niemożliwie wielkiej ilości leukocytów, gdy tymczasem mamy znacznie obfitsze źródło w hipoksantynie, zawartej w stosunkowo dużych ilościach w mięśniach. Doświadczenia wykazały, że praca lub spokój mięśnia nie wpływa na 24-godzinną ilość wydzielonego kwasu moczowego, zmienia natomiast wartości jednogodzinne. Po 15-godzinnym poście ilość wydzielanego kwasu moczowego staje się prawie stałą. W ciągu jednogodzinnej pracy mięśniowej ilość ta wzrasta, później jednak maleje tak, że po czterogodzinnym wypoczynku spada poniżej normy. W ciągu 24 godzin różnice te naturalnie się wyrównują. Jeżeli przez mięśnie psa przeprowadzać będziemy sztucznie rozcieńczoną krew, wtedy ta wzbogaci się w kwas moczowy, nie będzie jednakże zawierać hipoksantyny, mięsień zaś tetanizowany oddaje krwi więcej puryn i to przeważnie w postaci hipoksantyny; wzmożenie to trwa jakiś czas po skurczach, ale już w postaci kwasu moczowego. Ilośc hipoksantyny w samym mięśniu zwiększa się wskutek tetanizowania. Mięśnie zawierają wyżej wspomnianą purynoksydazę, która wystarcza do utlenienia hipoksantyny na kwas moczowy w czasie spoczynku, nie wystarcza natomiast w czasie pracy tak, że hipoksantyna przechodzi do krwi i dopiero w innych narządach zostaje utlenioną na kwas moczowy. *Seńkowski.*

J. Strasburger. **Sposób jakościowego wykazania cukru w moczu.** (*Medizinische Klinik*, 1905, Nr. 6). Autor poleca rozczyn, podany przez Hainesa, mianowicie: 2,0 siarkanu miedziowego, 15 ctm. sześc. wody, 15 ctm. sz. czystej gliceryny, 150 ctm. sz. 5% ługu potasowego. Odczynnik ten ma tę zaletę, że daje się w jednym płynie dłuższy czas przechowywać. *Seńkowski.*

Gradwohl. **Znaczenie bakteryologiczne badania zwłok.** (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, Nr. 12, 1904). Bakteryologicznemu badaniu krwi i tkanek trupów odmówiono wszelkiego znaczenia od czasu mianowicie, gdy liczny szereg badaczów wykazał, iż mikroby w czasie konania po śmierci rychło wędrują z miejsc, w których się za życia znajdowały, do sąsiednich tkanek. Niedawno jednak Simmonds wystąpił w „Archiwum Virchowa" z rozprawą, w której udowadniał, że można otrzymać ważne wyniki, badając systematycznie krew zwłok. Na poparcie swego twierdzenia przytoczył Simmonds wyniki badań krwi, pochodzącej z 1200 zwłok. Pracę Simmondsa spotkała wkrótce surowa krytyka, wykazująca zasadniczy błąd w badaniach rzeczonego autora, który do bakteryologicznego badania posługiwał się krwią z serca, zamiast z żył obwodowych. Do serca bowiem łatwo mogą się dostać mikroby z narządów sąsiednich, a osobliwie z płuc podczas konania, lub po śmierci. Badania bakteryologiczne zwłok ludzkich, wykonane w europejskich pracowniach, tracą znacznie na wartości z tego powodu, iż prawa wielu państw europejskich pozwalają rozbierać zwłoki dopiero po upływie pewnego czasu od chwili śmierci. Badania przeto Gradwohla zasługują na uwagę z tego przedewszystkiem względu, iż były wykonywano rychło po śmierci, bo zazwyczaj w kilka godzin, a w niektórych razach nawet przed upływem dwóch godzin od skonu. Badania swe wykonał Gradwohl w Saint-Louis (Stany Zjednoczone P. A.) na zwłokach, przechowywanych do chwili badania w trupiarni, należycie ochładzanej. Osoby, których zwłoki badał Gradwohl, umarły na rozliczne choroby, niektóre z nich nagle wskutek ran postrzałowych. Ogółem zbadał Gradwohl 50 zwłok, biorąc do bakteryologicznego badania krew z serca, oraz krew z żyły odłokciowej (*v. basilica media*). Wynik był następujący: na 50 przypadków bakteryologicznego badania krwi, zaczerpniętej z serca, otrzymał autor wyniki dodatnie w 39 razach, a tylko w 11 przypadkach nie wyhodował żadnych mikrobów. Słowem, we krwi zwłok, badanych wkrótce po śmierci, można było stwierdzić obecność mikrobów w pokaźnej liczbie przypadków, albowiem wynoszącej 78%. Wyniki bakteryologicznego badania krwi, czerpanej z żyły odłokciowej, były wręcz inne. Ze krwi tej nie wyhodował autor mikrobów, jak tylko w trzech przypadkach, i to w przypadkach, w których już za życia stwierdzone było zakażenie ogólne. Na zasadzie tych wyników autor wysnuwa wniosek, iż bakteryologicznemu badaniu krwi, czerpanej z serca po śmierci, nie można przypisywać zbytniego znaczenia. Ze krwi, branej z serca, wyhodował autor następujące mikroby: paciorkowca, gronkowca, lasecznika siennego, laseczkę okrężnicową, pneumokoka, laseczkę ropy błękitnej, *proteus vulgaris, b. mesentericus* i *sarcina lutea*. *A. Wrzosek.*

St. Bogdan. **Kryoskopia potu ludzkiego.** (*Journal de physiologie et de pathologie générale* Nr. 6, 1904). Autor posługiwał się do badań kryoskopowych potu przyrządem pomysłu Gnyoa i swego. Przyrząd ten pozwala wykonywać obliczenia nader dokładne, przyczem do badania wystarcza nieznaczna ilość potu, mianowicie 1 ctm.³. Poty wywoływał autor łaźnią z suchego powietrza, wdychaniem powietrza wilgotnego ogrzanego, sporą ilością gorącej herbaty i podskórnem wstrzykiwaniem pilokarpiny.

Z badań autora wynika naprzód, iż punkt zamarzania potu waha się między — 0°,24 a — 0,°34, czyli, że przeciętnie znajduje się o 0°,308 poniżej zera; powtóre, iż pot, pochodzący z tego samego osobnika, nie zawsze posiada jednakowy punkt zamarzania, lecz że punkt rzeczony zmienia się z dnia na dzień; po trzecie, iż punkt zamarzania potu mężczyzn nie różni się widocznie od punktu zamarzania potu niewiast; po czwarte, iż sposób wywoływania potów nie wpływa na punkt zamarzania; wreszcie — po piąte, iż niema związku między punktem zamarzania potu, a jego chemicznym odczynem. *A. Wrzosek.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

G. Lotheisen. **Anestezyna w operacyach chirurgicznych, szczególnie przełyku.** (*Wiener klinische Rundschau* Nr. 44, 1904). Autor zaleca stosowanie chlorku anestyzyny, korzystnie zastępującego kokainę, gdyż posiada przed nią tę zaletę, iż nie jest przetworem trującym, nie rozkłada się nieograniczony czas i jest bardzo tani. Do podskórnych wstrzykiwań używać należy rozczyn półprocentowy, nie zaś ćwierćprocentowy, jak inni autorowie utrzymują. Autor nie dodaje adrenaliny, ponieważ u ludzi starszych i wyniszczonych występuje łatwo zgorzel brzegów rany. W ezofagoskopii natomiast, jakoteż badaniach, operacyach i t. d. w zakresie błony śluzowej ust i gardła pędzlowanie ½% rozczynem anestezyny z dodatkiem 1% adrenaliny jest bardzo godne polecenia. *Baschkopf.*

Euguformum solubile. Max Joseph (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 4, 1904) poleca ten nowy przetwór, który jest połączeniem gwajakolu z formaliną; 50% rozczyn w acetonie tego leku, pod nazwą „euguformum solubile" posiadają apteki niemieckie. Joseph najchętniej zapisuje mięszankę: *Euguformum solub. 10,0, Zinc oxyd., Amyl. aa 20,0, Glycer., Aq. dest. ad 100,0;* w tym składzie znakomicie znieczula i uśmierza w świerzbiączce, liszaju przewlekłym i świądzie rzyci. Jako 20% maść oddaje dobre usługi w modzelach (tyloma) podeszew i dłoni. Nieprzyjemnego ubocznego wpływu nie zauważono. Nie wyklucza to jednak ewentualnej idyosynkrazyi, boć skóra jest przecież narządem, w którym ujawniają się tak często idyosynkrazye przy stosowaniu leków tak wewnętrznych, jak zewnętrznych. *Baschkopf.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 30 grudnia 1904 r.

Przewodniczący: Dr. E. Wechsler.

Obecnych: 45

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Na członków czynnych Tow. lek. lwow. przyjęto: Dr. A. Blumenfelda, Dr. A. Grelińskiego, Dr. K. Soleckiego.

III. Wybrano Komisyę matkę w składzie, zaproponowanym przez Zarząd Tow. lek. lwow.

IV. Kol. Dr. T. Heryng (z Warszawy) mówił „O nowych metodach i przyrządach inhalacyjnych" i demonstrował przyrząd własnego pomysłu. (Rzecz drukowana w Nr. 52 i 53 „Przeglądu lekarskiego" z r. 1904).

W dyskusyi przemawiali koledzy: Prof. Gluziński, Prof. Beck, Dr. Obtułowiczz, Dr. Stachiewicz i Prof. Ziembicki. Prelegent każdemu z osobna odpowiadał.

V. Kol. J. Fels z okazyi rocznicy śmierci wielkiego Majmonidesa poświęca mu następujące wspomnienie:

W grudniu 1904 roku przypada siedmsetna rocznica śmierci arabsko-żydowskiego lekarza Majmonidesa. Mojżesz ben Majmun (z głosek początkowych nazwiska i przydomków utworzono skróconą i pospolitą jego nazwę „Rambam") urodził się w r. 1135 w Kordowie, potem żył w mieście Fezu, skąd przeniósł się do Starego Kairu w Egipcie, gdzie był bardzo poważanym jako lekarz nadworny, działając równocześnie jako praktyk i nauczyciel medycyny. Był godnym uczniem sławnego Awerroesa i należał do najlepszych lekarzy z okresu medycyny arabskiej. Jako filozof i talmudysta był niemniej ceniony od lekarza. Zajmował się prawie każdą gałęzią wiedzy. prawem, matematyką, fizyką, chemią i t. d.

Pisma medyczne Majmonidesa świadczą o wysokim stopniu jego wiedzy, istnieją do dziś dnia w rękopisach arabskich i hebrajskich i były kilkakrotnie wydawane po łacinie i hebrajsku. Są one następujące: „Komentarz do aforyzmów Hippokratesa", „Aforyzmy własne" według Galenusa, podzielone na 25 ksiąg, w których często krytykuje Galenusa, a ostatnia księga objaśnia trudne miejsca tego autora. Najbardziej znane i kilkakrotnie pod różną nazwą w języku łacińskim, hebrajskim i niemieckim[1]) wydawane są jego „Listy dyetetyczne", pisane dla syna Saladyna, cierpiącego na zaburzenia trawienne, zaparcie żywota i zadumę. W czterech księgach traktuje to pismo o sposobie życia zdrowych i chorych wogóle, następnie o trybie życia władców w szczególności i w końcu zawiera ogólne przepisy higieniczne. Prócz tego napisał Majmonides wyciąg z dzieł Galenusa (O tętnie) i kilka pism mniejszych: O dusznicy, O krwawnicach, O spółkowaniu i Toksykologię[2]).

Wśród ludu żydowskiego krąży cały szereg mytów i podań o życiu Majmonidesa[3]). I tak do 13 roku życia nie umiał on czytać i pisać; nauczycielem jego był sam prorok Eliasz. Rabini o nim powiadają, że od Mojżesza (prawodawcy) do Mojżesza (Majmuni) nie był żaden, jak Mojżesz. Tak samo jego działalność lekarska otoczona jest różnemi legendami. U chorego, cierpiącego na silne zawroty i kołowaciznę rozpoznał robaka w mózgu i wykonał trepanacyę. By jednak potem nie uszkodzić istoty mózgowej narzędziami, zbliżył do otworu w czaszce liść, na który robak wypełznął. Posiadał on też tajemnicę o soku wskrzeszającym, mocą którego mógł człowieka rozkrojonego całkiem wskrzesić, co można tem tłómaczyć, że był także dobrym operatorem.

Większa część pism Majmonidesa, szczególnie jego aforyzmy i toksykologia i t. d. miały znaczenie autorskie u lekarzy wieków średnich, którzy je też często przytaczają. Wiele przepisów higienicznych i dyetetycznych zawierają też pisma teologiczne ben Majmuna, n. p. jego komentarz do talmudu[4]). Majmonides umarł w grudniu 1204 roku, dlatego obecnie obchodzą uroczyście 700-ną rocznicę jego śmierci i kol. Fels uprasza zebranych, by przez powstanie uczcili również jego pamięć. (*Streszczenie własne*). *Dr. Herman*, sekretarz.

[1]) Po niemiecku przez Winternitza: Wiedeń 1843; po hebrajsku: Praga 1838.

[2]) Ogłoszona po niemiecku przez Steinschneidra w „Virchows Archiv" 1873, po francusku przez J. M. Rabinowicza, Paryż 1867.

[3]) Sippurim, Sammlung jüdischer Volkssagen, Erzählungen, Mythen etc. Praga, wyczerpane.

[4]) Neubauer i Pagel: Handbuch der Geschichte der Medicin, 4 Lieferung. Jena 1902. Münch. med. Wochenschrift 1904. Nr. 46.

VIII. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Zarys dziejowy

przez

Prof. Dra L. Wachholza.

„...Słońce prawdy wschodu nie zna i zachodu."
(A. Mickiewicz).

(Dokończenie.)

Blumenstok uzyskał pierwszy od władz stałego współpracownika, zrazu w charakterze demonstratora z płacą 300 zlr. rocznie, a to od r. 1882, potem asystenta z płacą 600 zlr. od r. 1888. Pierwszym demonstratorem mianował Wydział lekarski Franciszka Sobolewskiego, który obowiązki swe pełnił od kwietnia do 30 września 1882 r. Jego następcą był Dr. Ignacy Schaitter, mianowany demonstratorem od 1 paźdz. 1882 na dwa lata; następnie w r. 1884 na rok, w r. 1885 na dalsze dwa lata, wreszcie w r. 1887 asystentem na dwa lata, tj. od 1 stycznia 1888 do 31 grudnia 1889, i na rok 1890. Razem zatem spędził przy katedrze medycyny sądowej i rządowej 8 lat, z tych 5 jako demonstrator, a 3 jako asystent. Zyskawszy sobie przez swą gorliwość w pełnieniu obowiązków i swe uzdolnienie zupełne zaufanie prof. Blumenstoka, pracuje pod jego kierunkiem, kształcąc się na nieznanego jeszcze dotąd u nas zawodowego, a nie przygodnego, znawcę lekarskiego. W r. 1885 otrzymuje stypendyum z fundacyi śp. Szklarskiego i wyjeżdża celem pogłębienia swych studyów zawodowych do Wiednia, Gracu, Monachium i Berlina, skąd zasila „Przegląd lekarski" zapiskami przypadków sądowo-lekarskich, spostrzeganych w zakładach zagranicznych. Na studyach tych bawi od 1 kwietnia do 31 lipca 1885, a przez ten czas zastępuje go w obowiązkach demonstratora Dr. Walery Momidłowski, który w tym krótkim czasie ogłosił drukiem z zakładu pracę kazuistyczną „Otrucie kwasem sinowodowym" (Przegl. lek., 1885). Pod egidą Blumenstoka, cieszącego się niebywałą dotąd wziętością u sędziów, wchodzi Dr. Schaitter w praktykę sądowo-lekarską, zdobywając sobie rychło uznanie znawcy uzdolnionego i doświadczonego. Nawał praktycznego zajęcia w sądzie daje mu możność ogłaszania prac z zakresu medycyny sądowej. Ogłosił ich drukiem od r. 1882 do 1890 trzynaście, prócz krótkich, a już poprzednio wspomnianych zapisków. Z tych 13 prac, ogłoszonych w „Przeglądzie lekarskim" i „Medycynie", osiem stanowi przyczynki do kazuistyki sądowolekarskiej, pięć pozostałych są bądź ogólnej treści sądowolekarskiej, bądź też dotyczą samodzielnych badań autora (mianowicie: „O badaniu plam nasiennych" Przegl. lekar. 1883, „Zmiany w przypadku powieszenia" tamże, 1883; „Przyczynki do dyagnostyki zaczadzenia" tamże, 1885). Praca treści ogólnej „W sprawie wymiaru należytości za czynności sądowolekarskie" (Przegl. lek., 1887) omawia projekt nowej taryfy i podnosi z uznaniem myśl w nim wyrażoną utworzenia stałych posad znawców lekarskich; wyraża jednak usprawiedliwioną dotychczasowym niezmienionym stanem rzeczy obawę, że myśl ta i „tym razem pozostanie *pium desiderium*". Dr. Schaitter, mianowany w r. 1890 lekarzem miejskim w Krakowie, ustępuje z posady asystenta dnia 31 grudnia 1890. Następcą jego mianuje Wydział lekarski Dr. Leona Wachholza od 1 stycznia 1891 na dwa lata; w r. 1892 na dalsze dwa lata, t. j. do do 31 grudnia 1894. W r. 1892 wyjeżdża on 1 marca do 1 czerwca do Wiednia i pracuje tam w zakładzie med. sąd. prof. Hofmanna; w r. 1893 uzyskuje urlop od c. k. Min. Oświaty na letnie półrocze i stypendyum naukowe, dzięki czemu pracuje od 1 maja ponownie w zakładzie prof. Hofmanna i w klinice psychiatrycznej prof. Krafft-Ebinga w Wiedniu[2]). W ciągu swej asystentury pracuje w zakła-

[2]) W tym czasie pełni obowiązki zastępcy asystenta Dr. W. Schumann.

dach medycyny sądowej, anatomii patologicznej, chemii (prof. Dr. Olszewski), fizyologii, a nadto w szpitalu św. Łazarza na oddziele chirurgicznym (prof. Dr. Obaliński), wewnętrznym (prof. Dr. Pareński) i dla obłąkanych (prof. Dr. Żuławski), wreszcie w klinice chorób dzieci (prof. Dr. Jakubowski). W ciągu tego czasu ogłasza drukiem w języku polskim (w Przeglądzie lek., w Rozprawach z zakresu prakt. med. i w Pamiętniku na otwarcie nowego pawilonu chirurg. w szpitalu św. Łazarza) 14 prac, z tych 8 doświadczalnych (między innemi: o połączeniach sinu z barwikiem krwi, o zmianach w narządzie oddechowym po otruciu kwasem karbolowym, o znaczeniu obecności gonokoków w starych plamach [wspólnie z Dr. J. Nowakiem], o nagłej śmierci u oseskćw; zmiany włosów pod wpływem środków żrących i t. d. [wspólnie z Dr. W. Tyszkiewiczem] i t. d.), 5 kazuistycznych i ogólnych i jedną chirurgicznej treści.

Nadto ogłasza dziewięć prac doświadczalnych w języku niemieckim, z tych dwie, nieogłoszone poprzednio w języku polskim (w „Zeitschrift für Medicinalbeamte“, w „Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin“, w „Friedreichs Blätter für ger. Med.“ i w „Deutsche medicinische Wochenschrift“). Powyższe prace obok licznych sprawozdań i ocen z literatury sądowolekarskiej i ogólnej lekarskiej, zamieszczanych w „Przeglądzie lek.“, nadto stanowisko jego jako znawcy sądowego (od 1 sierpnia 1891) umożliwiły mu w roku 1894 uzyskanie *veniae docendi* z medycyny sądowej po przedłożeniu pracy anatomiczno-sądowolekarskiej „O oznaczeniu wieku na zwłokach na podstawie kostnienia główki kości ramieniowej“ (Rozprawy Akad. Umiejętn. 1894) i po wygłoszeniu wykładu próbnego na temat „O obłąkaniu moralnem ze stanowiska antropologii kryminalnej“ (Przegl. lek., 1894). W tymże czasie przedstawił go Wydział lekarski w Insbrucku wspólnie z Dr. Haberda z Wiednia i Dr. Ipsenem z Gracu jako kandydata na opróżnioną tamże katedrę. Z dniem 1 października 1894 objął jako docent zastępca profesora wykłady medycyny sądowej w Wydziale prawniczym Wszechnicy lwowskiej. Następcą jego został Dr. Edward Piotrowski, były asystent zakładu anatomii patologicznej, mianowany asystentem zakładu sądowolekarskiego od 1 paźdz. 1894 na dwa lata. Ogłosił drukiem z zakładu w ciągu roku 1894 i 1895 trzy prace, czwartą niemiecką z zakładu wiedeńskiego, dokąd podążył, otrzymawszy stypendyum z fundacyi śp. Szklarskiego.

W tych wyżej omówionych warunkach niemniej znakomitą była działalność naukowa Blumenstoka. Ona to podyktowała śp. prof. Hofmannowi z Wiednia zdanie o nim, napisane po jego śmierci: „imię jego będzie stale błyszczeć między imionami najcelniejszych autorów medycyny sądowej“. Należał też on bezprzecznie do grona tych, którzy swem doświadczeniem, wiedzą i spostrzeżeniami w praktyce zdobytemi dali podwalinę dzisiejszej medycynie sądowej.

W publikacyach swych okazał się wszechstronnym; dotyczą one bowiem historyi medycyny (10 prac), medycyny publicznej (10 prac), okulistyki (7 prac), medycyny i psychopatologii sądowej (63 prac i wielka liczba pomniejszych zestawień, ocen i t. d.).

Prace historyczne w liczbie dziesięciu, z których jedna („W 200-letnią rocznicę próby płucnej“, Przegl. lek. 1883) ogłoszoną była także w niemieckim języku (Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1883); inna zaś, nader cenna monografia „Fortunato Fedeli, pierwszy autor sądowolekarski“ (Kraków 1873, str. 98), przetłómaczona następnie przez Doc. Dr. Bělohradskyego na język czeski, nakazują podziwiać znajomość gruntowną klasycznych języków, ścisłość historyczną, zmysł krytyczny, a nadto ujmująco piękną formę przedstawienia rzeczy. Praca o Fedelim dobyła tego nader cennego autora pierwszego podręcznika medycyny sądowej z pyłu zapomnienia.

Prace z medycyny publicznej, z tych jedna w niemieckim języku, dotyczą ogólnych spraw lekarskich i sanitarnych. Większa ich część odnosi się do sprawy tak dotychczas jeszcze piekącej, t. j. krajowej opieki nad obłąkanymi, zakładu w Kulparkowie, umieszczenia obłąkanych przestępców i t. d. Sprawą opieki nad obłąkanymi w kraju zajmował się Blumenstock nader gorąco i z tego powodu zasiadał od roku 1890 w gronie członków ankiety odnośnej, zwołanej z woli Sejmu, której zadaniem było także wykonywanie nadzoru nad krajowymi zakładami dla obłąkanych.

Prac z medycyny sądowej ogłosił 63, z tych 40 w polskim języku (w tygodnikach lekar. przeważnie w „Przegl. lek.“), 7 w polskim i niemieckim języku, 16 wyłącznie po niemiecku. Nadto zamieścił jako współpracownik dzieła Eulenburga „Realencyklopaedie der gesammten Heilkunde“ 31 artykułów, wyczerpujących ważniejsze praktyczne zagadnienia sądowolekarskie. Z 63 prac tych 8 dotyczy (tylko 3 z nich ogłosił po niemiecku) kwestyi z zakresu prawa karnego i ustawy o postępowaniu karnem w odniesieniu do zagadnień lekarskich. Z tych najcenniejszą jest praca: „Gerichtsärztliche Bemerkungen über den Entwurf des neuen Strafgesetzes“ (Wien. med. Presse. 1875, str. 65). Z pozostałych 55 prac przypada 48 na przyczynki kazuistyczne, omawiające bądź przypadki przez siebie spostrzegane, bądź też rozgłośne przypadki obce z współczesnej literatury sądowolekarskiej. Własna jego „Kazuistyka sądowolekarska“ (Część I. Kraków, 1882) obejmuje 9 przypadków, między nimi głośne morderstwa, spełnione w Krakowie na osobie śp. prof. Zejsznera i śp. Klockowej przy ul. Floryańskiej. Cennym zbiorem kazuistycznym są „Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału lek. Uniw. Jag.“ (Kraków, 1885, str. 232), serya I. wydana oddzielnie jako zbiorowa odbitka z „Przeglądu lekar.“, serya II. zaś, nie zebrana w oddzielną odbitkę. Orzeczenia te dotyczą najważniejszych a zarazem najzawilszych przypadków, jakie przez władze sądowe całej Galicyi były powierzane Wydziałowi lekarskiemu do oceny. Orzeczenia te mieszczą zawsze epikryzy, opracowane przez Blumenstoka, jako referenta orzeczeń sądowolekarskich w Wydziale lekar., a w epikryzach tych zawarte są cenne uwagi ogólne, oparte na podstawie najświeższych zdobyczy naukowych. Siedem prac zestawia wyniki własnych, po części doświadczalnych badań i dochodzeń nad zaczadzeniem (Przegl. lek., 1872), nad śmiercią z gazu kloacznego (tamże, 1873 i w „Vierteljschr. f. g. M.“ 1873), nad próbą uszną Wredena i Wendta (tamże, 1875 i w „Wien. med. Woch.“, 1875), nad zwęgleniem ciała (tamże, 1877 i w „Wien. med. Woch.“, 1876), nad próbami życia (tamże, 1877), wreszcie nad śmiercią ze zmarznięcia. Ta ostatnia praca („Tod durch Erfrieren“) wchodzi z dwiema innemi (bardzo cenną „Lehre von den Verletzungen in gerichtsärztlicher Beziehung“ i ważną „Mord, Selbstmord und Zufall“) w skład I tomu największego zbiorowego dzieła, wydanego w roku 1881 przez Maschkę („Handbuch der ger. Medic.“ Tübingen, 4 tomy). W pracy tej twierdzi Blumenstok, że żywoczerwone zabarwienie krwi osób zmarłych wskutek zmarznięcia jest wynikiem bezpośredniego, swoistego działania niskiej ciepłoty na hemoglobinę.

W liczbie omówionych pokrótce publikacyi mieszczą się także drukiem ogłoszone wykłady popularne, n. p. „O śmierci pozornej“ (Czas, 1884) i dla szerokich kół inteligencyi przeznaczone „Szkice psychiatryczne“ (Przegląd polski, 1891). Publikacye te uwidaczniają w całej pełni wielkie zdolności przedstawiania rzeczy naukowych w sposób przystępny, a barwnością swą pociągający każdego wykształconego człowieka.

Nieocenioną zasługę Blumenstoka stanowi objęcie przezeń w roku 1877 naczelnej redakcyi „Przeglądu lekarskiego“ tem bardziej, że zniewoliło go do zerwania nawiązanej z niemiecką firmą nakładczą umowy napisania niemieckiego podręcznika medycyny sądowej, któryby go był doprowadził do objęcia katedry w uniwersytecie wiedeńskim.

Jeżeli w owym czasie był ktokolwiek uzdolnionym do kierowania wydawnictwem pierwszego naszego pisma lekarskiego, to był nim dzięki rozległej wiedzy, bystrości umysłu i wykwintnemu stylowi Blumenstok. Pod jego redakcyą (od r. 1877—1892) stał się „Przegląd lekarski“ pod każdym względem pierwszem polskiem czasopismem lekarskiem, które zjednało sobie rozgłos i uznanie także u obcych, a to przeważnie dzięki popularności naukowej jego nazwiska i rozległym jego osobistym, bądź też literackim stosunkom z uczonymi kraju i zagranicy. Blumenstok był zarazem przewidującym i zapobiegliwym na przyszłość redaktorem i dlatego wiedząc, że bytu pisma nie zapewni, jeżeli się ograniczy tylko na współpracownictwie wybitnych uczonych, umiał młodych do pracy literackiej zachęcać i w początkach tych być im pomocnym i wyrozumiałym, a przedewszystkiem dbałym o poprawne wyrażanie się w ojczystym języku przewodnikiem.

Rozległa jego zawodowa wiedza i doświadczenie, bystrość umysłu, obok zdolności jasnego i przystępnego dla wszystkich omawiania zagadnień sądowolekarskich, uczyniły zeń znawcę sądowego, którego zdanie było w sądzie uważanem za wyrocznię.

W r. 1891 zaniemógł, a objawy tej zrazu małoznacznej niemocy zwolna lecz stale się potęgując, zniewoliły go w r. 1892 do złożenia kierownictwa redakcyi „Przeglądu lekarskiego“, w r. 1894 usunięcia się od czynności znawcy sądowego, wreszcie w styczniu r. 1895 do wniesienia podania o uwolnienie go na rok od obowiązków nauczycielskich. W sierpniu 1896 r. przeszedł z tego samego powodu w stały stan spoczynku, podniesiony przy tej sposobności za swe naukowe zasługi do stanu szlacheckiego. Choć ciężko chory, pamiętał jeszcze o zakładzie medycyny sądowej i ofiarował mu swój cenny zawodowy księgozbiór, zawierający 390 dzieł i poszytów w blizko podwójnej liczbie tomów, objęty w myśl uchwały Wydziału lek. osobnym działem inwentarza z napisem „Dzieła z daru śp. prof. Halbana (Blumenstoka).“ Choroba nie pozwoliła mu odwiedzić zakładu, pomieszczonego od r. 1895/6 w nowo wzniesionym gmachu „Collegii medici“. Dnia 28 lutego 1897 r. zmarł w 69 roku życia.

Blumenstok był dwukrotnie, t. j. w roku 1885/6 i 1892/3 obrany dziekanem Wydziału lek., był członkiem nadzwyczajnym Akademii Umiejętności, członkiem honorowym i prezesem Towarzystwa lek. krakowskiego, członkiem honorowym Tow. lek. bukowińskich, członkiem Tow. lekarzy polskich w Paryżu, wreszcie przez szereg lat radcą miejskim. Był odznaczony orderem żelaznej korony III klasy.

Na letnie półrocze 1895 roku powierzył Wydział lek. zastępcze kierownictwo zakładem medycyny sądowej i ćwiczeniami w sekcyach sądowolekarskich dyrektorowi szpitala św. Łazarza tytularnemu prof. Dr. Stanisławowi Ponikle; zaś w następnym roku szkolnym powierzył kierownictwo zakładu i wykłady Doc. Dr. L. Wachholzowi, powołanemu w tym celu w charakterze zastępcy profesora z Wydziału prawniczego Wszechnicy lwowskiej. Również i Wydział prawa Uniw. Jag. powierzył mu wykłady z medycyny sądowej dla swoich uczniów. Rok szkolny 1895/6 był w dziejach katedry medycyny sądowej Uniw. Jagiel. przełomowym, albowiem z początkiem tegoż roku (październik 1895) przenosi się zakład do nowo zbudowanego „Collegium medicum“, gdzie znalazłszy stałe, a z czasem i całkiem odpowiednie pomieszczenie w umyślnie dla celów naukowych zbudowanym budynku, uzyskał możność należytego rozwoju.

Źródła. 1) Majer: Stan Wydziału lekar. w Uniw. Jag. od jego początku i t. d. Rocznik Towarz. nauk. Tom V. Kraków 1851. Str. 601—619 — 2) Majer: Wspomnienie o życiu i zasługach nauczycielskich W. J. Boduszyńskiego. Roczn. Wydz. lek. 1843. T. VI. Str 111. — 3) Skobel: Wiadomość o stanie Wydz. lek. w szkole głów. krak. za rządu Austr. Rocznik Wydz. lek. w Uniw. J. Kraków 1842. T. V. Str. 139—187. — 4) Skobel: Wiadomość o stanie Wydz. lek. i t. d. od r. 1809—1817. Rocznik Wydz. lek. 1843 T. VI. — 5) Skobel: Wiadomości o życiu Fryderyka Hechla. Odbitka (Muzeum hist. Wydz. lek. U. J.) — 6) M. J. Brodowicz: Ważniejsze dokumenty odnoszące się do swojego udziału w sprawach i losach zakładów naukowych b. Woln. M. Krakowa i jego okręgu. Kraków 1874. — 7) M. J. Brodowicz: Żywot J. Badurskiego. Rocznik Wydziału lek. Kraków 1839. T. II. Str. 83—152. — 8) Czynności Wydz. lek. w Uniw. Jag. Rocznik Wydz. lek. T. 1—8. — 9) Gąsiorowski: Zbiór wiadomości do historyi sztuki lek. w Polsce. — 10) Estreicher: Bibliografia. — 11) Wurzbach: Biographisches Lexikon. Wien 1874. — 12) Schematismus des Königreichs Galizien. Lemberg 1815—1841. — 13) F. Kojsiewicz: Krótki rys żywota S. Girtlera i t. d. Manuskrypt Archiwum Uniw. Jagiel. — 14) Życiorysy (własnoręcznie spisane): Boduszyńskiego, Woźniakowskiego, Hechella i Krydy. Archiwum U. J. — 15) Akta tyczące się katedry medycyny sądowej w Archiwum Uniw. J., w dziekanacie Wydz. lek. i zakładzie sąd. lek. — Protokoły rekwizycyi i rezolucyi rządowych do Szkoły głównej krak. od 12 marca 1804 w Arch. U. J. — 16) Rękopisy Hechella w Bibliotece Uniw. Jag.

* * *

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 1 lutego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Żeleński wygłosił 2 odczyty: „O stosowaniu pasteuryzacyi mleka w użytku domowym“ i „O sztucznem i mieszanem żywieniu niemowląt a instytucyi „Kropli mleka“.

* Dr. Leon Popielski, nowomianowany profesor farmakologii w Uniwersytecie lwowskim, odbył dnia 30 z. m. wykład wstępny p. t. „Fizyka i chemia w biologii“.

* Redagowanie „Sprawozdań z piśmiennictwa lekar. polskiego do roczników Virchowa i Hirscha“ przejęło od Towarzystwa lekar. krakowskiego Towarzystwo lekar. lwowskie. Na czele Komitetu sprawozdawczego stanął profesor fizyologii Dr. Beck.

* Do zarządu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego na rok 1905 wybrani zostali: prezesem Dr. Emil Wechsler, wiceprezesem Dr. Jakób Mahl, sekretarzem Dr. Aleksander Zawadzki.

* Dr. Jan Regiec objął posadę lekarza zakładu „Therapia“ w Cirkwenicy.

* Od Nowego Roku począł wychodzić w Warszawie miesięcznik p. t. „Nowe leki“. Redaktorem i wydawcą jest p. Fr. Karpiński.

* Staraniem wydawnictwa „Nowin lekarskich“ ukaże się za kilka tygodni 2-tomowe dzieło p. t. „Teorya jestestw organicznych Jędrzeja Śniadeckiego“ z życiorysem autora i oceną tego dzieła. Dwa tomy kosztować mają tylko 3 marki.

* Na Górnym Szlązku wybuchło nagminne zapalenie błon mózgowo-rdzeniowych. Zmarło do tej pory 6 osób dorosłych i 24 dzieci.

* Namiestnik Galicyi przeniósł lekarza powiatowego Dr. Cyryla Dolnickiego z Zaleszczyk do Stryja; asystenta sanitarnego Dr. Maryana Udzielę z Przemyśla do Zaleszczyk.

* Wydział tarnowskiej Kasy chorych mianował dnia 25 z. m. na posadę drugiego lekarza Kasy Dr. Szatkowskiego. Pierwszym lekarzem Kasy jest Dr. Starachowicz, mianowany przed paru miesiącami.

* W liczbie ranionych w twierdzy Port-Artur znajduje się Dr. Krzywiec.

* Dnia 12 lutego przypada 50-ta rocznica otrzymania dyplomu doktorskiego przez b. kierownika kliniki lekarskiej w Pradze, profesora Bogumiła Eiselta. Czcigodnemu jubilatowi przesyłamy najszczersze życzenia długich jeszcze lat zdrowia i życia dla pożytku nauki i społeczności czeskiej.

* Do zarządu Towarz. czeskich lekarzy w Pradze na rok 1905 wybrani zostali: prezesem prof. Dr. J. Hlava, wiceprezesem Dr. A. Chvojka, skarbnikiem doc. Dr. Kosc, sekretarzem Dr. Votruba.

* Międzynarodowy Kongres dla zwalczania gruźlicy odbędzie się w Paryżu między 2 a 7 października 1905 r. Zamierzono zorganizować 4 sekcye: 1) patologii lekarskiej (przewodniczący Bouchard); 2) patologii chirurgicznej (przewodniczący Lannelongue); 3) ochrony i opieki wieku dziecięcego (przewodniczący Grancher) i 4) ochrony i opieki dla dorosłych (przewodniczący Landouzy). Z Kongresem połączoną będzie wystawa. Wpisowe wynosi 25 franków.

* Między 15 a 21 stycznia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), kołomyjskim, mieleckim (po 1 gm.) myślenickim, nadwórniańskim (po 1 gm.), przemyślańskim (2 gm.), rawskim, tarnopolskim, (po 1 gm.).

Nekrologia. Dr. Serrano, prof. anatomii, zmarł w Lisbonie. Dr. Guye, prof. otyatryi, zmarł w Amsterdamie. Dr. Podhajsky, b. lekarz sztabowy, znakomity pisarz i publicysta, zakończył życie w 68 roku życia.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Łobanow mianowany został profesorem okulistyki w Tomsku. Dr. Moritz mian. został profesorem i kierownikiem kliniki lekarskiej w Giessen.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 12 (1904 r.). Przedborski: Przyczynek do powstawania, rozpoznawania i leczenia cierpień zatok bocznych nosa (dok.). Serkowski: Zarys semiotyki moczu (dok.).

— Nr. 1 (1905 r.). Brudziński: O nowych postaciach wysypek ostrych u dzieci. Zenczykowski: Sześć przypadków włośnicy. Puterman i Wołkowicz: Przyczynek do kazuistyki zakażeń pneumokokowych przerzutowych. Arnstein. O środkach nasennych przy ostrych chorobach zakaźnych.

— *Postęp okulistyczny* (styczeń). Majewski: O ametropometryi i astygmoskopii. Garliński: Zapalenie rogówki pęcherzykowe.

— *Medycyna* Nr. 4. Palmirski i Żebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłoniczej (c. d.). Mutermilch: Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kw. moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 3 zawiera: Partactwo lecznicze w Galicyi. — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi (c. d.) — O nihilizmie lekarskim (dok.). — Czy jest za dużo pism lekarskich. — Ruch naukowy w polskich Towarzystwach lekarskich (dok.). — Położenie lekarzy praktyków na prowincyi. — Odcinek.

— *Gazeta lekarska* Nr. 4. Bełkowski i Starkiewicz: O zachowaniu się roztworów kwasów, wlanych do żołądka (dok.). Ołtuszewski: Obrazy patologii mowy w świetle nauki współczesnej, oraz zasady leczenia zboczeń mowy (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 2. Barzycki: Sprawozdanie roczne o inspekcyach w r. 1902 (c. d.). Opieński: Przyczynek do statystyki chorobliwości i śmiertelności z duru osutkowego. Zarzycki: W sprawie kanalizacyi m. Lwowa (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 5. Srdinko: Příspěvek k otázce sinusoidů. Teuner: O narkose éterové. Ehler: Ku kasuistice žlučových operaci.

— *La Presse médicale* Nr. 7. Raymond Gregoire: Nefrektomia przy raku. Guillain i Courtellemont: Czynność mięśnia krótkiego odwracającego rękę w porażeniu nerwu sprychowego. Źródło niezupełnego porażenia nerwu sprychowego u jednego dyrektora orkiestry.

— Nr. 8. Reclus: Wykład wstępny. Mahe: Powikłane wyjęcia zębów. Zęby kruche.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 5. Pels-Leusden: O zwichnięciach i zwichnięciach z złamaniem w stawie skokowym. Blumenthal: Gnicie w jelitach przy żółtaczce nieżytowej. Helmbold. O dwóch krzywiczych karlicach, rozwiązanych cięciem cesarskiem, oraz uwagi o wzroście karłowatym. Neuberg. Uwagi chemiczne w sprawie raka. Nieprawidłowe sprawy kiśnienia przy raku. Wagener: Częstość pierwotnej gruźlicy kiszek w Berlinie.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 5. Hödlmoser: Wartość piramidonu w leczeniu duru brzusznego. Gesang: Wędrowanie ciała obcego w oku i samoistne jego wydalenie się. Schulz: Istota działani. naświetlonej Röntgenowskiemi promieniami lecytyny na ustrój zwierzęcy. Schein: Leczenie kłykcin kończystych mrożeniem.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 5. Bier: Leczenie ostrego ropienia nawałem zastoinowym krwi. Waldvogel: Zatrucie izosafrolem. Lucae: O brakach słuchawki i o dwóch ważnych środkach pomocniczych, mało do tej pory zauważonych przez prawidłowo- i ciężkosłyszących. Thiemann: Przypadek ostrego kiłowego zapalenia nerek. Runge: Doświadczenia z gonosanem. Merzbach: Dalsze doświadczenia z gonosanem. Stauder: Nefrektomia w przypadku zropiałego wielokomorowego torbiela nerki. Presslich: Prosta próba barwików żółci. Reitter: Rozpoznanie zatoru tętnicy krezkowej górnej. Hoenigsberger: Przypadek obustronnego tłuszczaka sutków.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 5 Hochhaus: Leczenie krwotoku płucnego. Hirschfeld: Rokowanie w cukrzycy. Mellin: Tiosinamina przy przykurczeniach bliznowatych. Israel. Podwiązanie tętnicy podbrzusznej prawej z powodu tętniaka tętnicy pośladkowej dolnej. Flesch: Rokowanie przy szczękościsku, tężcu noworodków i wogóle dzieci z uwzględnieniem leczenia surowiczego. Kromayer: Nowa pewna metoda usuwania włosów. Libbertz i Ruppel: Uodpornienie bydła przeciw gruźlicy (perlicy) i próby z surowicą gruźliczą (dok.). Friedmann: Uodpornienie przeciw gruźlicy prątkami gruźliczymi żółwia.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 5 (od dnia 29/I do 4/II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 27, dziew. 27; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 25, kob. 22; zamiejscowych: męż. 7, kob. 4.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. , 16 ob. 2. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. 1, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 4, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 10, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem:** miejscowych 47, obcych 11.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.



Smak przyjemny, trawienie łatwe bez nudności i bez rozwolnienia. Silne podniecenie apetytu. Zwiększenie wagi ciała.

Z ekstraktem wątroby ze stokfisza.

Łyżka Wina Vivien równoważy 2 łyżkom najlepszego tranu stokfisza.

Paryż ulica Laffayette Nr. 126.

Próbki i broszury do dyspozycyi Panów Lekarzy. 63

We Lwowie w aptekach: PP. Wiewiórskiego i Ruckera; w Krakowie w aptekach: PP. Wiśniewskiego i Redyka; w Tarnowie w aptece: P. Adlera.

TRAN Jodowo Żelezisty

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. Tranu 0·20 Jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo żelezisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. d.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 157

Cena flaszki 1 K. 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

Sapomenthol

nagrodzony dyplomem honorowym i złotym medalem na wystawach międzynarodowych w Paryżu i Londynie 1901, Marsylii 1902.

(Maść Sapomentholowa)

nacieranie ból uśmierzające wyrobu **Eugeniusza Matuli**, aptekarza **w Radomyślu** koło Tarnowa



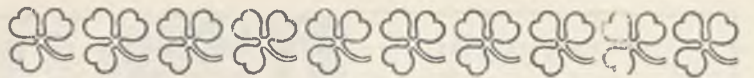
Maść ta z najlepszym skutkiem używana w cierpieniach reumatycznych, gośćowych, nerwobólach itp. poleca się jako środek zewnętrzny, szybko działający! 163

Sposób użycia: miejsce zbolałe, naciera się 2—3 razy dnia, poczem je owija watą lub flaneią.

Expedyowaną bywa, tylko w słoikach oryginalnych po cenie **1** kor. **40** i większych po **5** koron.

Broszury i próbki dla WPP. Lekarzy na żądanie franko, przesyła **apteka Eugeniusza Matuli Radomyśl koło Tarnowa.**

Składy we wszystkich aptekach.



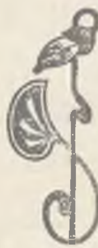
Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.



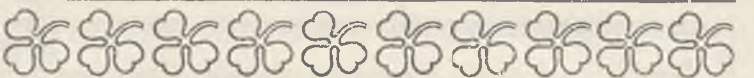
Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku.

Dwie flaszki wysyłam franco



172

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ"

PIOTRA MIKOLASCHA we LWOWIE

wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy

i

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności **zupełnie identyczny z Siroliną** firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

0 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2·00 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca:

ustalonej sławy

WINA LECZNICZE

przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy.

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.

AQUA FERRO-CALCEA „TERLIK"

(Nazwa i marka prawnie zastrzeżone!)

Przetwór żelazowowapniowy, wypróbowany i za doskonały uznany przez wielu pp. lekarzy

Wskazania:
a) Niedokrwistość, blednica, zmiany szczytów płuc, krztusiec i krzywica.
b) Osłabienia po przebyciu ciężkich chorób, po znacznych krwotokach i brak łaknienia.

Przetwór ten, o dobrym smaku, łatwo strawny, nie psujący zębów, działał nawet w tych przypadkach, w których inne przetwory żelaza zawiodły lub nie były znoszone.

Zapisuje się w dowolnych ilościach. — **Klinikom i szpitalom** celem wypróbowania dostarcza się bezpłatnie!

73

Główne zastępstwo i jedyna fabryka:

Chem.-farm. Laboratorium STERN-APOTHEKE, Wien IV. Karolinengasse 32.

Rok XLIV. Kraków 18 Lutego 1905. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Studyum bolu fizycznego.

Skreślił

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk,

asystent kliniki.

Praktyka wyprzedza często teoryę, nie dziw też, że oddawna znamy już środki przeciw bolowi, a nie wiemy mimo to dobrze, co to jest ból. Doświadczenie i codzienne spostrzeganie nauczyło ludzi, że utrata świadomości znosi, jak się samo przez się rozumie, i zdolność odczuwania bolu, bo ból jest stanem świadomości. Podobnie zauważono, że skóra, wystawiona na działanie zimna, staje się po przejściu okresu nadczułości zupełnie bezbolesną.

Dwa te spostrzeżenia posłużyły za podstawę do wynalezienia środków przeciwbolowych, których mamy też dwie grupy, t. j. środki działające na świadomość (znieczulenie ogólne) i środki znieczulające miejscowo. W ostatnich czasach dołączyła się do nich grupa trzecia, która jest jakby łącznikiem między wyżej wspomnianemi, a jest nią znieczulenie rdzeniowe Corning-Biera, działające uśmierzająco na ból wskutek przerwania przewodnictwa wrażeń nerwowych w rdzeniu.

Pierwsze wzmianki o znieczuleniu spotykamy u Pliniusza (Lib. 25. Sect. 94) i Dioscoridesa (Lib. IV Cap. 76). Najstarszym środkiem, zmierzającym do odurzenia chorych, doznających bolu, były napoje lub zmuszanie chorych do wdychiwania pary palonych ziół. Do celów tych używano głównie tak zwanej mandragory (*atropa mandragora, mandragora officinalis*). Środek ten stosowany był jako wyciąg w winie, lub sok ze świeżych korzeni, używany do napojów, albo jako *„spongia somnifera“* do wdychiwania. Po większej części wszystkie ówczesne środki były wyciągami, zawierającymi alkaloidy, które obecnie znamy: jak morfina, solanina i inne z grupy wroniego oka. Ogólne odurzenie osiągano też w dawnych czasach zapomocą upojenia alkoholem, ucisku żył szyjnych[1]), przez podawanie haszyszu (*extract. cannab. indic.*), hipnotyzm i t. d. Do miejscowego znieczulenia używano zimna, dalej marmuru (skropionego kwasem, działanie CO_2) *lapis memphites*, ucisku kończyny i t. d.

Obecnie arsenał tych środków znacznie się powiększył i ciągle się powiększa. Z przetworów, działających na świadomość przybyły: chloroform, eter, gaz rozweselający i inne; z miejscowych zaś kokaina i jej przetwory. Postępując dalej szlakiem, którym biegło i doświadczenie ludzkie, przekonaliśmy się, że ból usunąć można dwoma drogami, t. j. miejscowo i ośrodkowo. Znając te dwie krańcowe stacye, zadać musimy sobie pytanie, jaką jest ta droga, która łączy te dwie stacye, czyli skąd, którędy i dokąd przebiega wrażenie bolu i gdzie ma swoje siedlisko?

Gdy się szpilką w palec ukłuję, natenczas doznaję w tej chwili niemiłego uczucia, które zowię bolem. Ból ten odczuwam w miejscu zranionem i potrafię to miejsce dokładnie oznaczyć. Są jednak stany chorobowe, w których chorzy po ukłuciu szpilką doznają naraz podwójnego uczucia bolu, mimo że raz tylko ich ukłuto. Po amputacyi kończyn chorzy odczuwają jeszcze często bole w palcach już nie istniejących. Pewne schorzenia układu ośrodkowego objawiają się głównie bolami w obwodowych narządach. Fakta te świadczą o tem, że siedliskiem bolu jest tylko układ nerwowy środkowy, a umiejscowienie bolu na obwodzie jest znanym faktem rzutu wrażenia nerwowego na zewnątrz.

Układ ośrodkowy składa się z rdzenia i mózgu. Odjęcie półkul mózgowych u zwierząt, odurzenie chloroformowe (tak zwane półuśpienie) przekonywują, że i bez działania kory mózgowej odruch bolu występuje, tylko że nie mamy wtedy o nim pamięci. Zwierzęta bez mózgu przy bolesnem drażnieniu nerwów bronią się, wydają głosy żałosne (Brown-Sequard, Franck), a nie są to tylko proste odruchy, lecz ruchy złożone. Podobnie w lekkiem odurzeniu chloroformowem cięcie nożem wywołuje wyraźne odruchy bolu, mimo że świadomość jest zniesiona. Fakta te przemawiają dosadnie za tem, że ból i bez współudziału kory mózgowej wystąpić może, a siedliska bolu w korze mózgowej dopatrywać się możemy, jeżeli określimy ból jako stan świadomości[2]), a nie czynność materyalną układu nerwowego. Odróżniać więc należy, i to dalej czynić będziemy, odruch bolu od czucia bolu. Ścisłe połączenie bolu z czuciem dotyku stało się powodem, że wielu badaczy sądzi, że ból nie jest niczem innem, jak spotęgowanem czuciem dotykowem. Badacze ci łączą zupełnie te dwa czucia ze sobą i zakreślają im nawet wspólne drogi. W przeciwieństwie do nich stoją drudzy, którzy uważają ból za zupełnie osobną czynność nerwową i przypuszczają, że drogi bolu nie mają nic wspólnego z drogami dotyku. Postaram się przytoczyć najgłówniejsze w tym względzie zdania:

[1]) Opis tego ciekawego sposobu spotykamy u Aleksandra Benedykta (Alexandri Benedicti singulis corporum morbis a capite ad pedes. Venet. 1533 Lib. II, cap. 33). W rozdziale „de apoplexia“ pisze on; In Assyria moris esse ut adolescentibus quibus praeputia adimere volunt, ligent venas circa guttur. His enim perire sensum et motum.

[2]) Niemieckie wyrażenie *„Schmerz“* pochodzi według Boppa od *„smar“*, co znaczy — „zrobić, aby ktoś pamiętał“. (Glossarum comparat. linguae sanscritae 1867).

Wundt sądzi, że substancya biała rdzenia przewodzi wrażenia dotyku i ciepłoty, szara natomiast bolu.

Brown-Sequard przypisuje przewodzenie tylko istocie szarej rdzenia i to część przednia ma przewodzić czucie dotyku, średnia — ciepłoty, tylna — bolu.

Sergi dopatrywał siedliska bolu w rdzeniu przedłużonym.

Jak z tego widzimy, czucie bolu w rdzeniu odnoszonem bywa zgodnie tylko do substancyi szarej [3]).

Co do nerwów obwodowych, przenoszących ból, to niema zgody między badaczami.

Frey utrzymywał, że dadzą się wykazać specyalne nerwy bolu i ich zakończenia, nie poparł jednak tego twierdzenia żadnym dowodem.

Oppenheimer, opierając się na budowie nerwu spółczulnego, widzi w nim nerw bolu.

Budowa anatomiczna nerwu spółczulnego różni się tem od budowy innych nerwów, że ma połączenie tak z przednimi, jak i tylnymi korzeniami, przez co grupa tych nerwów jest zarówno dośrodkową, jak i odśrodkową. Partya odśrodkowa odpowiada nerwom naczynioruchowym, dośrodkowa nerwom tkanek.

Badając ścisły związek między bolem a naczyniami, przychodzi Oppenheimer do przekonania, że nerwami bolu są nerwy spółczulne, a zmianom w napięciu naczyń towarzyszą prawie zawsze zmiany w nawale krwi, n. p. w migrenie skurczowej, *erythromelalgii* i t. d.

Krótko mówiąc, o bolu obecnie badacze wydają dwie opinie: jedni uważają ból jako osobny gatunek czucia, drudzy jako cechę czucia wspólnego, czyli zjawisko mu towarzyszące. Zwolennik pierwszego mniemania, Strong, sądzi n. p., że ból jest czuciem osobnem, podobnie jak czucie dotyku i ciepłoty, a zdanie to popiera tem, że pewne choroby i środki potrafią rozłączać od siebie te czucia.

Kokaina n. p. znosi ból, nie znosząc dotyku. Saponina znosi dotyk, — bolu zaś nie.

Ból określamy różnie: Richet określa ból, jako silne i długotrwałe drganie nerwowych ośrodków świadomości. Wynikać ma ono z silnego pobudzenia obwodowego, wskutek czego zachodzi nagła zmiana stanu ośrodków nerwowych.

Wundt mówi: „Ból jest to bardzo silne podrażnienie pewnych części, odbierających wrażenia, które wzbudzają jednocześnie bardziej rozległe podrażnienia innych części“.

Meynert sądzi, że ból polega na powstrzymaniu odruchów naczyniowych i ruchowych. Silne podrażnienie wywołuje skurcz naczyń, a wskutek tego bezkrwistość i brak tlenu.

Przytoczyłem tu najwięcej znane i najpoważniejsze określenia bolu, by wykazać, że wszystkie tłómaczą ból, albo wychodząc z błędnego stanowiska, albo zastępując określenie cechami przebiegu lub skutku bolu. Twierdzenie Wundta, że ból jest to bardzo silne podrażnienie i t. d., jest niesłuszne, bo ból zupełnie nie jest podrażnieniem, lecz tylko tegoż skutkiem. Twierdzenie Richeta, że ból wynika z silnego pobudzenia obwodowego, nie ma o tyle słuszności, że ból można wywołać czasami i najsłabszą podnietą, a powtóre, że są bole, które pochodzą nie z pobudzenia obwodowego, lecz ośrodkowego. (C. d. n.)

[3]) Zupełnie odosobnione i niczem nie poparte stoją badania i spostrzeżenia Arloinga i Tripiera. Badacze ci zrobili spostrzeżenie, że drażnienie obwodowego końca nerwu ramieniowego u psa wywoływać ma odruchy bolu. Przecinali nawet nerw środkowy w okolicy stawu garstkowego, a oba inne nerwy ramieniowe w przegubie łokciowym; mimo to otrzymywali czucie bolu. Doświadczenia te nie mają jednak wartości, bo najpierw odruch bolu u psa trudno wykazać, a powtóre Ellenberger i Baum (System und topogr. Anatomie des Hundes wykazali, że u psa odchodzi po nad stawem łokciowym nerw międzykostny, a od łokciowego n. grzbietowy. Drażnienie więc końca obwodowego mogło swobodnie tą drogą dojść do rdzenia.

II. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

O rzadkiej postaci niemiarowości ruchów serca (arytmii) spostrzeganej w przebiegu ostrego zapalenia osierdzia.

Podał

Dr. Maryan Franke, asystent kliniki.

(Dokończenie.)

Przechodząc do rozbioru zachowania się serca u naszego chorego, widzimy, patrząc na obrazy sfigmograficzne, że tętno wykazuje niemiarowość poszczególnych uderzeń, tak pod względem czasu ich występowania, jak i pod względem wysokości fali.

Czas trwania jednej rewolucyi serca ulega stałym wahaniom. I tak na *Fig. I* widzimy, że najkrótszy czas trwania wynosi 3 podziałki sekundnika [1]), t. j. $^3/_5$ sek., co odpowiada 100 uderzeniom na minutę, a najdłuższy równa się $^{10}/_5=2$ sekundom, co odpowiada 30 uderzeniom na minutę. Dodać zaś muszę, że, przy przeglądaniu innych zdjęć z tego samego dnia, zauważyłem jako najkrótszy czas trwania jednej rewolucyi $^3/_5$ sek., a najdłuższy $2^1/_5$ sek., co odpowiada 27 uderzeniom na minutę. Między temi krańcowemi liczbami widzimy stopniowy i powolny przyrost, a następnie stopniowe zmniejszanie się czasu trwania jednej rewolucyi serca tak, że całą czynność serca podzielić możemy na poszczególne, stale po sobie się powtarzające, okresy, w których widzimy stopniowe przedłużanie się jednej rewolucyi serca od $^3/_5$ sek. do $^{11}/_5$ sek., a następnie zmniejszanie się czasu trwania stopniowo znowu do $^3/_5$ sek. Okres taki jeden obejmuje około 32 uderzeń, a trwa $^1/_2$ do $^2/_3$ minuty. Okresy te stale bez ustanku powtarzały się po sobie. Uwzględniając te liczby, widzimy stopniowe zwalnianie, a potem przyśpieszanie się czynności serca, występujące w stale po sobie powtarzających się okresach.

W myśl teoryi „mięśniowej“ przyjąć musimy, że w przypadku naszym zadziałał jakiś czynnik, który w pierwszym rzędzie wywarł wpływ chronotropowy (Engelmann). Wpływ ten chronotropowy jest tutaj ujemny, który do pewnego *maximum* stopniowo wzrasta, a potem stopniowo ustępuje. Wpływ ten, jak widzimy, stale się powtarza i to w mniejwięcej stałych odstępach czasu.

Drugie zboczenie odnosi się do wysokości tętna które, jak widzimy na *Fig. I*, ulega także peryodycznym zmianom Widzimy mianowicie stopniowe, powolne obniżanie się wysokości krzywej każdego skurczu aż do pewnego *minimum*, a następnie powolne zwiększanie się wysokości do pewnego *maximum*, co utrzymuje się przez pewną liczbę

[1]) Zdjęcia dokonano zapomocą sfigmochronografu Jacketa. Każda podziałka czasu oznacza $^1/_5$ sek.

skurczów, a potem znowu zaczyna się ta sama gra. W ten sposób powstaje obraz typowych schodów Bowditcha. Ponieważ wysokość tętna jest miarą siły skurczu serca, widzimy więc w naszym przypadku stopniowe zmniejszanie się, a potem wzmaganie się siły skurczu (lewej komory), co się stale okresowo powtarza.

Na *Fig. II* spotykamy okres $5^1/_2$ sek., w którym prócz małych nierówności, nie widzimy wcale wzniesień, pochodzących od tętna. Obmacując jednak w tym czasie tętnicę dogłowową, można się było przekonać, że w chwili, kiedy na tętnicy sprychowej nie było można wyczuć wzniesień, to na tętnicy dogłowowej występowało tętnienie, jakkolwiek słabe. Skurcz zatem lewej komory był za słaby, aby wytworzyć falę w tętnicy sprychowej, a wystarczał do wywołania wyczuwalnej fali w tętnicy dogłowowej.

Zmiany te, odnoszące się do siły skurczu mięśnia sercowego, są wynikiem wpływu inotropowego ujemnego (Engelmann), który stopniowo narastał, a następnie malał. Wpływ ten w naszym przypadku był peryodyczny, występując znów w stałych odstępach czasu.

Obydwa te wpływy, t. j. chronotropowy i inotropowy, razem złączone, działały równocześnie i równolegle, chociaż nie zupełnie, bo zauważyć możemy na *Fig. II*, że wpływ chronotropowy ustępuje wcześniej niż inotropowy, widzimy bowiem, że w chwili, gdy czynność serca już się przyspiesza, to siła skurczu jeszcze jest za słaba, aby w tętnicy sprychowej dać wzniesienie krzywej.

Wszystkie zmiany tętna, o których dotychczas mówiliśmy, dają nam obraz pracy tylko lewej komory. Jak równocześnie zachowywała się komora prawa i przedsionki, moglibyśmy sądzić napewno tylko z zachowania się tętna żył; zdjęcie jego jednak technicznie było niemożliwe. Lukę stąd powstałą staraliśmy się choć w części uzupełnić osłuchiwaniem serca, porównywając objawy przysłuchowe z zachowaniem się tętna tętnic.

Osłuchiwanie wykazało, że najprzód skurcze serca coraz wolniej po sobie następowały, a równocześnie natężenie tonów stopniowo malało, następnie zaś skurcze się przyśpieszały, a natężenie tonów rosło, co odpowiada obrazom sfigmograficznym. W międzyczasie, między pojedynczemi wzniesieniami tętna w tętnicach, nie było żadnych objawów osłuchowych, któreby wskazywały na nierównoczasowe skurcze komory prawej lub przedsionków tak, że obie połowy, tak komory, jak i przedsionki, pracowały równocześnie.

Opisaną niemiarowość (*arythmia*) można było spostrzegać u naszego chorego przez trzy dni, a utrzymywała się ona stale.

Dnia 11/6 1904 przedstawiała ona obraz, jak wskazuje *Fig. I* i *Fig. II*. Dnia 12/6 i 13/6 niemiarowość ta o tyle się zmieniła, że, jak *Fig. III* wskazuje, na pierwszy plan występował wpływ chronotropowy ujemny, a wpływ inotropowy był ledwie tylko zaznaczony tak, że wzniesienia tętna są sobie równe.

Nie od rzeczy będzie dodać, że w czasie trwania tej niemiarowości oddechy wynosiły około 28 na minutę. Zaznaczyć dalej chciałbym przedewszystkiem, że związku między zachowaniem się tętna, a oddechem nie było żadnego, jak to spostrzegamy przy tętnie dziwacznem (*pulsus paradoxus*) tak, że o tem tętnie dziwacznem w naszym przypadku mowy być nie może, mimo pozornego podobieństwa na pierwszy rzut oka, zwłaszcza, że mieliśmy do czynienia z wahaniami czynności samego serca, a nie z wahaniami tylko tętna w tętnicy sprychowej, co ma miejsce przy tętnie dziwacznem (*pulsus paradoxus*).

Podnieść chcę również, że chory w dniach, w których spostrzeżono niemiarowość, zachowywał się zupełnie spokojnie, drgawek nie miał, odpowiadał rozumnie na zadanie pytania, choć był pólsenny, ale przytomny.

Dla zrozumienia genezy niemiarowości (*arythmia*) serca w tym przypadku musimy uciec się przedewszystkiem do porównania jej z wynikami doświadczeń fizyologicznych i tu znajdujemy analogię między zachowaniem się serca u naszego chorego, a obrazem zaburzeń czynności serca u zwierząt pod wpływem drażnienia nerwu błędnego.

Od czasu pierwszych doświadczeń braci Weberów wiemy, że drażnienie części dosercowej nerwu błędnego wywołuje zwolnienie i osłabienie skurczów serca. Ścisłe doświadczenia w tym kierunku wykonali w ostatnich czasach Knoll, Hoffman, Muhm, Muskens, Engelmann i wykazali, że nerw błędny ma na mięsień sercowy przedewszystkiem wpływ ujemny i to chronotropowy, inotropowy i dromotropowy, ostatni zwłaszcza na włókna, łączące komory i przedsionki serca ze sobą (t. zw. *Blockfasern*).

Przy drażnieniu n. błędnego słabym prądem elektrycznym występuje na plan pierwszy działanie jego chronotropowe i inotropowe ujemne, wywołując powolne, a stopniowe zwalnianie czynności serca, przy równoczesnem, stopniowem osłabianiu siły skurczu mięśnia sercowego, poczem następuje stopniowy powrót do stanu prawidłowego, co stanowi tak zwane schody Bowditcha. Krzywa zdjęć ruchów serca u zwierząt daje nam wtedy zatem analogiczny obraz do sfigmogramów, otrzymanych w naszym przypadku.

Opierając się na tych doświadczeniach możemy twierdzić, że spostrzegana przez nas niemiarowość została wywołana przez stan podrażnienia nerwu błędnego, a na pierwszy plan wystąpił u naszego chorego wpływ nerwu błędnego, zwalniający czynność serca (chronotropowy ujemny) i osłabiający siłę skurczu (inotropowy ujemny).

Stwierdziwszy, że niemiarowość serca w naszym przypadku była wywołana podrażnieniem nerwu błędnego, musimy zadać sobie pytanie, gdzie i przez co to podrażnienie było wywołane. Wiemy, że w doświadczeniach na zwierzętach możemy drażnić nerw błędny jużto bezpośrednio w okolicy ośrodka w rdzeniu przedłużonym, lub w przebiegu samego nerwu, jużto pośrednio drogą odruchową z rozmaitych narządów, n. p. jamy brzusznej, skóry, osierdzia, lub drażnieniem dośrodkowej części samego n. błędnego.

U naszego chorego nie możemy przypuścić podrażnienia ośrodka n. błędnego w rdzeniu przedłużonym, bo i za życia u niego nie spostrzegaliśmy żadnych innych objawów, któreby wskazywały na podrażnienie rdzenia przedłużonego, jak napadów drgawek, które spotykamy w chorobie Stokes-Adamsa, jak dalej zmian w torze oddechowym i t. d., a i sekcya nie wykazała żadnych zmian w tej okolicy. W przebiegu nerwu na szyi również nie było zmian, któreby mogły to podrażnienie wywołać. Podnieść natomiast muszę, że niemiarowość opisana wystąpiła w naszym przypadku w pierwszych zaraz dniach rozwoju zapalenia osierdzia tak, że

musimy tę niemiarowość wprowadzić w czasowy związek z tym procesem zapalnym osierdzia. Zapalenie to musimy uważać jako stałą i ciągłą podnietę, która przez summacyę działała na nerw błędny drogą odruchową; zatem stan zapalny worka osierdziowego mógł być tym bodźcem, a to tem bardziej, że mamy potwierdzenie naszego tłómaczenia w doświadczeniach Muskensa, który wykazał możność wystąpienia podobnych zaburzeń serca odruchowo wskutek drażnienia osierdzia.

O ile do wystąpienia niemiarowości przyczyniło się zajęcie samego mięśnia sercowego, tego rozbierać nie możemy, zwrócić należy natomiast uwagę na tę okoliczność, którą podaje Engelman, że wpływ inotropowy n. błędnego na komory serca występuje zwłaszcza wtedy wybitnie, gdy cierpi odżywienie mięśnia sercowego.

Spostrzegany przez nas przypadek należy do wielkich rzadkości, a przypomina przypadek, opisany przez Webstera[13]), przytoczony przez Wenckenbacha w monografii o niemiarowości (arytmii). Z krzywych, w pracy jego podanych, widzimy, że u jego chorego na pierwszy plan występuje wpływ inotropowy nerwu błędnego. Innych podobnych przypadków nie mogłem znaleźć w dostępnem mi piśmiennictwie.

III. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

Podał

Dr. W. Chlumský,

Docent chirurgii i ortopedyi Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

V. O mięsieniu w chorobach nerwów, mózgu i rdzenia pacierzowego.

A) Mięsienie w chorobach nerwów.

Wpływ mięsienia na nerwy jest podobny do elektryczności: mięsienie, wykonywane lekko, pobudza zdrowe nerwy do wzmożonej czynności; silniejsze zaś obniża ich pobudliwość aż do zupełnego nawet zahamowania czynności. Z chorymi nerwami rzecz się ma nieco inaczej: nerw podrażniony już po lekkiem mięsieniu uspokaja się, a energia jego słabnie; nerw zaś schorzały, nie pracujący, potrzebuje silniejszego podrażnienia, silniejszego mięsienia, ażeby mógł być czynnym. Jasnem więc jest, że wpływ mięsienia na nerwy jest korzystny. Nie brak także i innego oddziaływania mięsienia na nerwy; podobnie jak przy mięśniach, podnosi mięsienie i tutaj stan odżywienia nerwów, a przez to działa na ustrój odświeżająco, tak miejscowo, jak i ogólnie. Przytem wywiera też mięsienie wpływ na różnego rodzaju nacieki, które, uciskając nieraz na nerwy, drażnią je lub osłabiają. Tak nacieki te, jak i nieprawidłowe zrosty z tkanką sąsiednią, oraz blizny, miękną pod wpływem mięsienia, ulegają wessaniu, a dawny bieg nerwu staje się wolnym.

Do rzędu takich cierpień należą przedewszystkiem liczne postacie nerwobolów, zwłaszcza t. zw. gośćcowych, których typem jest rwa kulszowa (ischias). W pierwszych okresach tej choroby działa mięsienie wprost zdumiewająco. Widzieliśmy przypadki, gdzie chory z powodu wielkich bólów nie mógł się prawie poruszyć w łóżku, lub zgłaszając się do nas, był wsparty na dwóch laskach, a bezpośrednio po mięsieniu doznawał tak znacznej ulgi, że mógł o własnych siłach wstać i swobodnie się poruszać. Pod niejednym względem istnieje tu podobieństwo z gośćcowemi cierpieniami mięśni i dlatego powołujemy się na wyżej już wyłożone leczenie tych chorób. W nerwobolach początkowo wykonywamy mięsienie o ile możności dwa razy dziennie, poddając mięsieniu nietylko sam nerw, lecz i jego okolicę, oraz gromady mięśni przezeń zaopatrywanych. Tak n. p. w rwie kulszowej mięsimy całą kończynę dolną wraz z pośladkiem. Postępujemy przy tem systematycznie, wykonywając mięsienie na każdej gromadzie mięśni osobno. Idziemy dalej wzdłuż nerwu, naciskamy i naprzemian pocieramy pień jego, zwracając szczególną uwagę na miejsca bolesne, na których dłużej wykonywamy rozcieranie; przy rwie kulszowej uciskamy na punkt w wycięciu kulszowem i w dole podkolanowym. Chory nie powinien w ciągu całego leczenia wychodzić, lecz przebywać w cieple, a po każdem mięsieniu należy wykonywać chorą kończyną ćwiczenia gimnastyczne, początkowo lżejsze, później coraz trudniejsze. Co drugi dzień, albo i codziennie, pożytecznie jest elektryzować kończynę prądem stałym, chociaż udało nam się wyleczyć niektóre przypadki rwy kulszowej i bez elektryzowania. Wyleczenie nastąpić może w lżejszych i świeżych przypadkach już w kilku dniach; przypadki zaś cięższe, a zwłaszcza zaniedbane i zastarzałe, wymagają nieraz i kilku miesięcy leczenia. Wewnętrznie podajemy przy tem salicylan sodowy, aspirynę, antypirynę, a czasem też z powodzeniem chininę. Polepszenie następuje w lżejszych przypadkach zaraz po pierwszem mięsieniu i utrzymuje się początkowo tylko przez kilka godzin; później trwa dłużej, aż w końcu staje się stałem i choroba ustępuje. W ciężkich, przewlekłych przypadkach stosowaliśmy kilkakrotnie z powodzeniem naciąganie nerwu zapomocą silnego zgięcia kończyny w stawie biodrowym ku przodowi. Wprawdzie po tym zabiegu może nastąpić pogorszenie, które trwa dni kilka, lecz ustępuje rychło miejsca trwałemu polepszeniu.

Nie mało trudności sprawił nam jeden przypadek rwy n. biodrowego, w którym po trzech dopiero miesiącach usilnej pracy osiągnęliśmy wyleczenie. Natomiast rwa n. potylicznego i niektórych nn. międzyżebrowych ustępowały po kilku mięsieniach. Postępowaliśmy przy tem w sposób powyżej wspomniany: mięsiliśmy systematycznie poszczególne gromady mięśni, odpowiadające dotyczącym nerwom, na pnie zaś nerwów stosowaliśmy rozcieranie i głaskanie ze szczególnem uwzględnieniem punktów bolesnych. Nie potrzebujemy dodawać, że w ten sposób osiągaliśmy wyleczenie głównie w tych postaciach nerwobolów, które oznaczamy jako idyopatyczne lub gośćcowe. Gdzie zaś przyczyną rwy były choroby inne, jak zaparcie stolca, zmiany w przydatkach, choroby kręgów i t. p., tam trzeba było rozpocząć od leczenia cierpienia pierwotnego.

Niektórzy autorowie podają w ostatnich czasach, że udało się im mięsieniem wyleczyć liczne przypadki bolu głowy. Bum n. p. wyleczył ból głowy, który przez lata całe opierał się przeróżnym środkom i zabiegom. Według niego chodziło tu o te postacie bolu głowy, których przyczyna tkwi w przekrwieniu błon mózgowych, a także i o postacie gośćcowe. Dobre wyniki zawdzięczał w przypadkach tych gorliwemu mięsieniu karku i głowy. Henschen, Norström i inni zwracają uwagę na miejsca szczególnie tkliwe śród części miękkich głowy, a które nie odpowiadają wcale prawidłowemu przebiegowi nerwów. Bum zaś znajdował tu czasem miejsca twarde i węzłowate, które pod stosownem mięsieniem wraz z bolami głowy ustępowały. Autorowie przytoczeni stosowali w niektórych z wymienionych przypadków także ćwiczenia gimnastyczne i różne sposoby wyciągania. Niektórzy z nich leczą masażem też newralgiczną bolesność stawów, a zwłaszcza stawu kolanowego. W przypadkach tych nie można wykazać żadnych zmian anatomicznych; natomiast bole bywają czasem tak wielkie, że chory nie jest w stanie kończyną żadnego wykonać ruchu. Bum opisuje dwa takie właśnie przypadki, w których mięsieniem uzyskał zupełne wyleczenie.

Obok cierpień newralgicznych stoi cały szereg zboczeń, cechujących się kurczami, a często i bolesnością mięśni, zwłaszcza ruchów skombinowanych. Do cierpień tych należy n. p. kurcz pisarski, przy którym chorzy mogą wszel-

kie ruchy ręką wykonywać, a tylko pisanie sprawia im trudność i jest bolesnem. Podczas pisania właśnie występują w ręce kurcze, które zmieniają kierunek pióra i wywołują bóle w zakresie mięśni międzykostnych. Zboczenie to wydarza się przeważnie u ludzi nerwowych, którzy zmuszeni są dłuższy czas pisać bez odpoczynku. Podobne też cierpienia napotkać można u muzykantów (grających na fortepianie, cytrze i skrzypcach), dalej u masażystów, szwaczek, praczek, robotnic w fabrykach tytoniu, u dziewek dojących krowy, u zegarmistrzów, złotników, malarzy, telegrafistów i wykonawców wielu innych zawodów. U wszystkich tych ludzi cierpieniem tem bywają dotknięte mięśnie i nerwy ręki. Także i mięśnie nóg mogą podobne okazywać zboczenia, wydarzające się u baletnic i piechurów.

Leczenie tych przypadków polega głównie na tem, że polecamy chorym zaprzestać zajęcia, które stało się powodem cierpienia i to na czas dłuższy; wówczas następuje często poprawa już sama przez się. Najlepiej jednak nie czekać na samoistne wyleczenie, lecz przystąpić do stosownego mięsienia i gimnastycznych ćwiczeń. W cierpieniach tych, dotyczących ręki, mięsimy całą kończynę i odpowiednią stronę szyi, wyszukując równocześnie miejsca bolesne i nacieki, które rozcieramy; przyczem główną zwracamy uwagę na mięśnie ręki, sploty nerwowe na szyi i pod pachą. Ćwiczenia gimnastyczne stosujemy zaraz po mięsieniu, jako ćwiczenia czynne z oporem. Polecamy też elektryzowanie prądem stałym. W przypadkach świeżych następuje wyleczenie w przeciągu kilku tygodni; w przypadkach przewlekłych musimy czekać na nie i całe miesiące. Po wyleczeniu kurczu pisarskiego musi się nieraz chory na nowo uczyć pisania. Także i niektóre kurcze nerwowe, jak kurcz n. twarzowego lub n. dodatkowego, leczymy mięsieniem. Chodzi tu o te zwłaszcza kurcze nerwowe, które ustępują pod wpływem wywieranego na nie ucisku. W przypadkach tych, obok głaskania, uciskamy także odpowiednie miejsca na nerwach i wykonywamy ruchy drżące (*vibratio*), a także głaskanie i wgniatanie odpowiednich mięśni. Wszystko to jednak czasem zawodzi, a przytoczone leczenie staje się bezskutecznem. Trudnem też i niepewnem bywa leczenie rozmaitych porażeń nerwów obwodowych; napotykamy tu bowiem takie przeszkody, których samem tylko mięsieniem usunąć nie zdołamy. Dobre natomiast wyniki daje mięsienie kończyny górnej, porażonej po narkozie lub wskutek ucisku podczas snu. Pomagamy sobie w przypadkach tych elektryzowaniem (zrazu prądem stałym, a później też przerywanym). Podobnie leczymy porażenia w zakresie nerwu twarzowego (porażenia gośćcowe). W przypadkach tych stosujemy mięsienie w sposób, wymieniony już wyżej w uwagach o mięsieniu nerwów wogóle.

B) Mięsienie w chorobach mózgu.

Dotąd zajmowaliśmy się mięsieniem w cierpieniach nerwów obwodowych. Sprawa ta była dosyć jasną, bo większość nerwów jest przystępną dla zabiegów mięsienia. Jednak i na głęboko położone ośrodki nerwowe, należące do mózgu i rdzenia pacierzowego, możemy wpływać mięsieniem, choć nie jesteśmy w stanie zadziałać na nie bezpośrednio. Na pierwszem miejscu wymieniamy tu choroby mózgowe: zatory, zakrzepy i wynaczynienia z następowemi porażeniami. Choroby te występują zwykle nagle i wymagają od chorego już od samego początku jak największego spokoju. Gdy napad minął i żadnych groźnych nie pociągnął za sobą następstw, a więc po dniach kilku, poruszamy zlekka porażone kończyny i wykonywamy w stawach ich początkowo nieznaczne ruchy. W ten sposób staramy się przeszkodzić powstaniu przykurczeń i skróceń mięśni, które z reguły niemal idą w ślad za porażeniami, jeżeli zaniedbamy wymienione wskazania i utrudniają zarazem bardzo późniejsze leczenie. W cztery lub pięć tygodni po napadzie (niektórzy radzą wcześniej), rozpoczynamy ostrożne i łagodne mięsienie. Zaczynamy od głaskania i ugniatania, a później stosujemy też lekkie klepanie, przyczem uczymy zwolna chorego wykonywać czynne ruchy kończyną porażoną. Polecamy w początku choremu wykonywać ruchy kończyną nieporażoną, potem obiema współcześnie, a w końcu samą kończyną porażoną, a to pod kontrolą wzroku. W dalszym ciągu leczenia każemy choremu wykonywać ćwiczenia na odpowiednich przyrządach gimnastycznych i w ten sposób możemy w krótkim stosunkowo czasie uzyskać znaczną poprawę i przywrócić choremu o wiele rychlej zdolność do pracy, niżby mógł ją odzyskać bez tego leczenia.

Z chorób mózgu, w których z powodzeniem stosujemy mięsienie, należy nam tu wymienić różnego rodzaju choroby zapalne, jak ostre zapalenie mózgu, porażenie kurczowe dziecięce (*Benedikt*), porażenia ośrodkowe i niedowłady u dzieci. Zwykle po poprzedzającej gorączce występują tu porażenia jużto jedno — już obustronne, które często same przez się ustąpić mogą. Zwykle jednak choroby te pozostawiają za sobą zmiany trwałe, o wielkiem często znaczeniu.

Mamy w leczeniu dziecko czteroletnie, u którego przed laty trzema pojawiło się wymienione cierpienie w takiej mierze, że dziecko leżało w łóżku bez żadnych samodzielnych ruchów. Dopiero energicznem mięsieniem, i tak już późno rozpoczętem, udało się nam jaką taką swobodę ruchów uzyskać: dziecko nauczyło się obracać z boku na bok, później mogło już samo usiąść, a dziś, po dwuletnich zabiegach, przerywanych kilkakrotnie na przeciąg kilku miesięcy wskutek napadów padaczki, które się tu przyłączyły, może dziecko chodzić, prowadzone za rękę. Jak z powyższego przykładu wynika, mięsienie, nawet późno rozpoczęte, może przynieść niemałą poprawę, trzeba jednak wykonywać je długo i wytrwale.

W przypadkach świeżych wyniki bywają lepsze. Mieliśmy w leczeniu chorego w wieku około 6 lat, który zwrócił się do nas o poradę w trzy miesiące po napadzie udarowym. Niedowład mięśni doszedł u niego do tego stopnia, że nie mógł siedzieć. W przeciągu dwóch miesięcy nastąpiła pod wpływem mięsienia i elektryzowania tak znaczna poprawa, że chory ten mógł sam chodzić względnie dobrze i bez znużenia. Co do sposobów mięsienia, to zalecamy w przypadkach podobnych przedewszystkiem klepanie, głaskanie i ugniatanie. Przykurczenia powstałe ustępują już pod wpływem powolnego ucisku, czasem jednak musimy je przezwyciężać siłą i w uśpieniu.

Niektórzy autorowie są zdania, że i w różnych psychozach ogólne mięsienie ciała ma wywierać dodatni wpływ na stan chorego. Sami nie mieliśmy sposobności przekonać się o słuszności tego zdania, choć wpływ korzystny mięsienia uważamy i w takich przypadkach za możliwy. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. A. Senator i S. Kaminer. **Krankheiten und Ehe. Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheits-Störungen und Ehegemeinschaft.** (*München: Verlag v. I. F. Lehmann 1904. 828 Seiten*).

Praca zbiorowa w trzech częściach. Część I-sza ogólna zawiera siedem rozdziałów. Część II-ga i III-cia szczegółowe zawierają: pierwsza prac ośm, druga dwanaście.

Nazwiska autorów dają rękojmę, że praca nie pisana dorywczo, że tak powiem na zamówienie, lecz całe dzieło traktowane bardzo poważnie i bardzo szczegółowo, choć wyszło w stosunkowo krótkim czasie. Myśl wydania takiej zbiorowej pracy w tym kierunku, przynosi zaszczyt wydawcom. Wszystko, co dotyczy stosunku między chorobą a małżeństwem, a zatem bardzo liczne i różnorodne sprawy, należące do zakresu różnych gałęzi nauk lekarskich, zebrano tu w jedną wyczerpującą całość, w której praktyk lekarz i specyalista znajdzie odpowiedź na trudne nieraz w zakresie spraw

małżeństwa zadane sobie pytania, znajdzie wskazówki, jak ma postąpić w danym przypadku, gdy dawniej szukaćby musiał broszur i artykułów, rozrzuconych tu i owdzie w obfitem piśmiennictwie.

Wpływ małżeństwa na zmiany chorobowe u osobników obojga płci, istniejące już przed ślubem, jak z drugiej strony wpływ chorób na życie płciowe małżonków, na zdolność płodzenia, na potomstwo z takich małżeństw zrodzone, wszystko przedstawiono jasno, wszechstronnie, wyczerpująco, przedmiotowo, uwzględniono zapatrywania i różnicę zdań najpoważniejszych autorów na pewne, nie dość jeszcze ustalone kwestye, pozostawiając drogę postępowania wytrawnemu sądowi czytelnika, lub czyniąc ją zależną od dalszych badań i spostrzeżeń. Jak w każdej pracy zbiorowej nie obeszło się bez pewnego powtarzania się, lub też, że zapatrywania autorów na pewną sprawę różnią się nieco od siebie, co zupełnie nie zmniejsza wartości dzieła. Dla łatwiejszego przeglądu wszystkie wnioski i punkty wytyczne ważne, drukowano rozstawionemi czcionkami. Techniczna strona wydawnictwa jest bez zarzutu.

Nie mogąc dla szczupłości miejsca podawać choćby krótkiej treści pojedynczych bardzo ciekawych rozdziałów, odsyłam czytelnika do pracy oryginalnej; tu zaś podam tylko tytuły rozdziałów i nazwiska autorów, gdyż dla jednego czytelnika ta, dla drugiego inna praca będzie miała większe znaczenie i więcej go zajmować musi. I tak:

Część I-sza (ogólna) zawiera: 1. Wstęp (Senator). 1. Higieniczne znaczenie małżeństwa (Gruber). 3. Choroby dziedziczne, wrodzone i skłonność do nich (Orth). 4. Pokrewieństwo w małżeństwie i wpływ jego na potomstwo (Kraus) 4. Wpływ klimatu, rasy i narodowości na małżeństwo (Havelburg) 6. Higiena płciowa w małżeństwie (Fürbringer). 7. Okres miesiączki, ciąży, połogu i karmienia, a małżeństwo (Kossmann)

Część I-sza (szczegółowa) zawiera: 1. Choroby przemiany materyi, a małżeństwo (Senator). 2. Choroby krwi, a małżeństwo (Rosin). 3. Choroby układu naczyniowego, a małżeństwo (Leyden i Wolff). 4. Choroby narządu oddychania a małżeństwo (Kaminer). 5. Choroby narządu trawienia (Ewald). 6. Choroby nerek (Richter). 7. Choroby systemu ruchowego (Hoffa). 8. Choroby ócz z uwzględnieniem dziedziczności (Abelsdorff).

Część II-ga (szczegółowa) zawiera: 1. Choroby skóry, a małżeństwo (Ledermann). 2. Kiła, a małżeństwo (Ledermann). 3. Rzeżączka, a małżeństwo (Nesser). 4. Choroby dróg moczowych i fizyczna niezdolność płciowa (Posner). 5. Choroby kobiece i niezdolność (Blumreich). 6. Choroby nerwowe, a małżeństwo (Eulenburg). 7. Choroby umysłowe, a małżeństwo (Mendel). 8. Przewrotny popęd płciowy i psychiczna niezdolność płciowa (Moll). 9. Alkoholizm i morfinizm a małżeństwo (A. i F. Leppmann). 10. Szkodliwy wpływ pewnych zawodów, a małżeństwo (A. i F. Leppmann). 11. Tajemnica lekarska, a małżeństwo (Placzek). 12. Społeczno-polityczne znaczenie stosunków sanitarnych w małżeństwie (Eberstadt).

Dr. Cercha.

* * *

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Dr. Selter. **O rozpoznawaniu duru brzusznego zapomocą „typhusdiagnosticum Fickera".** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 3, 1905). Na 24 chorych na dur brzuszny robił Selter równocześnie próbę Gruber-Widala i Fickera. Tak przy próbie Widala, jakoteż i Fickera, używał rozcieńczenia 1: 50 i 1: 100 i przechowywał w ciepłocie 22°. Jeżeli po 22 godzinach nie wyjaśniał się płyn w przyrządzie Fickera, ani też nie ustępowała aglutynacya w kropli wiszącej, uważał to za wynik ujemny próby. We wszystkich przypadkach próba Widala dała wynik dodatni, próba zaś Fickera tylko w 18 przypadkach. Z tego Selter wysnuwa wniosek, że „typhusdiagnosticum Fickera" znacznie wzbogaca nasze metody rozpoznawania duru brzusznego, jednakże nie może stanąć na równi z próbą Gruber-Widala. Próba Fickera występuje dodatnio w chorobie już dalej posuniętej, podczas gdy próba Gruber-Widala daje wynik dodatni w pierwszych początkach choroby i pewniej występuje także u ozdrowieńców. Nadto występuje ta ostatnia już po 3 godzinach, podczas gdy Fickera dopiero w 3—8 godzin. Materyał przy niej jest dość drogi i sporządzenie jej zajmuje dość dużo czasu. Gdyby się zaś chciało kilka przypadków równocześnie badać, musiałoby się rozporządzać kilkoma przyrządami. W końcu podnosi Selter i tę okoliczność, że w chorobach, wywołanych przez prątki „paratyfusu", musianoby osobno badać na te prątki, lub też należałoby mieć osobny przyrząd „paratyphusdiagnosticum". *Dr. B.*

Dr. Flatau i Dr. Wilke. **O „typhusdiagnosticum Fickera".** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 3, 1905). Autorowie twierdzą, że przyrząd Fickera w zupełności zastępuje próbę Widala. Nadto jeszcze ma tę wyższość od próby Widala, że można płyny w przyrządzie Fickera przechowywać nawet przez 9 miesięcy. Nadto można ją zastosować w każdej okoliczności, nie potrzebując do tego żadnej pracowni, ani też mikroskopu. *Dr. B.*

J. Lange. **Przyczynek do leczenia rwy kulszowej.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 52, 1904). Ponieważ istota tej choroby tylko rzadko nam jest wiadoma, przeto ograniczamy się w większości przypadków do leczenia objawowego, mając przytem w pierwszym rzędzie na oku skracanie nadzwyczaj uporczywego cierpienia. Między innemi zasługują na wyróżnienie nowsze sposoby leczenia podskórnemi wstrzykiwaniami leków, jak antypiryna, kokaina, woda przekroplona, eter, wyskok, kwas karbolowy (Anschütz), osmowy i błękit metylenu. Schleich w roku 1895 podał sposób leczenia, wrzekomo bardzo skutecznego, nerwobolów zapomocą znieczulania naciekowego (*Infiltrationsanaesthesie*). Wstrzykiwał on każdego razu po 25·0 swego roztworu 1‰ (*cocaini mur. 0·1, morph. natr. 0·02, natr. chlor. 0·2, aq. dest. 100·0*). Bloch, naśladując sposób Schleicha, używa 2‰ roztworu tropakokainy, jako mniej trującej. Metoda autora polega także na zasadzie Schleicha; posługuje się mianowicie 1‰ eukainy β, rozpuszczonej w NaCl 8‰, i to co najmniej 70—100 sz. cm. na raz; zawsze w jedno i to samo miejsce, poprzednio aseptycznie oczyszczone, mianowicie w okolicę, gdzie nerw kulszowy opuszcza otwór siedzieniowy, które zwykle niezmiernie jest na ucisk tkliwe; tam więc wbija L. igłę, na 7—8 cm. długą, i posuwając ją powoli przez skórę i mięsień, dostaje się do samego nerwu; w chwili dotykania się nerwu igłą, chory uczuwa dotkliwe uderzenie, jakby prądem elektrycznym, które jednak wnet ustępuje i już w kilka godzin później następuje znaczne polepszenie. Mimo wielkich ilości płynu używanego, autor spostrzegał tylko lekkie objawy otrucia; wobec jednak wyników otrzymanych zachęca do wypróbowania jego metody. *Korm.*

Dr. Sorgo. **Leczenie gruźlicy krtani światłem słonecznem, wraz z wnioskiem leczenia jej światłem sztucznem.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 4, 1905). W kilkunastu przypadkach gruźlicy krtani osiągnął autor świetne wyniki przez zastosowanie światła słonecznego. Nacieki, wrzody i nowotwory gruźlicze miały się wybitnie zmniejszyć, a nawet całkowicie usunąć, tylko sprawy gruźlicze, umiejscowione na przedniej powierzchni tylnej ściani krtani, ustępowały wobec bardzo ukośnego kierunku promieni. Chorzy sami wpuszczali sobie do krtani światło, co wedle autora dodatnio ma wpływać na psychiczną ich stronę, albowiem naocznie przekonać się mogą o pomyślnym wyniku leczenia. W celu utrudnienia chłonienia światła przez krew, stosuje autor niekiedy pędzlowanie adrenaliną dla wywołania skurczu naczyń. Obrzęki stanowią jedyne przeciwwskazanie do leczenia światłem. Aby nie być zawisłym od obecności światła dziennego, a więc od pogody, proponuje autor światło sztuczne, które, wobec dotychczasowego zapatrywania, że tylko zbieżne promienie skutecznie działać mogą, musiały natrafić na wielkie trudności. Obecnie jednak przekonano się, że i równoległe promienie wystarczają, a o wynikach leczniczych temi promieniami spodziewa się autor donieść w krótkim czasie.

Dr. M. Hermelin (Lwów).

Dr. Jonas. **O zastosowaniu eumidryny (pochodnej atropiny) w nocnych potach suchotników.** (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 4, 1905). Za najlepszy środek przeciwpotny u suchotników uważaną jest dotychczas atropina. Nie zdołano jednak dotychczas usunąć jej ubocznego, szkodliwego działania na nerwy obwodowe (uczucie suchości w gardle, rozszerzenie źrenic, przyśpieszenie tętna, wymioty) i podrażnienia mózgu, występującego po większych dawkach, a objawiającego się drżeniem i niepokojem ogólnym. Przy stosowaniu eumidryny (pochodnej atropiny) występuje wedle autora również obwodowe działanie, podobnie jak przy atropinie, brak natomiast działania na ośrodkowy układ nerwowy. Dreser obliczył, że jadowitość eumidryny jest 50 razy

mniejszą, niż atropiny. Erbe i Engländer przekonali się, że eumidryna przeciw potom nocnym suchotników działa bardzo dobrze, że nawet poty po zaprzestaniu podawania tego środka ustąpiły na pewien czas, dalej, że prawie brak było zupełnie objawów mózgowych, lub jakich innych złych następstw. Bicia serca prawie że nie zauważono. Do tych samych wyników doszedł autor na podstawie 30 przypadków. Podawał on w potach nocnych 1 mlgr. wieczorem, w potach zaś dziennych i nocnych 1 mlgr. rano i 1 mlgr. wieczorem: w cięższych przypadkach podawał 2—3 mlgr.

Dr. M. Hermelin (Lwów).

Freymuth. **Stosowanie preparatów tuberkuliny przez usta.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 2). Z powodu nadmiernej wrażliwości pewnych osobników, dotkniętych gruźlicą, na tuberkulinę, wstrzykiwaną podskórnie, autor zaczął ją podawać przez usta, chcąc się przekonać, czy po zastosowaniu jej tą drogą otrzyma swoiste jej oddziaływanie. Aby usunąć tuberkulinę z pod niszczącego działania soku żołądkowego, podawał ją w keratynowych pigułkach, naczczo, poprzedziwszy ją małą dawką dwuwęglanu sodowego. Doświadczenia swe wykonał na 65 przypadkach nie gorączkujących, z których w 17 wykazano w plwocinie prątki Kocha, w 48 ich nie wykazano. Wyniki, jakie otrzymał, są następujące: Z 17 przypadków z wykazanymi prątkami Kocha w 5 otrzymał swoiste tuberkulinie oddziaływanie: okres kilkogodzinny utajonego działania, szybki wzrost ciepłoty i następowy jej spadek: w 5 innych niewielki, ale wyraźny wpływ na ciepłotę, w 7 brak wszelkiego odczynu. Z 47 przypadków, gdzie rozpoznanie gruźlicy płuc opierało się tylko na objawach klinicznych bez obecności prątków w plwocinie, 8 przypadków oddziaływało silnym podniesieniem się ciepłoty, 19 mniej silnie, a 20 niewyraźnie, lub wcale nie. Co się tyczy dawek, to autor wypróbował je od 5 do 100 mlgr. Wstrzykując tuberkulinę podskórnie w przypadkach, w których po podaniu jej poprzedniem przez usta występował odczyn w postaci gorączki, chociażby małej, ale wyraźnej, zauważył znacznie silniejsze jej zadziałanie i naodwrót: w tych przypadkach, gdzie tuberkulina, podana przez usta, pozostawała bez najmniejszego wpływu, nie zauważył po wstrzyknięciu jej podskórnem swoistego lub żadnego silnego oddziaływania. Wykazując w ten sposób związek między wrażliwością u tego samego osobnika na tuberkulinę, podaną przez usta, a wstrzykniętą podskórnie, dochodzi autor do wniosku, że tuberkulinę można podawać przez usta, zniósłszy poprzednio niszczące działanie soku żołądkowego, a swoiste zadziałanie jej, podanej w ten sposób, może być wskazówką wrażliwości pacyenta na wstrzyknięcie jej podskórne; stąd wygodne stosowanie jej drogą przez usta, pozwalające albo zupełnie usunąć wstrzykiwania podskórne tuberkuliny w celach rozpoznawczych, albo przewidzieć przebieg ich, gdyby zaszła potrzeba zastosowania.

Dr. A. M.

CHIRURGIA. Luniatschek. **Czy parafina przewyższa inne środki, służące do wypełniania korzeni?** (*Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde.* Zeszyt styczniowy, 1905). Według wymagań profesora Millera idealny materyał do wypełniania korzeni powinien posiadać następujące własności: 1. nie ulegać gniciu; 2. posiadać własności lekko, lecz stale odkażające; 3. być podatnym do łatwego wprowadzenia aż do otworu szczytowego; 4. nie drażnić ozębnej; 5. nie barwić szyi zęba; 6. nie być porowatym; 7. dawać się łatwo wydalać. Nadto, według Trautnera: 8. nie powinien ulegać wessaniu, a według Luniatschka — 9. wprowadzony w stanie płynnym, powinien łatwo tężeć. Trautner używał już w roku 1902 parafiny do wypełniania zębów niezupełnie rozwiniętych, w których światło kanału korzenia jest duże. Luniatschek zaczął wypełniać parafiną korzenie o wązkiem świetle. Skłoniły go do tego ujemne wyniki wałków gutaperchowych, które 1. nie mają własności odkażających; 2. zwilżone chloroformem, z trudnością dają się wydobywać z kanału korzenia: 3. łatwo przechodzą przez otwór szczytowy zębów. Parafina odpowiada warunkowi 1, 4, 5, 6, 7, 8, i 9. Co do punktu 3-go, to mu inne materyały przy wązkich i krętych kanałach również nie odpowiadają. Autor wypełnia kanały korzeni parafiną od dwóch lat i doszedł do przekonania, że parafina wnika co najmniej tak głęboko w kanały, jak inne materyały. Szczególnie nadaje się parafina do wypełnienia korzeni, które uległy przedziurawieniu: parafina zamyka otwór, a jeżeli nawet przedostanie się do tkanek, nie działa na nie drażniąco. Korzenie bez przetok, zgorzeli miazgi i t. d. wypełnia autor po dokładnem oczyszczeniu natychmiast parafiną, a jeśli do dni ośmiu nie nastąpi zadrażnienie, wypełnia ząb. Jeśli wystąpi zadrażnienie okostnej, usuwa parafinę zapomocą zimnej igły Donaldona. Technika: Autor używa parafiny z punktem topliwości 55—60° C. Po dokładnem oczyszczeniu kanału korzenia, ogrzewa ząb ciepłem powietrzem, następnie wprowadza zapomocą srebrnej strzykawki Böhma ogrzaną parafinę do kanału, lub — jeśli kanały są zbyt wązkie — do jamy miazgi. Potem wtłacza pompkę Ewensa płynną parafinę do korzeni. Parafina wnika w najwęższe szparki i dokładnie je wypełnia. Autor dodaje do parafiny 4—5 kropel eugenolu na 1 ctm.³.

Dr. N. Munz.

Dr. M. Tiegel. **O wrzodzie okrągłym jelita czczego po gastroenterostomii.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, Tom XIII, Zeszyt 4 i 5, 1905). Do 6 przypadków wrzodu „peptycznego" w jelicie czczem po gastroenterostomii, spostrzeganych w klinice Mikulicza, dodaje autor 16 innych, przytoczonych w piśmiennictwie. Wszystkie wrzody spostrzegano po gastroenterostomiach, wykonanych z powodu zwężeń natury łagodnej, połączonych prawie zawsze z nadmierną kwasotą żołądka. Wyjątek stanowiły dwa przypadki, w których mimo wrzodu żołądka kwasota była mniejszą od prawidłowej. Najczęściej powikłanie to opisywano po gastroenterostomii Wölflera (10 razy), 5 razy po operacyi Nachera, a raz po Y — metodzie (Roux). Przypadki te ułożyć można w 2 grupy: w pierwszej (8 przypadków) powikłanie to odkrywano dopiero z chwilą, gdy wrzód przebił ściany jelita, a treść jelitowa wylała się do jamy otrzewnowej, niecąc jej zapalenie: — w drugiej zaś wrzodowi jelita czczego towarzyszyły objawy takie, jak przebijającemu wrzodowi okrągłemu żołądka, nie przedstawiając zgoła cech charakterystycznych. Leczenie i w tej grupie, (o pierwszej nie wspominamy wcale), daje smutne wyniki. Związek przyczynowy między wrzodem jelita czczego, a nadmierną kwasotą żołądka nie ulega wątpliwości, — a jako czynniki usposabiające przytacza T. zaburzenia w krążeniu, zgniecenie brzegów rany, osobniczą skłonność (zwapnienie tętnic) i t. d. Starać się zaś winniśmy, aby powikłaniu temu nietylko niemiłemu, ale i niebezpiecznemu, o ile możności zapobiedz. Radzi więc autor 1) ograniczyć chirurgiczne leczenie wrzodów żołądka do wskazań bezwzględnych (t. j. cieśń odźwiernika); 2) a gdy się to wskazanie zdarzy, wówczas jako o „operacyi z wyboru" myśleć należy przedewszystkiem o plastyce odźwiernika, a dopiero, gdy ta okaże się niemożliwą do wykonania, próbować należy w pierwszej linii gastroduodenostomii (Henle-Kocher), w drugiej zaś dopiero (a zatem na trzeciem miejscu) — gastrojejunostomii v. Hackera, względnie gastrojejunostomii fundosa (Goepelego). (Dziwnym sposobem autor nie wymienia nawet wycięcia odźwiernika, które napewno zapobiegłoby wytworzeniu się wrzodu jelita czczego, a które we wrzodzie żołądka jest wskazane i z innych powodów. Zdaje się, że jedynym wnioskiem logicznym z pracy tej powinno być uznanie wycięcia odźwiernika za operacyę z wyboru we wrzodzie żołądka, jak tego od lat kilkudziesięciu domaga się Rydygier i żądanie to znachodzi coraz to więcej wyznawców. (*Przyp. refer.*). *Herman.*

Dr. H. Miyake. **Badania doświadczalne nad wzmaganiami odporności tkanek przeciw zakażeniu.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, T. XIII, Z. 4 i 5, 1905). Faktem jest, że krew hiperleukocytyczna i wysięk, bogaty w fagocyty, odznaczają się wybitną własnością bakteryobójczą. Obojętnem zaś jest na razie, czy zjawisko to przypisać należy fagocytozie, czy też aleksynom. Fakt ten w celach terapeutycznych próbowało wyzyskać już wielu autorów (Pawłowski i w. in.), niestety bez powodzenia. Santa Solieri i Issaeff zapoczątkowali tedy szereg doświadczeń, mających stwierdzić, czyby przez zapobiegawcze wywoływanie hiperleukocytozy nie można było uniknąć zakażenia? Doświadczenia dwóch ostatnich autorów podjął M. na nowo, zastosowując je głównie do uodpornienia otrzewnej. Mikulicz bowiem, z którego kliniki praca ta wychodzi, mniema, że 50% śmierci po operacyach na przewodzie pokarmowym powoduje ograniczona sprawa zapalna na otrzewnej. Zatem należałoby błonę tę uodpornić. Autor użył do badań morskich świnek i królików, a do doświadczeń — fizyologicznych roztworów soli kuchennej, bulionu, aleuronatu i kwasu nukleinowego. Najwybitniejsza hiperleukocytoza występuje po 2% roztworze kwasu nukleinowego w fizyologicznym roztworze soli kuchennej, zobojętnionym dwuwęglanem sodowym. Po wstrzyknięciu roztworu tego do jamy otrzewnowej lub pod skórę, pojawia się w pierwszej godzinie hiperleukocytoza, po której w następnych pojawia się hiperleukocytoza, do *maximum* dochodzi w 7-ej lub 8-ej godzinie i utrzymuje się przez następnych parę dni, a wykazać ją można jeszcze po 4—5 dobach. Zwierzęta, przygotowane przez wstępne wstrzyknięcie powyższego roztworu, okazały się rzeczywiście bardziej odporne na zakażenie otrzewnej prątkami okrężnicowymi, czystymi, zmieszanymi z gronkowcami, lub łańcuszkowcami, jak niemniej treścią z żołądka lub jelit. Ten bądź co bądź korzystny wpływ sztucznej hiperleukocytozy u zwierząt zachęcił do prób u ludzi. Jedna próba wlania przytoczonego roztworu do jamy otrzewnowej chorej, w której w 7 godzin później wykonano gastrolysim, przekonała, że zabieg ten jest wprawdzie nieszkodliwym, ale połączony z tyloma przypadłościami (podniesienie ciepłoty, objawy zadrażnienia otrzewnej), że odtąd wstrzykiwano 50 sz. ctm. 2% roztworu zobojętnio-

nego kwasu nukleinowego wyłącznie pod skórę (klatki piersiowej), i to 12 godzin przed operacyą. 106 operacyi, wykonanych po takich przygotowaniach, nie pozwalają na razie na ostateczne wnioski. *Herman.*

Treplin. **Obustronna kamica nerkowa.** (*Archiv für klin. Chir.*, Bd. 74, IV, 1905). Obustronną kamicę nerkową dzieli autor na dwie części: 1) przypadki obustronnej kamicy, gdzie bezmocz występuje nagle i 2) takie przypadki, gdzie wprawdzie bezmoczu niema, kamienie jednak są bardzo wielkie i każdej chwili bezmocz wystąpić może. W pierwszej grupie kamienie są małe i dlatego łatwo wpadają i zatykają moczowód. Są to zwykle pierwotne kamyki nerkowe. W grupie drugiej kamienie są bardzo duże. Wytworzenie się ich wyprzedza zwykle zapalenie pęcherza i wstępujące zapalenie miedniczek nerkowych. To ostatnie powoduje zmiany i usposabia do tworzenia się nieraz całych odlewów miedniczki. Kamienie takie są ściśle złączone z błoną śluzową miedniczki, koło nich wydziela się często z moczem piasek. Bardzo często spotykamy obustronną kamicę w nerkach, zajętych gruźlicą. Niebezpieczeństwo przy bezmoczu zależy nie tyle od długości jego trwania, ile raczej od zmian w nerkach, jakie się przez ten czas wytworzyć mogą. Co do pytania, którą nerkę należy operować najpierw, to u Kümmla hołduje się zasadzie, że operuje się zawsze nerkę tę, która ostatnia przebyła kolkę, w przekonaniu, że nerka ta jest jeszcze zdrową i trzeba jej w pracy użyć. Przy dużych znów obustronnych kamieniach operować należy nerkę gorszą w tej myśli, by przez czas, kiedy nerka operowana przychodzi do siebie, zdrowsza za nią funkcyonowała. Operują u Kümmla dwuczasowo w odstępach 6—8 tygodni. Wszystkie przypadki trzeba skrupulatnie cystoskopować i moczowody sondować. Nawet obustronne kamienie nerkowe mogą przebiegać bez typowej kolki tak, że często jedynie promienie Röntgena sprawę rozjaśniają. W razie nagłego bezmoczu operować należy po stronie zdrowszej, w przypadkach przewlekłych po gorszej. Przypadki operowane uważać można za wyleczone wtedy, gdy punkt krzepliwości krwi wróci do normy. Nawroty zdarzają się jednak często. *Dr. A. Klęsk.*

Kausch. **Przyczynek do występowania cukrzycy w chorobach chirurgicznych.** (*Archiv f. klin. Chir.*, Bd. 74, IV, 1905). Cukrzyca występuje najczęściej przy złamaniach kości. Zwykle spotykamy cukier w pierwszym moczu, oddanym po urazie, w ilości około 1%. Prawie nigdy nie występuje acetonurya lub diaceturya, także nie spotyka się zwiększonego wydzielania moczu i zwiększonego pragnienia. Glikozurya trwa krótko, 1—8 dni. Czasem po ustąpieniu cukru z moczu podawanie węglowodanów może znowu wywołać pojawienie się cukru; zdarza się to jednak rzadko. Przyczyny pojawiania się cukru po urazach nie znamy. Przypisujemy winę wstrząśnieniu układu nerwowego, obciążeniu nerwowemu lub alkoholizmowi. Tę chwilową glikozuryę nazwał Redard efemeryczną w przeciwieństwie do glikozuryi trwałej, czyli cukrzycy. Cukrzyca jest niemiłem powikłaniem; trzeba też starać się przed wykonaniem zabiegu przez odpowiednią dyetę cukier z moczu usunąć, lub ilość jego przynajmniej zmniejszyć. Uśpienie, szczególnie przez wdychiwanie chloroformu, jest dla chorych na cukrzycę bardzo szkodliwe, zjawia się po niej często acetonurya lub zapad. Nie powinno się też usypiać takich chorych w celach rozpoznania, a zwłaszcza po kilka razy. Uśpienie eterowe jest mniej niebezpieczne. Operować chorych na cukrzycę powinno się o ile możności wczas rano, w znieczuleniu miejscowem, gdyż głodzenie usposabia aż do acetonuryi. Chorym na cukrzycę przed operacyą należy podawać obficie sodę aż do wystąpienia alkalicznego odczynu moczu. W razie śpiączki podawać należy sodę przez usta, w lewatywie, podskórnie i śródżylnie. W ostatnich czasach radzi Schwarz z Pragi podawać w śpiączce 70 gramów kwasu glikonowego w połowie litra wody, zobojętnionego sodą. Przetwór ten obecnie jeszcze jest bardzo drogi, a działanie jego polega na tem, że ustrój podległy cukrzycy zużywa i spala te kwasy węglowodanowe, wskutek czego działanie ich jest takie, jak węglowodanów w ustroju zdrowym. *Dr. Adolf Klęsk.*

Dr. J. Arce. **Nowy sposób zakładania przetoki żołądkowej, względnie jelitowej.** (*Zentralbl. f. Chir.*, Nr. 3, 1905). Zakładając przetokę żołądkową lub jelitową, musimy wybrać sposób technicznie jak najprostszy, a zarazem dający pewność, że treść żołądkowa, względnie jelitowa, na zewnątrz wydostawać się nie będzie. Dotychczasowe sposoby odpowiadają wprawdzie warunkowi drugiemu; technicznie jednak są dość zawiłe. A. podaje własny sposób: znieczulenie miejscowe, cięcie przez mięsień prosty, wyciągnięcie odpowiedniej części żołądka, względnie jelita, przyszycie szwami węzełkowymi, przechodzącymi przez warstwę surowiczomięsną żołądka, względnie jelita, na przestrzeni 1 ctm.² jedynie tylko do otrzewnej ściennej, zeszycie pozostałej rany otrzewnej, szwy skórne. Żołądek, względnie jelito, można albo natychmiast naciąć, albo dopiero po 12 godzinach. Płyny odżywcze wprowadza się cewnikiem Nr. 18. Przez przyszycie żołądka, względnie jelita, jedynie do otrzewnej, stwarza się dość długi, a wązki kanał, mający zapobiegać wypływaniu treści na zewnątrz. Na poparcie swego sposobu przytacza A. 5 przypadków, wykazujących jednakowoż pod względem czynnościowym bardzo słabe wyniki. *K.*

Dr. P. Bonheim. **Wyniki leczenia ogólnego zapalenia otrzewnej w następstwie przebicia wrzodu żołądka lub dwunastnicy.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, T. 75, Z. 5 i 6, 1905). Na podstawie własnych 16 przypadków, z których 9 wyleczono, dochodzi B. do następujących wniosków: Wyniki leczenia operacyjnego zapalenia otrzewnej w następstwie przebicia wrzodu żołądka lub dwunastnicy są dosyć korzystne, a znacznie lepsze od zapalenia otrzewnej ogólnego, powstałego na innem tle. Przyczyny tego szukać należy w małej sile zakaźnej treści żołądka, zawierającego zazwyczaj dużo kwasu solnego. Dlatego też prawdopodobnie dziurawiące wrzody dwunastnicy dają gorsze wyniki. W leczeniu pooperacyjnem bardzo ważną rolę odgrywają systematyczne wlewania wśródżylne dużych ilości fizyologicznego rozczynu soli, względnie płynu Ringera (*Calc. chlorat. sbl. 0·2, Kal. chlorat. 0·2, Natr. chlorat. 8·0, Natr. bicarb 0·1, Aq. dest. 1000*). B. dochodził do 17 litrów w przeciągu 4 dni. Jednorazowo wlewa się taką ilość płynu, ażeby żyły szyjne wyraźnie się wypełniły. *K.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Herman. **Odma podskórna, powstała podczas porodu.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, T. LIII, Z. 3, 1905). W piśmiennictwie znajdujemy zaledwo dwa przypadki odmy, powstałej podczas porodu. Powstała ona w ten sposób, że podczas silnego parcia w II. okresie porodowym pękły w obu przypadkach u pierwiastek pęcherzyki płucne i powietrze dostało się pod opłucnę, następnie zaś do śródpiersia, wreszcie pod skórę najpierw szyi, następnie całego ciała. Autor opisuje jeszcze jeden przypadek, zupełnie analogiczny do poprzednich, który się zdarzył w klinice prof. Treuba w Amsterdamie. Inny przypadek, spostrzegany przez samego autora, o tyle różni się od poprzednich, iż podczas parcia w II. okresie porodowym powstała nagle odma nie na szyi, lecz na powiece dolnej oka lewego, następnie górnej, stąd rozszerzyła się na czoło, twarz, później dopiero na szyję, klatkę piersiową i brzuch. Ponieważ autor stwierdził równocześnie zmiany chorobowe w jamie nosowej, których początek datował się od lat kilku, przeto przypuszcza, iż tą drogą dostało się powietrze pod skórę po wytworzeniu się jakiegoś bliżej nieokreślonego połączenia, a nie jak w poprzednich przypadkach wskutek pęknięcia pęcherzyków płucnych. Podobne przypadki odmy tylko nie podczas porodu, znane są w piśmiennictwie „o chorobach nosa“, przy złamaniach kości nosowej, lub po ubytkach w tej kości na tle owrzodzeń. *Dr. Wierzbicki.*

Burckhard. **Leczenie zakażenia paciorkowcowego, a zwłaszcza gorączki połogowej surowicą.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn*, T. LIII, Z. 3, 1905). Opierając się na spostrzeganych 8 przypadkach gorączki połogowej, zakończonych wyzdrowieniem, autor przyznaje działanie lecznicze surowicy przeciwpaciorkowcowej, zaznacza jednakowoż równocześnie, że w wielu innych przypadkach widocznego polepszenia przy stosowaniu tej surowicy zauważyć nie mógł. Zmienne to działanie autor tłómaczy tem, że 1) działanie surowicy zależy od rodzaju paciorkowca, wywołującego zakażenie. W zakażeniach mieszanych polepszenia nie sprowadza. 2) Działanie surowicy leczniczej zależnem jest od składu surowicy krwi osobnika. W niej bowiem znajdują się ciała w rodzaju fermentów i te w połączeniu z ciałami uodporniającemi, które się znajdują w surowicy leczniczej, działają bakteryobójczo. Jeżeli więc fermenty już zużyją się w walce z drobnoustrojami, czyli jeżeli wprowadzimy zbyt późno surowicę leczniczą do ustroju, to wówczas nie spostrzeżemy żadnych dodatnich wyników. 3) Nadto autor przypuszcza, że wprawdzie od surowicy giną same drobnoustroje, ale ich toksyny działają nadal. Z wielu rodzajów surowic przeciwpaciorkowcowych najlepsze wyniki przypisuje autor surowicy Aronsona i to w dawkach 10—20 sz. ctm. dziennie. *Dr. Wierzbicki.*

PEDYATRYA. Keller. **Przyczynek do leczenia dzieci zołzowatych.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, 1904, XII). Kierując zakładem, przeznaczonym dla takich dzieci, autor miał sposobność przeprowadzić spostrzeżenia swoje na licznym materyale, bo na 432 dzieciach, u których bądź wywiady, bądź stan w dniu przyjęcia do sanatoryum wskazywał na istnienie zołzów. Autor, również jak Czerny, rozumie przez to określenie takie usposobienie dziecka, przy którem zmniejszoną jest wrodzona odporność ustroju przeciw nabywaniu chorób skóry i błon śluzowych, szczególnie ócz i przewodu oddechowego K. kładzie nacisk na tę okoliczność, iż tylko częste nawroty przytoczonych schorzeń są znamienne dla samej sprawy chorobowej, a nie szczególne jakieś objawy, lub ich przebieg. Doświadczenie

autora, nabyte na dzieciach, po większej części źle i nieodpowiednio odżywionych i wogóle pozostających w niekorzystnych stosunkach, pouczają, iż dłuższy pobyt takich dzieci w jakimkolwiek zakładzie nad morzem wzmaga łaknienie i zmienia niejako usposobienie i charakter dziecka; dziecko takie przybiera prawie zawsze na wadze i to lepsze odżywienie, jakoteż niemniej wpływ klimatu morskiego czynią je odporniejszem przeciw chorobom, cechującym zołzy. To też K. z zadowolnieniem zaznacza, iż dzieci jemu powierzone zaraz w pierwszych dniach pobytu w zakładzie przestawały uskarżać się na różne dolegliwości, a wszystkie ochoczo i żywo oddawały się zabawom. Dzieci kąpały się 2 lub 3 razy tygodniowo, wątlejsze najpierw w ogrzanych kąpielach, a w każdym razie nie pozostawały dłużej nad 10 minut w kąpieli. Te warunki higie iczno-klimatyczne, oraz zdrowy wikt, składający się z $^1/_4$—$^1/_2$ funta mięsa, $^1/_2$ litra mleka, obfitej ilości świeżych jarzyn i owoców, nareszcie 3—4 bułek dziennie, niemniej też i wpływ dodatni leczenia zakładowego trzeba uważać za czynniki lecznicze rozstrzygające. Godnem uwagi jest zdanie autora co do skuteczności kąpieli morskich: niema on wcale przekonania o tak sławnem działaniu na przemianę materyi, jak to inni utrzymują, gdyż niejednokrotnie sam stwierdził te same błogie skutki i u takich dzieci, które się wcale nie kąpały. Co do trwałości skutków tego sposobu leczenia autor bezstronnie przyznaje, że u większości dzieci, przez niego leczonych, przeważnie biednych i powracających do niezdrowych warunków, przybytek na wadze nie dał się długo utrzymać, i że znowu występowały po niejakim czasie dawniejsze dolegliwości, jednakowoż prawie zawsze mógł stwierdzić, że czynniki poprzednio wymienione za drugim lub trzecim przyjazdem tego samego osobnika zołzowatego silniej i szybciej działały i że np. dziecko takie za drugą bytnością w zakładzie rychlej przybierało na wadze, niż za pierwszą.

Dr. Korm.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Notthaft. **O bolach, pozornie niezależnych od gruczołu krokowego, a przecież będących następstwem zapalenia tego narządu; kilka uwag o przewlekłem zapaleniu gruczołu krokowego.** (*Archiv f. Dermat. und Syphilis*, T. 70, Z. 2, 1904). Przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego można mylnie wziąć za rwę kulszową, guzy krwawnicowe, bole stawu kolanowego, przewlekły nieżyt szyjki pęcherza moczowego, zapalenie przyjądrza i sznurka nasiennego, nerwobole w różnych miejscach podbrzusza i kamienie nerkowe. Na podstawie jednorazowego badania wydzieliny gruczołu krokowego można zrobić rozpoznanie, lecz tylko w razie wyniku dodatniego; przy wyniku ujemnym trzeba kilkakrotnie powtórzyć badanie. Podczas gdy dwoinki rzeżączkowe w biegu lat znikają zwykle z wydzieliny gruczołu krokowego, to natomiast utrzymują się inne rodzaje drobnoustrojów. Co do leczenia, pierwszorzędne miejsce zajmuje miesienie, które jest najkonieczniejszym i najważniejszym środkiem. Różne zabiegi wodolecznicze i termiczne w kiszce stolcowej mogą tylko ułatwić leczenie, ale nie mogą zastąpić miesienia. Lewatywom i czopkom ichtyolowym nie przypisuje autor najmniejszego znaczenia. Tak miesienie, jak i ewentualnie potrzebne zabiegi śródcewkowe należy wykonać z największą ostrożnością. Po każdem miesieniu nastąpić powinno odkażające wkraplanie lub przepłukanie.

Baschkopf.

Niels, R. Finsen i H. Forchhammer. **Wyniki leczenia naświetlaniem naszych pierwszych 800 przypadków liszaja żrącego.** (*Mitteilungen aus Finsens „Medicinske Lysinstitut"* w Kopenhadze. Zeszyt V i VI, 1904). Autorowie badali przez czas dłuższy swoich chorych, bądź też starali się otrzymać o nich ścisłe wiadomości listowne. Na 800 przypadków stwierdzono 572 razy = 72% równoczesne zajęcie także błon śluzowych. Najczęściej zajętą była jama nosowa, później wargi, jama ustna, gardło, krtań. Gruźlicę płuc stwierdzono w 125 przypadkach = 16%. Podczas gdy gruźlica płuc pogarszała zawsze rokowanie co do życia, to nie można było wykazać liczbami niekorzystnego jej wpływu na miejscowe gojenie się zmian skórnych. Zmiany w błonie śluzowej, szczególnie nosa, pogarszają rokowanie co do trwałego wyleczenia, i należy je leczyć środkami żrącymi. Niekiedy można było stwierdzić, że zajęcie błony śluzowej dało powód do szybko występującego nawrotu; w niektórych przypadkach toczeń wcale nie oddziaływał na naświetlanie — bez możności wykazania przyczyny tego faktu. Wogóle uderzająco trwałym jest korzystny wpływ światła. Rozumie się, iż rozległość i głębokość nacieku odgrywa wielką rolę pod względem trwałości wyleczenia, jakoteż trwania leczenia. Z przytoczonych liczb wynika, iż naświetlaniem można osiągnąć uderzająco dobre wyniki, szczególnie też co do trwałości wyleczenia.

Baschkopf.

Monti. **O ostrych gorączkowych rumieniach w wieku dziecięcym.** (*Allgemeine Wiener med. Ztg.*, Nr. 1—2, 1905). W krótkich zarysach kreśli autor cały obraz chorobowy. Etyologia wykazuje, że rumień występuje wskutek działania toksyn drobnoustrojowych, bądź toksyn w samym ustroju się tworzących, bądź też rozmaitych substancyi chemicznych, wprowadzonych do ustroju jako środki lecznicze. Objawy chorobowe na skórze tworzą rozmaity obraz; występują albo w postaci osutki plamistej, żywo czerwonej, zlewającej się, bądź też zmiany na skórze podobne są do pokrzywki rozsiane nierównomiernie na całem ciele, albo też występują w grupach na tułowiu i kończynach. Najczęściej usadawiają się zmiany na policzkach, czole i w okolicy mostka piersiowego. Często także zajęte bywają błony śluzowe. Również i typ gorączki, towarzyszącej zwykle chorobie, nie jest jednakowym: wahania ciepłoty ciała bywają między 37·5 a 38·5; zwykle można wykazać spadki poranne i podwyższenia wieczorne: przy słabszych formach chorobowych może wcale gorączka nie występować. Rokowanie zależy od rodzaju intoksykacyi, która dała powód do wystąpienia rumienia. Co do rozpoznania, to może być ono w pewnych przypadkach trudnem ze względu na odróżnienie od płonicy. Trudniej byłoby wziąć tę chorobę za odrę ze względu na charakterystyczne objawy tej ostatniej: jej umiejscowienie najpierw na twarzy i nadzwyczaj szybkie rozszerzenie się, jak również i typ gorączki. Leczenie powinno dążyć do usunięcia intoksykacyi, będącej przyczyną rumienia i do jak najszybszego wydalenia wytworów toksycznych.

Dr. Stopczański.

L. Halberstaedter. **Działanie promieni Roentgena na jajniki.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 3, 1905). Najbardziej rozpowszechnione są badania wpływu promieni Roentgena na skórę; stosunkowo mało jednak posiadamy wiadomości o działaniu ich na inne narządy. Pierwszy krok w tym kierunku uczynił Albers-Schönberg, który wykazał, że u samców-królików i świnek morskich, których powierzchnię brzucha wystawiano często na działanie promieni Roentgena, po pewnym czasie występowała azoospermia, będąca wynikiem początkowo zaniku przybłonka w kanalikach jądrowych, a następnie i zaniku samych jąder. Powyższe badania stwierdził całym szeregiem preparatów makro- i mikroskopowych Seldin, a także na ostatnim Kongresie dermatologicznym w Berlinie w roku 1904 i Buschke. Z innych badań w tym kierunku zasługują na uwagę spostrzeżenia Birch-Hirschfelda, który przez wystawienie na działanie promieni R. oczów królika wywoływał zanik nerwu wzrokowego, oraz spostrzeżenia Milchnera, Heinecke i Mossego, którzy analogiczne zmiany wywoływali w śledzionie, gruczołach chłonnych i szpiku kostnym. Znane są również porażenia, powstałe u małych zwierząt skutkiem działania promieni R., prawdopodobnie wywołane bezpośredniem ich działaniem na układ nerwowy, jakkolwiek zmian anatomicznych w odnośnych nerwach nie zauważono. Autor przeprowadził w klinice dermatologicznej prof. Neissera w Wrocławiu badania nad wpływem promieni R. na jajniki zwierząt ssących, a mianowicie królików (przeszło 20 sztuk); na jajnikach tych już makroskopowo rozeznać można pęcherzyki Graafa w rozmaitych okresach ich rozwoju, oraz świeże i stare ciałka żółte; kształt tych jajników jest podłużny, podobny do pestki daktyla; długość u dojrzałych płciowo i silnych zwierząt około $1^1/_2$ ctm., szerokość 0,5 ctm., takaż mniejwięcej i grubość. Badania swe przeprowadził autor w celu kontroli tylko po lewej stronie brzucha, osłaniając prawą odpowiednimi płytami ołowianymi; naświetlanie trwało $^1/_2$ godziny, odległość rury — 12 ctm. Wyniki badań były takie, że we wszystkich przypadkach naświetlany lewy jajnik ulegał zanikowi, stawał się znacznie mniejszy, niż nienaświetlany jajnik prawy; pęcherzyki Graafa zaś po 15 posiedzeniach zupełnie zanikały na lewym jajniku, podczas gdy na prawym już makroskopowo były widoczne. Zmiany te zanikowe stwierdził autor i preparatami mikroskopowymi. Ciekawe również były badania tegoż autora, przeprowadzone zapomocą bromku radu, na działanie którego przez minut 20 wystawiał jajnik królika, wydobyty z rany po otwarciu jamy brzusznej; pęcherzyki Graafa, których wielką ilość już makroskopowo podczas zabiegu operacyjnego stwierdził, w 16 dni potem nie zawierały ani jednego pęcherzyka. Autor ostrzega wobec wyniku powyższych badań przed częstem roentgenowaniem brzucha kobiet, oraz poleca stosowanie odpowiednich płyt ochronnych u posługaczek w pracowniach roentgenowskich.

Steuermark.

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. Pick. **O euforyi występującej przemijająco przy nowotworach mózgu.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 2, 1905). Znaną jest rzeczą, że przy nowotworach, zwłaszcza płatów czołowych mózgu, występuje euforya, stale się utrzymująca. Napadowe jednak jej występowanie dotychczas ogłoszone nie zostało. Autor opisuje właśnie przypadek tego rodzaju. Dotyczy on mężczyzny 27-letniego, u którego po kilku napadach osłabienia lewej połowy ciała, rozpoczynających się w nodze i nie połączonych z utratą przytomności, wystąpiły typowe napady lewostronnej padaczki Jacksonowskiej. Obok tego stwier-

dzono istnienie tarczy zastoinowej w obu oczach tak, iż należało uważać za pewne istnienie nowotworu mózgu w prawej półkuli, i to albo w płacie czołowym, albo w zwojach prae-, lub paracentralnych. W przebiegu choroby zauważono napadowe występowanie euforyi. Wypadek ten zbliża się w ten sposób z jednej strony do przypadków nowotworów czołowych, przy których zauważono euforyę stałą (obok t. zw. Witzelsucht, to znaczy chęci dowcipkowania. *Przyp. ref.*), z drugiej zaś strony do napadów euforyi, występującej jużto jako równoważnik padaczki, jużto jako zaburzenie, występujące przed lub po napadzie w padaczce. Pamiętać należy, że euforyę, występującą w przebiegu porażenia postępującego tłómaczono także zajęciem płatów czołowych. *Dr. A. Rydel.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne w dniu 11 stycznia 1905 r.

Przewodniczy: kol. prof. Nowak.

Obecnych członków 14.

I. Sprawozdania z posiedzenia nadzwyczajnego z dnia 30 listopada i posiedzenia wyborczego z dnia 21 grudnia 1904 r. odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Ciechanowski, w zastępstwie przewodniczącego kol. prof. Browicza, odczytuje sprawozdanie z czynności Komisyi słownikowej:

Druk nowego wydania słownika lekarskiego dobiegł końca, a w lutym dzieło będzie puszczone w obieg. Kończąc swoje zadanie, zdaje Komisya sprawę za cały czas swej działalności. Pierwsze wydanie słownika, opracowane z ramienia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego przez nieżyjących już dziś: Janikowskiego, Kremera i Oettingera, a po śmierci dwóch pierwszych ukończone i wydane w r. 1881 przez Domańskiego. Rydla i Oettingera, rozchodziło się tak szybko, że w tymże jeszcze roku polecono ówczesnej Komisyi zbierać materyał do drugiego wydania. Dopiero jednak w roku 1890 powróciło Towarzystwo do tej sprawy, uchwalając podjąć ponowne wydanie i wtedy rozpoczęła Komisya zwolna gromadzić materyał. czem zasłużył się głównie Domański. Przyspieszenie dalszych prac było przedmiotem obrad Towarzystwa w r. 1893 i w r. 1894; w marcu tegoż roku w miejsce zmarłych dwóch członków dawnej Komisyi wybrano Kryńskiego, Kwaśnickiego i Cybulskiego. W roku następnym obraduje Towarzystwo nad sprawą słownika w styczniu i na osobnem posiedzeniu w lipcu. Komisya składała się wówczas z Domańskiego, jako przewodniczącego, Kryńskiego i Kwaśnickiego. Objąwszy Redakcyę „Przeglądu lekarskiego“ ustępuje w maju 1897 z Komisyi Kwaśnicki, a wówczas wybrano ustępującą dzisiaj Komisyę, która składała się z Browicza, Ciechanowskiego, Domańskiego i Kryńskiego i ukonstytuowała się 20 listopada 1897, wybierając przewodniczącym Browicza, który pracę do końca doprowadził. Do czynności administracyjnych dobrała sobie Komisya Raczyńskiego, przekazując je po jego wyjeździe do Lwowa w r. 1904 Ciechanowskiemu. W pracach Komisyi uczestniczył czasowo także Cybulski, a zastępczo przez kilka miesięcy Wachholz i A. Rosner.

Do roku 1897 przerobiła Komisya wszystkie wyrazy, zawarte w pierwszem wydaniu słownika z roku 1881 i rozpoczęła gromadzić wyrazy nowe, w czem zadał sobie wiele pracy Domański. Od r. 1898 przerobiono kilkakrotnie cały materyał na wspólnych zebraniach, a mianowicie: poprawione przez poprzednią Komisyę w latach 1895/6 pierwsze wydanie słownika, kilkudziesiątarkuszowy elaborat krytyczny, nadesłany przez warszawskie Towarzystwo lekarskie, uwagi, nadesłane przez Wydział lekarski Towarz. przyjaciół nauk w Poznaniu, dalej kilkanaście tysięcy nowych wyrazów, zebranych z różnych źródeł przez członków Komisyi, wreszcie drobniejsze zbiorki śp. Rydla, śp. Seifmana, Markiewicza, a — co do litery A — Cybulskiego i Królikowskiego. Opracowanie całego działu słownictwa chemicznego według uchwał Akademii umiejętności. — powierzyła Komisya Doc. St. Tołoczce. Zbadano też materyał, pozostały po śp. prof. Oettingerze; okazało się jednak, że nie zawiera on nowych danych. W niektórych sprawach wątpliwych zasięgano zdania znawców. stanowiącego potem podstawę do dalszych obrad Komisyi. W tym względzie pomocni byli Komisyi, co do niektórych wyrazów: prof. Baudouin de Courtenay, prof. Cybulski, prof. Kostanecki, Doc. Krzyształowicz, Doc. Lemberger, śp. prof. Malinowski, prof. Nowak. Dr. Niezabitowski, prof. Reiss, prof. Rosner, prof. Rostafiński, prof Jan Rozwadowski. prof. Wachholz, prof. Wicherkiewicz, inż. E. Zieleniewski.

Uporządkowaniem kartek słownikowych do druku zajmowali się Gliński i panie Glińska i Ciechanowska. układem drugiej części słownika Ciechanowski; korektą wszyscy członkowie Komisyi, oraz co do wyrazów chemicznych Doc. Tołłoczko.

Wszystkim, którzy w jakikolwiek sposób nieśli Komisyi pomoc w pracy, oraz Zarządowi i zecerom Drukarni uniwersyteckiej za staranne wykonanie żmudnego zadania drukarskiego, należy się szczere podziękowanie.

Druk rozpoczęto z końcem r. 1902, ukończono w styczniu 1905. Zaliczki na koszta druku udzielił fundusz budowy domu Towarzystwa lek. krak., resztę ma pokryć rozsprzedaż Słownika, z czego dokładne sprawozdanie przedstawiane będzie Towarzystwu corocznie.

Wysłuchawszy tego sprawozdania, Towarzystwo uchwala umieścić w protokole obrad podziękowanie dla wszystkich, którzy Komisyi w jej pracach byli pomocni.

III. Kol. Śliwiński zdaje sprawę z czynności Komisyi przemysłowej.

IV. Kol prof. Wachholz odczytuje sprawozdanie z czynności Komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa-Hirscha, poczem w swojem i kol. doc. Horoszkiewicza imieniu składa mandat w ręce Tow. lek. — Kol. prezes dziękuje za dotychczasową pracę kol. prof. Wachholzowi i kol. doc. Horoszkiewiczowi.

V. Kol. Wrzosek zdaje sprawozdanie z czynności bibliotekarza. W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Ciechanowski i wyraża życzenie, ażeby pomoc pieniężną, udzielaną bibliotekarzowi. powiększyć i ustanowić Komisyę biblioteczną.

VI. Kol. prof. Ciechanowski zdaje sprawę z administracyi „Przeglądu lekarskiego“.

VII. Kol. prof. Łepkowski oświadcza, że Komisya kontrolująca znalazła wszystkie księgi w porządku.

VIII. Kol. Różecki odczytuje sprawozdanie z czynności skarbnika. W dyskusyi przypomina kol. prof. Ciechanowski, że w sprawie „funduszu dyżurów nocnych“ zapadła już dawniej uchwała, na mocy której fundusz ten miał przejść na własność Tow. ratunkowego. Towarzystwo poleciło prezydyum zająć się tą sprawą w porozumieniu z Magistratem i Tow. ratunkowem.

IX. Kol. prof. Łepkowski stwierdza, że Komisya kontrolująca znalazła księgi kasowe w porządku i czyni wniosek, ażeby sprawozdanie skarbnika litografować w większej ilości egzemplarzy i doręczać członkom Tow. lek. przed posiedzeniem administracyjnem. Po przeprowadzeniu dyskusyi nad tym wnioskiem uchwaliło Tow., że sprawozdanie skarbnika ma być składane na ręce gospodarza domu, gdzie każdy członek Tow. będzie je mógł przeczytać.

X. Kol. prym. Borzęcki odczytuje sprawozdanie z czynności sekretarza stałego.

Z końcem roku 1903 liczyło Towarzystwo lekarskie krakowskie członków honorowych 13, czynnych 142, korespondentów 49. Z końcem r. 1904 liczba członków honorowych pozostała ta sama, z liczby członków czynnych ubyło 4, przybyło 15 tak, że wynosi liczba ich 153, korespondentów 49.

W kronice żałobnej przychodzi zapisać śmierć ś. p. kol. Kazimierza Szymkiewicza z Krakowa.

Posiedzeń odbyło Towarzystwo 17, w liczbie tej jedno administracyjne, trzy nadzwyczajne, jedno wyborcze.

Odczytów wygłoszono 16, demonstracyi było 11.

W zakresie spraw administracyjnych dokonano w porozumieniu i za zgodą Rady nadzorczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich niektórych zmian Statutu. Na wniosek Komitetu Tow. uchwalono jednogłośnie ażeby przesłać kol. Gwiazdomorskiemu adres uznania. w uznaniu Jego zasług, jakie położył dla Towarzystwa, sprawując przez lat szereg urząd skarbnika.

Na pierwszy plan w zakresie spraw zarządu Towarz. lek. krak. wysuwa się budowa Domu własnego. Pierwszy krok w tym kierunku uczynił prof. Mars w r. 1893 przez zainicyowanie składek dobrowolnych między członkami na budowę domu. W r. 1898 prezes Towarz.

prof. Maciej Jakubowski zwrócił się do Magistratu miasta Krakowa z prośbą w imieniu Towarzystwa o odstąpienie bezpłatne potrzebnego gruntu pod budowę Domu. Odpowiedź była odmowną, sprawa poszła w odwłokę. Trzeba było wiele nieugiętej energii, silnej woli, aby przy takich warunkach w lat kilka podjąć tę myśl na nowo. Dokonał tego prezes Towarzystwa prof. Julian Nowak z pomocą stworzonego przez siebie Komitetu budowy. Niezrażony poprzednią odmową, wniósł Komitet powtórnie podanie do Magistratu miasta, a świetna Rada miejska załatwiła podanie przychylnie, odstępując potrzebny grunt pod budowę Domu Towarzystwa na rogu ulicy Kopernika i Radziwiłłowskiej. Na posiedzeniu, odbytem dnia 8 lipca 1903, zapadła jednomyślna uchwała Tow. lekarskiego krakowskiego przystąpienia do budowy. Strona finansowa tego przedsiębiorstwa przedstawiała się dość smutno, co jednak nie odstraszyło głównego kierownika tej sprawy od rozpoczęcia dzieła i już w sierpniu 1903 rozpoczęto budowę. Powierzono ją Wielm. Panu Karczmarskiemu, architekcie, który z całą sumiennością, nie szczędząc trudów i bacznej opieki, dokończył jej pod koniec r. 1904 ku zupełnemu zadowoleniu Komitetu budowy. W Komitecie budowy zasiadał uproszony przez nasze Towarzystwo Wny P. Saare, nadradca budownictwa, który z całą życzliwością i gotowością udzielał swoich cennych rad i wskazówek. Przyozdobienia wnętrza Domu, jak klatki schodowej, witraży, sali posiedzeń, dokonano według pomysłów i wzorów, jakich łaskawie udzielić raczył Stanisław Wyspiański. Wszystkim Im należą się słowa gorącego podziękowania ze strony naszego Towarzystwa. Główna jednak zasługa około doprowadzenia tego dzieła do skutku należy się prezesowi Towarzystwa. Jego niestrudzona energia i wytrwałość potrafiły usunąć bardzo liczne trudności w okresie budowy Domu. Wybudowanie Domu własnego stanowić będzie w historyi Tow. lek. krak. bezsprzecznie jedną z najważniejszych chwil w jego rozwoju. Złączy się z nim nierozerwalnie po wszystkie czasy nazwisko czcigodnego prezesa, a Towarzystwo przechowa je we wdzięcznej pamięci. By dać Mu wyraz swego uznania za podjęte trudy i okazać swą wdzięczność, obrało go nasze Towarzystwo jednogłośnie po raz trzeci z rzędu swoim prezesem, by w roku pierwszym wprowadził je do własnego Domu, który oby rozwijał się ku chwale i pożytkowi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

XI. Wreszcie zdaje kol. prezes sprawozdanie z czynności Komitetu budowy Domu i z roku administracyjnego. Zaznacza, że tego roku wyjdzie „Słownik terminologii lekarskiej polskiej", a pierwszy jego egzemplarz pojawi się na uroczystem posiedzeniu w dniu otwarcia Domu. Dalej podaje do wiadomości, że budowa i urządzenie Domu prawie ukończone, a otwarcie zależne tylko od otwarcia elektrowni miejskiej. Kol. prezes dziękuje wszystkim przewodniczącym pojedynczych Komisyi, a szczególne podziękowanie wyraża kol. prof Rosnerowi, koll. Urbanikowi i Różeckiemu.

XII. Przyjęto sprawozdanie wszystkich Komisyi i zarządu Towarzystwa.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

I. Posiedzenie naukowe z dnia 20 stycznia 1905 r.

Przewodniczy: kol. Wechsler. Obecnych członków 52.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Prof. Kadyi demonstruje preparat anatomiczny, w którym brak tętnicy pępkowej prawej.

III. Kol. Prof. Beck demonstruje: *a*) działanie radu na nerw kulszowy. Królik, którego udo wystawiono przez kilka godzin na działanie promieni radu, okazuje w obrębie skóry, zaopatrywanej przez n. *superficialis*, znaczne obniżenie czucia lub prawie zupełne jego zniesczulenie;

b) urządzenie przyrządu rzutowego (projekcyjnego), w którym episkop mieści się w samym przyrządzie tak, że wychylenia galwanometru rysują się na ekranie;

c) rysunki na szkle w rzutach, otrzymane w ten sposób, że się rysuje na szkle matowem, poczem się polewa balsamem kanadyjskim.

IV. W miejsce zapowiedzianego odczytu kol. Legeżyńskiego z zakresu chorób zakaźnych ze szczególnem uwzględnieniem zimnicy, demonstruje kol. Doc. Biernacki, uproszony przez kol. Legeżyńskiego, seryę preparatów z plasmodyami zimniczemi, a kol. Kielanowski przyrządy do dezinfekcyi formalinowej, używane przez lwowski fizykat. *Zawadzki.*

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 6 listopada 1904 r.

Z powodu braku wielu członków odłożył kol. przewodniczący wybory do następnego posiedzenia.

Kol. Reiss przedstawił dziewczynę 15-letnią z rozległemi zmianami na obu kończynach dolnych. Według podania chorej choroba rozpoczęła się przed dwoma laty dotkliwymi bolami i obrzękiem nogi prawej. Po kilku dniach ból i obrzęk ustąpiły, natomiast chora zauważyła powolnie powstające stwardnienie i napięcie skóry w zakresie podudzia. Po upływie pięciu miesięcy wystąpiły podobne objawy na nodze lewej w postaci obrzęków i bolów, które trwały przez cztery tygodnie; następnie pojawiły się na kolanie lewem i podudziu ograniczone owrzodzenia, które pomimo leczenia w szpitalu w Rzeszowie utrzymują się dotąd. Obecnie zmiany na nodze lewej przedstawiają się w postaci kilku owrzodzeń w okolicy kolana lewego i całego szeregu guzów, wystających nad powierzchnię skóry, miękkich, nie bolesnych, okazujących chełbotanie; w otoczeniu tych guzów istnieje wyraźne stwardnienie skóry, które obejmuje całą prawie kończynę. Kol. Reiss zwraca uwagę na te guzy, które przypominają swem wejrzeniem kilaki zołzowe, otoczone w około obszarem skóry, dotkniętej twardzielą. Guzy powstały w miejscach skóry prawidłowej, wskutek pierścieniowatego twardzielowego nacieku, który uniemożliwił warunki prawidłowego krążenia w partyach środkowych, sprowadzając w nich rozpad mniej lub więcej głęboki. Następnie przedstawił kol. Reiss chorą ze zmianami tocznia rumieniowego na policzkach, wardze dolnej i małżowinach usznych. Wreszcie przedstawił kol. Reiss chorą, u której cała skóra okazuje typowe zmiany łojotokowe wysokiego stopnia, z następowym wypryskiem ogólnym. (*Steatosis universalis subsequente eczemate*).

Następnie w zastępstwie nieobecnego kol. Borzęckiego przedstawił kol. Gogulski kilku chorych po operacyach plastycznych, które wykonał dla pokrycia ubytków policzków, nosa i uszów, powstałych wskutek operacyjnego usunięcia części, zajętych toczniem. Ubytki pokrywał kol Gogulski płatami, wziętymi z najbliższego otoczenia, uważając przy tem na to, aby mostek płatu był dość grubym i płat o $^1/_3$ większy od ubytku. Pomimo bardzo trudnych warunków wyjałowienia pola operacyjnego w pobliżu ust i otworów nosowych, rany pooperacyjne zgoiły się przez rychłozrost prawie we wszystkich przypadkach, a wynik kosmetyczny okazał się bardzo dobrym.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr. Stopczański.*

Posiedzenie zwyczajne w dniu 12 grudnia 1904 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia zarządził kol. przewodniczący wybory zarządu na rok 1905. Wybrano kol. Reissa przewodniczącym, kol. Krzyształowicza zastępcą przewodniczącego, kol. Steuermarka sekretarzem I i kol. Stopczańskiego sekretarzem II.

Następnie przedstawił kol. Reiss chorego z wrzodem twardym, znajdującym się w okolicy podbrzusza i równoczesną osutką plamistą.

Kol. Borzęcki wygłosił odczyt p. t. „Kiła a małżeństwo." Rzecz przeznaczona do druku. W sprawie wygłoszonego odczytu rozwinęły się rozprawy, w których brali udział koll. Reiss, Krzyształowicz i Borzęcki, poczem posiedzenie zamknięto. *Dr. Stopczański.*

* * *

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 16 lutego.

* W Krakowie pod redakcyą Dr. A. Wróblewskiego poczęło wychodzić czasopismo p. t. „Przyszłość", poświęcone walce z alkoholizmem. Artykuł programowy wyłuszcza zadania nowego miesięcznika, który da czytelnikom „potrzebne wiadomości naukowe, wesprze ich w walce z ciemnotą i z pokusami, da im siłę argumentów pewnych i mocnych. Będzie łącznikiem i organem uświadamiającym i agitacyjnym" i t. d. Prof. B. Dybowski w liście do Redakcyi powiada: Zasadą przewodnią czasopisma będą: „trzeźwość, moralność, miłość bliźnich i prawda".

Głośnego imienia psychiatra, biolog, bojownik sprawy abstynencyi i społecznego odrodzenia, prof. Dr. A. Forel, nadesłał artykuł p. t. „Do Polaków — o odrodzeniu“, w którym, wykazawszy łączność sprawy abstynencyi ze sprawą społeczną i poprawą losu ludzkości, uważa tę ostatnią za zależną od podniesienia wartości pojedyńczych ludzi; do tego zaś celu prowadzą według autora trzy drogi: 1) usuwanie szkodliwych wpływów działających na pojedyńczych ludzi i ich potomstwo; 2) wytworzenie pomiędzy ludźmi doboru sztucznego, zapobiegającego wytwarzaniu się zarodków pośledniejszej jakości; 3) przysposobienie przez wychowanie materyału ludzkiego o możliwie największej wydajności pracy społecznej. Badania naukowe dowiodły, że na byt i los społeczeństwa wywiera zastraszający wpływ zjawisko, które Forel nazwał *blastophthoria*, czyli zepsucie i zwyrodnienie zarodków, zawartych w gruczołach płciowych, spowodowane jakiemkolwiek zatruciem, w czem zatrucie alkoholowe jest najwięcej udowodnione drogą statystyki, kliniki, pedagogii, kryminalistyki i t. d. Wykazawszy inne jeszcze, a niemniej zgubne skutki picia, zwraca się Forel do Polaków, do ich dzisiejszego położenia, wskazuje na czynniki siły fizycznej i moralnej i kończy słowami *„in hoc signo vinceos!“*

Prof. Dr. B. Dybowski w rozprawie „My i nasi sąsiedzi“ zamierzył dać zestawienie porównawczo-statystyczne alkoholizmu u nas a w Niemczech; natrafiwszy jednak na znaczne trudności w zebraniu liczb statystycznych u nas, posłużył się w rozumowaniach swoich głównie statystyką obcą. Statystyka niemiecka, dotycząca alkoholizmu, jest nadzwyczaj pouczająca, zwłaszcza statystyka, spisana przez Dr Goldfelda, a obejmująca wiek dzieci szkolnych. Ankieta, przeprowadzona przez jedną z naszych nauczycielek szkoły elementarnej, wykazała, że nie było wśród dzieci tej szkoły (chłopcy i dziewczęta) ani jednego abstynenta, wtenczas gdy statystyka Dr. Goldfelda wykazuje mniej więcej piątą część dzieci niemieckich zupełnie niepijących. W dalszym ciągu zestawia prof. Dybowski statystykę nauczycielstwa w Niemczech, ze względu na alkoholizm i wpływ alkoholizmu na ich stosunki i warunki bytu, które oczywiście wypadły ujemnie; również ujemnie wypadł postęp w naukach uczniów pijących w porównaniu z abstynentami.

Dr. Daszyńska-Golińska rozstrząsa zagadnienie „Dlaczego jesteśmy abstynentami?“ w odpowiedzi na to pytanie roztoczyła autorka bogaty zapas argumentacyi, zaczerpniętej z fizyologii, psychologii, psychiatryi, kryminalistyki, ekonomii politycznej, socyologii i żałować tylko wypada, że praca ta, napisana w sposób nadzwyczaj poważny i przekonywujący, nie da się streścić, a zresztą powrócimy jeszcze do niej, gdy będzie skończona.

Wł. Bromberger zatytułował swój artykuł „Sąd rozjemczy Eleuteryi“ i wyświetla w nim, w jakim stopniu nadużywanie alkoholu prowadzi do wszelkiego rodzaju obraz honoru, awantur ulicznych, bijatyk, kradzieży, zabójstw, wykroczeń przeciw moralności i t. d. Autor uzasadnia swoje rozumowanie statystyką, opartą na wyrokach sądów galicyjskich i otwiera oczy społeczeństwu, które grzęźnie w pieniactwie, właśnie dzięki piciu (artykuł nieskończony).

Ed. Lewiński w pracy „Quousque tandem?“ podaje ogólne uwagi o piciu i jego zgubnych skutkach, w czem opiera się na jednem spostrzeżeniu osobistem, dosadnie ilustrującem wnioski autora (artykuł nieskończony).

Dr. A. Wróblewski podał „Notatkę o działaniu alkoholu i win leczniczych na fermenty trawiące“ i w niej dowodzi, że wina lecznicze wywierają szkodliwy wpływ na te fermenty. Badania autora wykazały, że alkohol utrudnia trawienie peptyczne; podobnie też działają i wina lecznicze, których alkohol powstrzymuje działanie fermentów trawiących, a z tego wynika, że pepsyna win pepsynowych nie może wywierać wcale działania trawiącego, a wogóle picie, oprócz innych zgubnych skutków, podkopuje trawienie, a w dalszym ciągu i siły życiowe pijącego.

Podstawa naukowa, na której opierają swe zasady abstynenci, w znacznej części jest zaczerpnięta z wiedzy lekarskiej. Choroba sama, jej źródło, przebieg i leczenie nie jest jedyną treścią medycyny, która bądź bezpośrednio, bądź pośrednio, obejmuje w mniejszym lub większym stopniu wszelkie ułomności ludzkie, bo wszystkie one prowadzą do niezdrowia fizycznego i duchowego. Działalność abstynentów należy uważać za zbawienny odruch ludzkiej duszy wobec ciągle wzrastającego zwyrodnienia człowieka i z tego względu działalność ta, prowadzona w imię dobra powszechnego, powinna się spotkać z ogólnem poparciem społeczeństwa, a w pierwszej linii stróżów zdrowia cielesnego i duchowego, t. j. lekarzy, księży i nauczycielstwa.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniwersytecie lwowskim otrzymali: Jan Załuska, Adolf Falber i Zygmunt Wallasz.

* Biblioteka Towarz. lekar. krak., mieszcząca się w Domu Towarzystwa (ul. Radziwiłłowska, 4), jest otwarta w środy od godziny $5^1/_2$ do $6^1/_2$ po południu i w soboty od godziny 12 do 1 w południe. Czytelnia zaś otwarta codziennie i przez cały dzień.

* Tygodników warszawskich nie otrzymaliśmy: jest to zapewne wynik bezrobocia, w którem drukarze biorą udział.

* Dnia 10 lutego odbyło się doroczne posiedzenie wydziału lekarskiego przy rz.-katol. Towarzystwie Dobroczynności w Petersburgu, na którem odbyły się wybory zarządu wydziału na r. 1905. — Wybrani zostali: Dr. Strawiński — prezesem; prof. St. Zaleski — wiceprezesem; doc. W. Orłowski — I-szym sekretarzem; Dr. Uliński — II-gim sekretarzem; Dr. Wierciński — skarbnikiem; Dr. Ostrowski — bibliotekarzem. Na członków Komitetu powołani zostali: prof. Ziemacki, Dr. Wolański, Dr. Rudzki i Dr A. Karnicki; na zastępców zaś: prof. Raczyński i Dr. Bereśniewicz; do Komisyi kontrolującej wybrani zostali: Dr. Bereśniewicz, Dr. Hattowski i Dr. K. Kozłowski.

* Austryackie Ministeryum kolei żelaznych wydało nowe zarządzenia w celu zapobiegania szerzeniu się gruźlicy między podróżnymi.

* Kalendarzyk zjazdów w r. 1905. W miesiącu marcu: od 9 do 13 Zjazd balneologiczny w Berlinie. W Kwietniu: 12—15: Zjazd dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie. — 25: Zjazd niemieckiego Towarz. chirurgii ortopedycznej w Berlinie. — 26—29: Zjazd chirurgów w Berlinie. — 30—5/V: Zjazd dla Röntgenologii w Berlinie. Czerwiec 13 i 14: Doroczne zebranie Związku bawarskich psychiatrów w Monachium. Lipiec 25—28: Doroczne zebranie angielskiego Towarzystwa lekarskiego w Leicester. Sierpień 6—10: Pierwszy międzynarodowy Zjazd anatomów w Genewie. Wrzesień. Pierwszy międzynarodowy Zjazd Towarzystw chirurgicznych w Brukseli. — 11—18: Międzynarodowy Zjazd położniczo-ginekologiczny w Petersburgu. — 24 - 30: 77-me zebranie niemieckich naturalistów i lekarzy w Meranie. Październik: 8-my francuski Zjazd dla wewnętrznej medycyny w Leodyum.

* Na pełnem posiedzeniu wiedeńskiej Izby lekarskiej dnia 31 stycznia zapadł wyrok, skazujący 8 członków na karę po 400 koron za przyjęcie posady w niezarejestrowanej Kasie chorych agentów handlowych. Dr. Stricker obostrzył tę karę swoim wnioskiem, przyjętym przez Izbę, ażeby wyrok ten został ogłoszony w prasie codziennej, a to w celu powiadomienia ogółu lekarskiego, którzy mianowicie lekarze działają wbrew interesom zawodowym, a również, żeby i społeczeństwo było poinformowane o niegodnem zachowaniu się tych ośmiu lekarzy.

* Między 22 a 28 stycznia doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w pow. żółkiewskim, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, cieszanowskim, czortkowskim, dobromilskim, gródeckim, jarosławskim, jaworowskim, kołomyjskim, myślenickim, nadwórniańskim, przemyślańskim, rawskim, tłumackim, turczańskim — po 1 gminie, a w powiecie kamioneckim w 2 gminach.

* Dr. Soniewiecki donosi, że w kwocie 72 koron, przysłanych przez niego Towarzystwu samopomocy lekarzy (p. „Przegl. lek.“ Nr. 4), było 50 K nieprzyjętego honoraryum od p. M. O. i 22 K dobrowolnego datku Kasy chorych w Spasie.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Kohn mian. został nadzwycz. profesorem histologii w praskim uniwersytecie niemieckim. Dr. Hofmann z Lipska został mian. zwycz. profesorem fizyologii w Insbruku.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Antoni Nazarkiewicz, l. 80, zakończył życie w Felsztynie na Podolu.

Bibliografia.

— *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich* Z. 3. J. Nussbaum: O odradzaniu się przedniej części ciała u wazonkowców (*enchytraeidae*). Czerski: Powstawanie jelita środkowego u Meloë violaceus Marsch. W. Orłowski: Zasadowość krwi w stanach leukocytozy i w zakażeniach. Miklaszewski: Badania doświadczalne nad wpływem łaźni suchych na układ krążenia i krew. Bornstein: Anatomia patologiczna stwardnienia wieloogniskowego.

— *Krytyka lekarska* Nr. 2. Bornstein: Medycyna i społeczeństwo. Biegański: O celowości w zjawiskach patologicznych. Giedroyć: Poglądy lekarskie Reja. *X.*: Kilka słów prawdy.

— *Lékařské rozhledy* Z. 1. Zahradnický: Medullarni anaestesie kombinovaná s adrenalinem neb suprareninem. Honzák: Orthopaedie v denni praxi.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 6. Teuner: O narkose éterové (c. d.) Slavik: Zločin veřejného násili. Slaboduchost s blbosti hraničici. Přechodné pominuti smyslů. Lauschmann: Poznámka k léčeni hydrokely. Svták: O čtyrech připadech kruposni pneumonie epidemické.

— *La Presse médicale* Nr. 9. Loeper i Gouraud: Moczenie obfite i wydaliny moczowe w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Nittis: Choroby zakaźne i dziedziczność.

— Nr. 10. Budin: Nauczanie położnictwa w klinice Tarniera. Azoulay: Włókienka nerwowe według metody i prac S. Ramón y Cajal.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 6. König: Znaczenie kiły wątroby dla rozpoznania guzów w jamie brzusznej. Jürgens: O powstawaniu odporności na dur. Bickel: Doświadczalne badania wydzielania soku żołądkowego u trawożernych. Ledermann: Przypadek ropnego bujającego zapalenia skóry. Müller: Nowy sposób tamowania krwi.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 6. Taussig: Endemiczny nieżyt żołądka w Hercegowinie. Hermann: Operacyjne leczenie wnętrostwa (*cryptorchidismus*). Mayer: Przypadek niezwykłych zaburzeń w przesmyku po gastroenterostomii. Reitter: O dwóch osobliwych przyczynach zwężenia dwunastnicy.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 6. Bürker: Wpływ górskiego klimatu na krew. Bruns, Liefmann i Mäckel: Pomnożenie eozynofilnych leukocytów przy schorzeniu tęgoryjcowem (*ankylostomiasis*) w znaczeniu rozpoznawczo-zapobiegawczem. Schultze: Pozorne niebezpieczeństwo a niezawodna korzyść sztucznego oddychania, wykonanego przez huśtanie dziecka w głębokiej już zamartwicy. Burckhard: Spostrzeżenia nad niebezpieczeństwem huśtań sposobem Schultzego. Weyrauch: O pląsawicy przewlekłej postępującej. Marcuse: Przypadek bujnego owłosienia okolicy krzyżowej. Bier: Leczenie ostrego ropienia nawałem zastoinowym krwi (c. d.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 6. Czerny: O niedrożności jelit. Hamburger: Rozróżnianie krwi (białka) biologicznie spokrewnionych gatunków zwierząt. Uhlenhuth: Oznaczenie pochodzenia szczątków mumii zapomocą swoistej surowicy. Herz: Badanie czynnościowe chorego serca. Levin: Badania przemiany materyi przy rakowatości. Henle: Leczenie ostrej sapki. Tugendreich: W sprawie zmian nabłonkowych w chorobach żołądka u osesków. Flesch: Rokowanie przy szczękościsku, tężcu noworodków i wogóle dzieci z uwzględnieniem leczenia surowiczego (dok.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 6 (od dnia 5/II do 11/II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 31, dziew. 30; nieżywo: chł. 2, dz. 5. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 23, kob. 21; zamiejscowych: męż. 14, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 9. 3) zapalenie płuc: miej. 9, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. 3, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 2. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 3. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem**: miejscowych 44, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Mandl. (*Allgem. Wiener med. Zeitung* 1904, Nr. 41) zaleca w sprawach gośćcowych **linimentum mentholi chloroform. comp.**; z początku sam M. patrzał na ten środek sceptycznie, jak na wiele innych nowych, zachwalanych przetworów farmaceutycznych, dopóki o jego zaletach sam na sobie się nie przekonał. Cierpiąc mianowicie na bardzo dolegliwy gościec mięśniowy w ramieniu, używał M. bez skutku rozmaitych wcierań, mięsienia i różnych środków wewnętrznych, a doznał ulgi dopiero od leczenia zapomocą linimentum chloroformiatum. Już po 5 czy 6 wcieraniach znikły zupełnie bole; jeszcze łatwiej znikały po nich nawroty cierpienia. Odtąd przepisuje M. ten środek z powodzeniem we wszystkich przypadkach gośćca mięśniowego i stawowego, w nerwobolach, rwie kulszowej, przeciw bolom przy zapaleniach ucha, i t. d. Dla poparcia swego zdania przytacza M. między innymi 3 szczególnie wybitne spostrzeżenia: 1) Mężczyzna 52-letni cierpiał przez 6 tygodni na rwę kulszową po stronie prawej, która nie ustępowała pomimo najrozmaitszych zabiegów, nie dozwalając choremu opuszczać łóżka, czyniąc go niezdolnym do pracy i odbierając sen. Po ośmiu dniach stosowania *linim. menth. chlor.* chory mógł wstać z łóżka, po dalszym tygodniu zupełnie wyzdrowiał. 2) Chory 35-letni, nie mogący z powodu gośćca mięśniowego chodzić, zginać się i t. d. po pięciu dniach leczenia mógł już jeździć na kole. 3) Chora 35-letnia z powodu bolów w toku osteomalacyi zmuszona leżeć w łóżku, doznaje przy leczeniu tym przetworem takiej przynajmniej ulgi, że może nieco chodzić i zajmować się gospodarstwem domowem. *S.*

O zwalczaniu cierpień rzeżączkowych podaje Dr. Ernst Weger (*Medizin. Wochenrundschau „Medico"* 1904, Nr. 24) następujące uwagi.

W przeciwieństwie do rozmaitych leków przeciwrzeżączkowych, będących przeważnie przetworami santalu, stoi arhovina, lek istotnie nowy, bo wytworzony przez połączenie difenylaminu z estryfikującym kwasem thymylbędźwinowym. Weger stosował arhovinę naprzód wewnętrznie 3 razy dnia po 1—2—3 kapsułek à 0·25. Nigdy nie zauważył nieprzyjemnych skutków ubocznych, w szczególności nie skarżyli się chorzy na żadne dolegliwości żołądkowe. Uderzającym skutkiem leku było szybkie znikanie podmiotowych dolegliwości rzeżączkowych, ustępowanie po kilku dniach bólu przy moczeniu i objawów zapalnego podrażnienia pęcherza. Wypływ ropny przemieniał się średnio w ciągu dni 8 w śluzowy, a najdalej po 4 tygodniach nie zawierał już dwoinek rzeżączkowych. Jestto skutek godny uwagi, którego W. przy innych lekach nie uzyskiwał. Wyleczenie ostateczne następowało po dalszych 1—2 tygodniach przy wstrzykiwaniach protargolowych — bez powikłań. Równie korzystnie działała arhovina w cierpieniach rzeżączkowych u kobiet przy równoczesnem zastosowaniu zwykłego leczenia miejscowego. Szczególnie dobre były wyniki w początkach zapaleń pęcherza. Podawana u chorych na przerost gruczołu krokowego, używających stale cewnika, zdaje się arhovina działać zapobiegawczo.

Zewnętrznie stosował W. arhovinę tylko w rzeżączce u kobiet i w białych upławach, nie zawierających dwoinek. Czopki pochwowe po 0·1 arhoviny, kilka razy dziennie stosowane, wywierały wpływ bardzo korzystny na objawy podmiotowe i przedmiotowe. Jednem słowem uznaje W. arhovinę, wyrabianą przez instytut chemiczny Dra Horowitza w Berlinie N. 24, za doskonały, a stosunkowo tani środek przeciwrzeżączkowy. *Z.*

Rok XLIV. Kraków 25 Lutego 1905. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Sztuczne i mieszane żywienie niemowląt a instytucya „Kropli mleka“ *(Goutte de lait)* we Francyi.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński,

asystent kliniki chorób dzieci U. J. w Krakowie.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu krakowskiego Towarz. lekarskiego w dniu 1 lutego 1905).

Rozpowszechnienie sztucznego żywienia niemowląt jest faktem, nad którym można ubolewać, lecz z którym trzeba się pogodzić. Pośród uboższych warstw miejskiej zwłaszcza ludności zaledwo szczupła liczba dzieci korzysta w całej pełni z dobrodziejstw piersi matczynej; ogromna zaś większość skazaną jest na inne sposoby żywienia, mniej lub więcej niedoskonale. Oczywiście w bardzo niewielkiej liczbie przypadków przeszkodę do karmienia naturalnego stanowi istotna fizyczna niezdolność matki do karmienia piersią, znacznie częściej wchodzą w grę czynniki uboczne, raczej społecznej i ekonomicznej natury; to jednak postaci rzeczy nie zmienia: warunki społeczne stanowią nieraz przeszkodę równie faktyczną i równie niezwalczalną, co fizyczna niezdolność matki. Z jakichkolwiek tedy przyczyn matka nie może sama własną piersią wykarmić niemowlęcia, nastręcza się jako konieczność żywienie mieszane lub sztuczne.

Jak smutne były wyniki tego sposobu żywienia, jest rzeczą aż nadto dobrze znaną. Statystyki wszystkich krajów stwierdzają olbrzymią śmiertelność niemowląt sztucznie karmionych w pierwszym roku życia; wszystkie również zaznaczają ogromny odsetek chorób przewodu pokarmowego jako przyczynę śmierci. Dodajmy, że statystyka śmiertelności dzieci w pierwszym roku życia nie wyczerpuje do dna całej tej smutnej kwestyi. Ileż sztucznie karmionych niemowląt po to tylko uchodzi śmierci w pierwszym roku życia, aby znaleźć ją w następnych latach z powodu przewlekłej wyniszczającej choroby! ileż z tych, które zostaną przy życiu, zachowują na zawsze ciężkie tych chorób następstwa!

Nasuwa się pytanie: czy rozpaczliwy ten stan rzeczy jest beznadziejny? czy niema sposobu ocalenia tych tysięcy istot, które, posiadając wszelkie warunki do życia, giną jedynie dla braku odpowiedniego pokarmu?

Ażeby znaleźć odpowiedź na te pytania, musimy uprzytomnić sobie wszystkie czynniki, działające przy sztucznem karmieniu szkodliwie na ustrój niemowlęcia i warunki, różniące ten sposób żywienia od karmienia piersią matki. Dziecko, żywione sztucznie, otrzymuje jako pokarm mleko obcego zwierzęcia. Mleko to, nieprzeznaczone przez naturę dla jego ustroju, jest z powodu swoich odmiennych własności chemicznych i biologicznych trudniejsze do strawienia i przyswojenia, niż mleko kobiece. To jest jedyna różnica zasadnicza. Obok niej występuje jednakże cały szereg czynników ubocznych, a odgrywających tutaj niezmiernie ważną rolę. I tak:

Dziecko karmione piersią dostaje pokarm pełny, zawierający wszystkie istoty pożywne mleka; — dziecko żywione sztucznie otrzymuje bardzo często mleko fałszowane, nieraz pozbawione w zupełności swoich najcenniejszych składników.

Dziecko karmione piersią dostaje pokarm w stanie zupełnie świeżym, chemicznie czysty, jałowy; — dziecko żywione sztucznie otrzymuje zwykle mleko mniej lub więcej zmienione, bardzo często zanieczyszczone substancyami chemicznemi, mającemi na celu dłuższe przechowywanie, zawierające wreszcie mniej lub więcej liczne drobnoustroje i ich toksyny.

Dziecko karmione piersią otrzymuje mleko jako pokarm wyłączny; — dziecko żywione sztucznie w znacznej większości przypadków dostaje obok mleka również inne substancye, przeważnie roślinne, bądź osobno, bądź też jako domieszkę do mleka.

Przy karmieniu naturalnem wreszcie sama natura reguluje do pewnego stopnia ilość pokarmu i czas karmienia; — przy żywieniu sztucznem ilości te pozostają zupełnie dowolne.

Oto warunki, towarzyszące w praktyce niemal stale żywieniu sztucznemu. Jak ważnem jest ich znaczenie dla zdrowia dziecka, o tem przekonywa codzienne doświadczenie. Jako przykład wystarczy przytoczyć ogromny wzrost śmiertelności niemowlęcej w miesiącach letnich, w czasie których mleko szybciej ulega zepsuciu.

Nie ulega zatem wątpliwości, że nie sam fakt karmienia dziecka mlekiem obcego zwierzęcia jest przyczyną tak opłakanych następstw żywienia sztucznego. Doświadczenie z życia zwierząt poucza, że młode jednego gatunku mogą się wychować przy piersi zwierzęcia innego gatunku. Głównym czynnikiem przyczynowym chorób i tej tak olbrzymiej śmiertelności sztucznie żywionych niemowląt są owe wyżej wymienione czynniki uboczne, jednem słowem warunki, w jakich sztuczne żywienie zazwyczaj się odbywa.

Warunki te, jakkolwiek zwykle towarzyszą sztucznemu sposobowi żywienia, nie są jednakże od niego nieodłączalne. Gdyby było w naszej mocy zmienić je na lepsze, gdybyśmy mogli usunąć wszystkie szkodliwie działające czynniki uboczne, naówczas sztuczne żywienie niemowląt, jakkolwiek

zawsze od naturalnego o wiele niższe, przestałoby być tą plagą, pochłaniającą zdrowie i życie tak licznych ofiar.

Rzecz prosta, że poprawa stosunków, których ostateczne przyczyny tkwią tak bardzo głęboko, bo w ubóstwie i w braku oświaty, nie jest rzeczą łatwą i że wymaga ona pracy długiej i bardzo umiejętnie zorganizowanej. Krajem, w którym praca ta została najdawniej podjęta, a organizacya najwcześniej stworzona, jest Francya. W kraju tym wskutek niedostatecznego przyrostu ludności i grożącego wyludnienia życie każdego niemowlęcia stało się dobrem niezmiernie cennem; dlatego też od szeregu lat najdzielniejsi badacze francuscy pracują nad odkryciem przyczyn śmiertelności niemowląt i nad sposobami jej zwalczania. We Francyi najwcześniej postawioną została i wprowadzoną w czyn zasada, że niemowlę winno być przedmiotem opieki i ochrony ze strony społeczeństwa i państwa; tutaj powstaje szereg urządzeń i instytucyi, jedynie dla ochrony tej przeznaczonych; we Francyi wreszcie, jeżeli nie zdołano dotąd rozwiązać w praktyce wszystkich wyżej przedstawionych kwestyi, to w każdym razie znaleziono i wskazano drogi, na których rozwiązania ich szukać i spodziewać się należy.

Korzystając z kilkumiesięcznego pobytu w Paryżu, starałem się jaknajdokładniej zapoznać z całym tym ruchem, prowadzonym pod tak popularnem dziś we Francyi hasłem „walki ze śmiertelnością niemowląt“, a który w nauce francuskiej zyskał sobie już odrębną nazwę „puericulture“. Dzięki uprzejmości lekarzy francuskich mogłem przypatrzeć się z bliska całej tamtejszej organizacyi i usłyszeć z ust głównych jej twórców i kierowników wiele cennych uwag i wskazówek. Usiłowaniem mojem będzie przedstawić obraz głównych prądów i kierunków tego ruchu, ścierających się we współczesnej nauce francuskiej; nie mogąc zaś w ramach tego odczytu wyczerpać wszystkich urządzeń, poświęconych ochronie wieku niemowlęcego, chciałbym przedewszystkiem uwzględnić te, które dałyby się zastosować u nas z jaknajwiększym pożytkiem, a których zorganizowanie nie przekracza bynajmniej środków materyalnych naszego społeczeństwa.

Akcya społeczna, która rozwinęła się tak niezwykle silnie we Francyi pod hasłem „walki ze śmiertelnością niemowląt“, jest dziełem ostatnich lat kilkunastu. Wprawdzie początków tego ruchu, którego inicyatorami i głównymi szermierzami są przedewszystkiem lekarze francuscy, należy szukać znacznie dawniej (że tylko wspomnę o twórcy pierwszych żłobków Firminie Marbeau i o słynnem prawie Roussela[1]), jednakże dopiero w ciągu lat ostatnich przybrał on charakter rzeczywistej walki, prowadzonej wytrwale, umiejętnie — i, co najważniejsza, skutecznie na wszystkich dostępnych polach. Akcya, podjęta początkowo dzięki poczatkowaniu i usiłowaniom prywatnym, przedostaje się stopniowo do instytucyi publicznych, zyskuje poparcie najwyższych sfer urzędowych, staje się przedmiotem obrad w parlamencie i obejmuje coraz szersze warstwy społeczne. Przyczyny tego nagłego zainteresowania się społeczeństwa wiekiem niemowlęcym są różnorodnej natury: jedna o charakterze bardziej miejscowym, to, jak wspomniałem, niedostateczny przyrost ludności francuskiej, o którym w ostatnich latach we Francyi tak wiele mówiono i pisano; drugą ogólniejszą przyczynę stanowią niewątpliwie nowe kierunki, przeważające w ostatnich latach w całej nauce medycyny, która nie zadawalnia się dzisiaj samem leczeniem już rozwiniętych chorób, lecz stara się odkryć ich przyczyny i zapobiedz im u samego źródła i która, nie ograniczając swojej działalności do jednostek, rozszerza ją na całe warstwy społeczne. Dzięki współczesnym zdobyczom bakteryologii ochrona wieku niemowlęcego, która należała przedtem raczej do zakresu filantropii, zyskuje ścisłe podstawy naukowe i coraz jaśniej określa i uświadamia sobie cele, do których dąży i środki, którymi rozporządza.

[1]) Prawo to, wprowadzone w życie w r. 1874, stawia pod bezpośrednią opieką i kontrolą władz państwowych każde dziecko niżej 2 lat, umieszczone za wynagrodzeniem w rękach osoby obcej, poza domem rodzicielskim.

Walka podjęta przeciwko śmiertelności niemowląt streszcza się z natury rzeczy przedewszystkiem i prawie wyłącznie w zwalczaniu chorób przewodu pokarmowego. Statystyki francuskie wykazują, że te ostatnie zależnie od czasu i miejsca w 38—75% przypadków stanowią przyczynę śmierci niemowląt w pierwszym roku życia. Najczęstsza ta przyczyna śmiertelności niemowląt jest równocześnie najdostępniejszą do zwalczania: w każdym poszczególnym przypadku śmierci niemowlęcia z powodu chorób przewodu pokarmowego możemy prawie z pewnością orzec, że przy zachowaniu odpowiednich warunków zdrowie i życie dziecka mogło być uratowane. „Ze 150.000 niemowląt, ginących corocznie we Francyi“, — powiada zasłużony filantrop francuski senator Paweł Strauss — „conajmniej 80.000, stawiając najniepomyślniejszą hipotezę, mogą i powinny być uratowane“.

Ponieważ najważniejszą i prawie jedyną przyczyną chorób przewodu pokarmowego stanowi żywienie sztuczne, a raczej, jak to zaznaczyłem na wstępie, sposób, w jaki żywienie to zazwyczaj się odbywa, nastręczają się przeto dwie drogi działania: powrót do żywienia naturalnego, lub też zasadnicza poprawa dzisiejszych warunków żywienia sztucznego. Popieranie karmienia piersią należy raczej do zakresu filantropii lub działalności społecznej i da się osiągnąć jedynie przez stworzenie stosunków, w których matka będzie mogła poświęcić się wyżywieniu własnego dziecka. Usiłowań w tym kierunku we Francyi nie brak; na razie jednakże przyczyny upadku naturalnego karmienia tkwią tak głęboko w dzisiejszym ustroju życia społecznego, że trudno się łudzić, aby zachętą lub nawet drobną pomocą materyalną można było wiele w tym kierunku osiągnąć. W każdym razie nawet połowicze pod tym względem osiągnięte wyniki mają swoje znaczenie: im później dziecko przejdzie na żywienie mieszane lub sztuczne, tem mniejsze grozi mu z tej strony niebezpieczeństwo.

O ile pod tym względem zmuszeni jesteśmy mniejwięcej bezsilnie godzić się z istniejącymi faktami, o tyle w drugim kierunku przedstawia się ogromnie szerokie pole działania. Tu też z natury rzeczy przenosi się stopniowo punkt ciężkości całej akcyi: kwestya poprawy warunków żywienia mieszanego i sztucznego staje się głównym terenem walki ze śmiertelnością niemowląt. Walka ta z chwilą ścieśnienia i sformułowania swojego zakresu ogromnie zyskuje na intenzywności, kończy się okres prób, doświadczania i szukania, a powstaje typ organizacyi skończony, odpowiadający w zupełności swojemu celowi.

Gdy mowa o sztucznem i mieszanem żywieniu niemowląt, przedewszystkiem wysuwa się na pierwszy plan kwestya mleka. Smutnym, lecz prawdziwym jest faktem, że z pomiędzy wszystkich produktów żywności, ten, który służyć ma jako jedyny pokarm dla niemowlęcia, ten właśnie stanowi przedmiot najbardziej niegodziwych i oszukańczych manipulacyi. Fałszowanie mleka w większych zwłaszcza miastach dochodzi do zastraszających rozmiarów; to zaś, co do rąk najuboższej ludności pod nazwą mleka się dostaje, oprócz barwy i nazwy, już nie wiele ma z mlekiem wspólnego. Nie będę wyliczał tutaj wszystkich sposobów, praktykowanych przez handlarzy bądź to w celu oszukania na ilości mleka lub na zawartości tłuszczu, bądź też dla ułatwienia przechowywania; nie potrzebuję również uzasadniać, jak bardzo szkodliwie mleko fałszowane i zanieczyszczone najrozmaitszemi substancyami chemicznemi działa na przewód pokarmowy dziecka; pragnę zaznaczyć tylko pewien szczegół, na który zwrócił niedawno uwagę jeden z pedyatrów francuskich. Opisuje on mianowicie przypadek, w którym dziecko żywione sztucznie zostało doprowadzone niemal do głodowej śmierci przez rodziców, wypełniających ściśle przepisy lekarza co do stopnia rozcieńczania mleka. Przepisy te były zupełnie racyonalne, lecz lekarz nie wziął w rachubę i nie mógł przewidzieć stopnia rozcieńczenia, któremu już uległo mleko, zanim do rąk kupującego się dostało tak, iż dziecko otrzymywało prawie czystą wodę, lekko zabarwioną mlekiem. I rzecz prosta, że wszystkie przepisy i zlecenia lekarza w tym kierunku będą złudne dopóty, dopóki nie będzie on pewnym mleka, z którem ma w danym razie do czynienia. Przeciwko fałszowaniu mleka przez przekupniów prowadzoną jest od lat kilku przez lekarzy francuskich bardzo energiczna akcya; przedmiot ten stał się przedmiotem obrad w parlamencie francuskim, gdzie w marcu 1904 r. sformułowanym został projekt bardzo ścisłego i surowego prawa w tym kierunku. Jako przykład, jak żywo sprawa ta jest braną przez lekarzy do serca, mogą posłużyć słowa, wyjęte z popularnej książki jednego z pedyatrów francuskich, który twierdzi, iż „fałszerze mleka dla niemowląt powinni być karani nie jak za przestępstwo, lecz za zbrodnię morderstwa, połączonego z kradzieżą, i to bez uwzględnienia okoliczności łagodzących, gdyż nie mają do nich najmniejszego prawa“, czyli, krótko mówiąc, skazuje na gilotynę wszystkich handlujących mlekiem w Paryżu. Są jednakże rzeczy, w które litera prawa z trudnością może wniknąć z dostateczną ścisłością i energią i tu pozostaje otwarte pole dla inicyatywy prywatnej. Dopóki mleko, przeznaczone dla niemowląt, będzie przedmiotem handlu, prowadzonego dla zysku, dopóty dziecko będzie narażone z tej strony na jaknajwiększe niebezpieczeństwa; jedynym pewnym i skutecznym środkiem zaradczym jest dostarczenie matkom mleka z pierwszej ręki z wykluczeniem wszelkiego kupieckiego pośrednictwa.

W dalszym ciągu tego odczytu będę miał sposobność omówić organizacyę, zapomocą której sprawa ta została rozwiązaną w Paryżu; obecnie przechodzę do dalszych warunków, jakie winno mieć mleko przeznaczone do karmienia niemowląt.

Przez wykluczenie pośrednictwa kupieckiego można w sposób względnie prosty osiągnąć bezwarunkową chemiczną czystość mleka; z kolei nasuwa się pytanie nieco bardziej zawiłe i będące dotąd przedmiotem wielu rozpraw, mianowicie sprawa czystości mleka pod względem bakteryologicznym. Ogólnie w domowym użytku przyjętym jest zwyczaj wyjaławiania mleka przez mniej lub więcej długie gotowanie lub ogrzewanie do 100° w łaźni wodnej. Postępowanie to nie zawsze trafia do celu. Jeżeli od czasu podoju do czasu gotowania mleka upłynęła dość duża chwila, jeżeli zwłaszcza dojenie nie odbywało się zbyt czysto, to przez ten czas może się w mleku rozmnożyć ogromna ilość bakteryi. Wprawdzie bakterye te ulegną przez gotowanie mleka zabiciu, lecz ogrzewanie to nie ma żadnego wpływu na zmiany chemiczne, jakie bakterye te już zdołały w mleku wywołać, ani też na wytworzone przez bakterye toksyny, mogące same przez się spowodować poważne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Doświadczenia, jakie Jemma i Figari wykonali na zwierzętach, wykazały prócz tego, że wprowadzenie do przewodu pokarmowego znacznej ilości zabitych bakteryi również nie jest dla ustroju obojętne. Z drugiej strony kilku lub kilkunastominutowe gotowanie nie zabija zarodników wielu bakteryi, powodujących kiśnienie mleka, zatem od czasu gotowania do chwili spożycia mleka może się — przy sprzyjającej ciepłocie — na nowo rozwinąć znaczna ilość bakteryi. Bakterye te nie są wprawdzie chorobotwórcze, lecz obecność ich w znacznej ilości powoduje w mleku zmiany chemiczne i może wywrzeć bardzo ujemny wpływ na strawność mleka, które wówczas ścina się w żołądku, zanim zostanie strawione. Oczywiście wszystkie te ujemne strony wyjaławiania mleka domowym sposobem przedstawiają znacznie większe niebezpieczeństwo w miesiącach letnich, czego dowodem ilość schorzeń przewodu pokarmowego u dzieci, tak ogromnie przeważająca w tej porze roku. Ażeby zatem wyjałowienie mleka sposobami domowymi osiągnęło cel zamierzony, musiałyby być zachowane następujące warunki:

1. Dojenie winno odbywać się o ile można jaknajczyściej.

2. Wyjałowienie musi nastąpić w jaknajkrótszym czasie po wydojeniu mleka.

3. Mleko winno być spożyte w niedługim czasie po uskutecznieniu wyjałowienia.

4. Tak przed, jak i po dokonaniu wyjałowienia mleko winno być przechowywane w nizkiej ciepłocie.

Warunki te, zwłaszcza wśród uboższych warstw ludności, nie są prawie nigdy ściśle przestrzegane; dlatego też, pomimo że wyjaławianie mleka przez gotowanie powszechnie jest przyjęte, wyniki jego, zwłaszcza w miesiącach letnich, wiele zostawiają do życzenia. Ażeby zatem uchronić niemowlę przed wszystkiemi niebezpieczeństwami, połączonemi z podawaniem mleka zwierzęcego, nie wystarcza zapewnić mu mleko bezwarunkowo czyste, zawierające potrzebną ilość pożywnych składników. Mleko to koniecznie musi być dostarczone w stanie jałowym, a wyjałowienie powinno być uskutecznione w jaknajkrótszym czasie po wydojeniu mleka.

Jednakże dostarczenie czystego, pewnego i jałowego mleka jestto dopiero połowa zadania. O ile wykarmienie dziecka przy piersi jest rzeczą stosunkowo prostą i łatwą, o tyle odchowanie niemowlęcia przy sztucznym sposobie żywienia jest sprawą niezmiernie subtelną, wymagającą bardzo ostrożnego i umiejętnego postępowania. Warunków tych nie

znajdzie dziecko, zdane wyłącznie na opiekę rodziców, gdyż, przypuściwszy nawet najlepszą wolę z ich strony, nie możemy żądać od nich umiejętności w sprawie, stanowiącej jeden z trudniejszych szczegółów sztuki lekarskiej. Nie zaradzi również dostatecznie złemu uprzystępnienie bezpłatnej porady lekarskiej, gdyż dziecko dostaje się w tym razie do rąk lekarza już po fakcie dokonanym, po wybuchu choroby, lub nawet po pewnym czasie jej trwania. W najlepszym razie uda się lekarzowi chorobę zażegnać, jednakże po pewnym czasie też same błędy staną się powodem nawrotu lub nowej choroby dziecka. Każdemu lekarzowi wiadomo, ile w sprawie żywienia i odchowania niemowląt panuje pomiędzy matkami zastarzałych przesądów i odwiecznych zwyczajów, które są równie szkodliwe i zgubne dla dziecka, jak trudne do wykorzenienia. Samo to jedno przekonanie matek, że dziecko, jeżeli krzyczy, to znaczy, że jest głodne i że należy je nakarmić, pochłania może tyleż ofiar, co niejedna nagminna choroba zakaźna. Cóż dopiero mówić o niedostatecznem przestrzeganiu czystości smoczków, o przeróżnych domieszkach i odwarach roślinnych, używanych do rozcieńczania mleka, wreszcie o najróżnorodniejszych środkach żywności, podawanych niemowlęciu, nieraz począwszy od pierwszych tygodni. Na to wszystko nie pomogą ani popularne broszury, zwykle najmniej czytane przez tych, dla których są właśnie przeznaczone, ani — jak to ma miejsce w Paryżu — rozdawanie przez urzędy gminne krótkiego zarysu higieny niemowlęcia każdej matce, zgłaszającej urodzenie dziecka, ani rozlepiane na ulicach podczas letnich miesięcy afisze z przepisami higieny. Jedynym sposobem rozwiązania tej sprawy jest, aby każde dziecko, żywione sposobem mieszanym lub sztucznym, pozostawało wraz z matką pod ciągłym i stałym nadzorem i kontrolą zawodowego lekarza. Z dzieckiem takiem należy postępować podobnie, jak z ozdrowieńcem, u którego każda nieostrożność może stać się powodem wybuchu niebezpiecznej lub śmiertelnej choroby.

(Dok. nast.)

II. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Studyum bolu fizycznego.

Skreślił

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Droga nerwowa przebiega od obwodu po dośrodkowych włóknach czuciowych. Po nich dochodzi do komórki zwoju międzykręgowego, która, jak wiadomo, ma wypustki rozgałęziające się w kształcie litery T. Z komórki zwoju międzykręgowego drugiem ramieniem wypustki zdąża do rdzenia przez korzonki tylne. Wszedłszy do rdzenia, dzieli się na gałąź wstępującą i zstępującą, z których każda oddaje wypustki poboczne (kollateralne). Dla nas główny interes przedstawia włókno wstępujące. Cały szereg tych włókien, wchodzących do rdzenia jednym korzonkiem, podzielić sobie możemy na dwie kategorye. Jedne z tych włókien po krótkim przebiegu w górę kończą się, drugie zaś mają przebieg znacznie dłuższy, gdyż dają się wykazać jeszcze w dolnej części rdzenia pacierzowego. Pierwsze z tych włókien stanowią drogą czuciową krótką, drugie długą. Końce drogi długiej czuciowej oplatają komórki w jądrach Golla i Burdacha. W ten sposób podrażnienie udziela się komórkom tych jąder. Cała droga od powierzchni czuciowej aż do jąder Golla i Burdacha jest, jak widzimy, utworzona przez jedną tylko komórkę, t. j. komórkę zwoju międzykręgowego i jej wypustki. Ta komórka stanowi nam pierwszorzędny neuron czuciowy. Włókna nerwowe komórek Golla i Burdacha zdążają w dalszym ciągu ku korze mózgowej. W przebiegu swym na dnie komory czwartej krzyżują się one z linią środkową ciała. Po włóknach tej drogi dochodzi podrażnienie do kory mózgowej, a w niej do świadomości. W tej drodze przenoszenia się wrażeń czuciowych do kory biorą udział tylko włókna czuciowych długich dróg rdzenia.

Powiedzieliśmy jednak powyżej, że prócz dróg długich mamy jeszcze cały szereg włókien, stanowiących drogę czuciową krótką. Wiemy dzięki doświadczeniom Münzera i Bikelesa, że drogom tym krótkim przypada ważna rola w przenoszeniu czucia bolu. Każde z włókien dróg czuciowych krótkich oddaje szereg wypustek pobocznych, a te rozgałęziają się koło komórek istoty szarej rdzenia. Przez te komórki czucie bolu przenosić się musi w dalszym ciągu ku korze mózgowej. Te drogi czuciowe, wychodzące z komórek rdzenia, biegną w sznurach bocznych. Podrażnienie, o ile się zdaje, musi przechodzić przy drogach czuciowych krótkich przez móżdżek (przez drogę Gowersa). Włókienka poboczne dróg czuciowych, tak krótkich jak i długich, rozgałęziają się częściowo i koło komórek ruchowych, leżących w rogach przednich rdzenia. Tą drogą, bez udziału kory mózgowej, mogą dochodzić do skutku ruchy odruchowe. (Jest to tak zwany krótki łuk odruchowy).

Układ nerwowy ośrodkowy posiada kilka cech, jemu właściwych. Zwrócimy tu głównie uwagę na substancyę szarą. Pierwszą cechą substancyi szarej jest pobudliwość, t. j. zdolność oddziaływania stanem czynnym na podniety zewnętrzne. Stan czynny substancyi szarej posiada swoistą sobie cechę okresowości. Czynność ta nie jest ciągłą, lecz przerywaną okresami różnej długości spoczynku. Z dalszych cech wspomnieć należy o zdolności sumowania podniet, co znowu jest przyczyną, że w układzie ośrodkowym nieraz słaba podnieta wywołuje jakby wybuch, sprawiając nieporównanie większy efekt, jakby się tego spodziewać należało. Ruch nerwowy, przechodząc przez substancyę szarą, wzrasta niepomiernie, gdyż w komórkach nerwowych spotykamy tam ogniska ciągle się gromadzącej energii potencyalnej. Jak dla każdego innego nerwu, tak i tu mamy pewien próg i kres pobudliwości. Wskutek zdolności sumowania podniet, nawet najsłabsze podrażnienia, występujące po kolei, wywołać mogą stan czynny układu ośrodkowego.

Prawidłowe oddziaływanie na stan czynny wymaga pewnego odstępu czasu między jednem podrażnieniem, a drugiem. Cóż dzieje się, gdy odstępy czasu są za krótkie?

Richet wykazał, że przy stosowaniu prądu indukcyjnego, przy pewnym odstępie cewek, jednorazowe zamknięcie nie wywołuje nawet czucia dotyku, natomiast bardzo częste może wywołać ból.

Jeżeli zważymy nadto, że w substancyi szarej prze-

noszenie podrażnienia odbywa się 12 razy wolniej (Helmholtz), niż w białej, to zrozumiemy łatwo, że w razie dostrzegania szybkich podniet z obwodu musi następować coraz większy niestosunek między czynem i odczynem. Sumowanie podniet sprawia, że i podniety najsłabsze wywołać mogą ten niestosunek.

Bardzo słabe, lecz częste wrażenia czuciowe, lub bardzo silne, wywołują ból. Zachodzi pytanie, czy zwykłe podniety dotykowe, niebolesne, mogą wywołać ból. Częściowo odpowiedź na to, wprawdzie nie w warunkach prawidłowych, znajdujemy w pięknych doświadczeniach Naunyna, który dowiódł, że zwykłe, niebolesne dotykowe podniety w wiądzie w miarę ich powtarzania, stają się bolesnemi[4]). W wiądzie rdzenia, wskutek schorzenia korzeni tylnych, spotykamy znaczne zwolnienie przenoszenia wrażeń tak, że i zwykłe dotykowe wrażenia już dla substancyi szarej są za częste, a przez to i bolesne.

Bolami, powstającymi ze sumowania drobnych podniet, są bole peryodyczne, jak bole nocne, zapalne, przymiotowe (*dolores osteocopi*), bole przy ucisku nerwów, a w końcu bole porodowe.

Szanow. koledze Dr. Bochenkowi składam w tem miejscu serdeczne podziękowanie za łaskawie udzielone mi wskazówki.

Nie każdy ból jest jednakim Innym jest ból zapalny, innym kolka wątrobowa, innym ból w migrenie. Chcąc stworzyć sobie pewien podział w różnych gatunkach bolów, musimy to uczynić, analizując ból pod względem jego cech podmiotowych i przedmiotowych.

W drobnostki i cechy indywidualne wchodzić nie możemy, bo otrzymalibyśmy mnóstwo rodzajów bolu. Hahnemann przyjmuje aż 73 różnych rodzajów bolu. Georget zna ich tylko 38, Renaudin 12.

Jak wspomniałem, podział bolów przeprowadzić możemy ze stanowiska podmiotowego i przedmiotowego. Podział podmiotowy o tyle jest niedokładny, że polega na określeniach bolu przez pacyentów, czyli na określeniu tak zwanego pojęcia i poczucia bolu. Określenia podmiotowe bolu są bardzo niedokładne, zależą one bowiem od takich czynników, jak:

1. pobudliwość i wytrzymałość układu nerwowego osobnika;
2. natężenie, częstość i jakość podniety;
3. inteligencya osobnika;
4. stan zdrowotny osobnika;
5. rozległość obszaru, na który działa podnieta.

Różnice osobnicze w progu pobudliwości nerwów już w warunkach prawidłowych są bardzo wielkie, a i u tego samego osobnika w różnych nerwach różnice są znaczne[5]), a nawet w tym samym nerwie spotykamy wahania. Wiemy n. p. z fizyologii, że niektórzy ludzie widzą gołem okiem gwiazdy 7 wielkości, n. p. księżyce Jowisza, większość jednak spostrzega tylko gwiazdy 5 wielkości. Muzycy według Helmholtza oceniają różnice w tonach, mające się do siebie jak 1000 : 1001. Smakosze oceniają najdelikatniejsze różnice w bukiecie i smaku wina; ślepi mają dotyk znakomicie wyrobiony. Są ludzie, którzy mogą spokojnie patrzeć w słońce; są tacy, co zapachu amoniaku nie uważają za ostry. Różnice te są częściowo wrodzone, częściowo nabyte kształceniem układu nerwowego. Pobudliwość nerwów ulega ciągłym wahaniom; nic więc dziwnego, że nietylko różni ludzie różnie ból oceniają, ale i że ten sam człowiek różnie określi natężenie bolu. Z biegiem czasu ból stać się może drugą naturą człowieka, a nawet może stać się rozkoszą, jak tego mamy liczne dowody w rozmaitych zboczeniach płciowych.

Ta różna pobudliwość różnych nerwów objawia się typowo tem, że pewne czynniki mogą podnosić, inne natomiast obniżać pobudliwość specyalnej tylko grupy nerwów.

Wogóle pobudliwość nerwową podnoszą: mierne ciepło, słabe prądy elektryczne (zwłaszcza galwaniczne wstępujące), alkohol w małych dawkach, kawa, herbata i t. d.

Zmniejszają: wyższa ciepłota, zimno, silne prądy (zstępujące galwaniczne), alkohol w dużych dawkach, chinina, przetwory makowcowe, chloral i inne leki kojące.

Pobudliwość więc zależy od wielkiej liczby czynników i co dla jednego jest bolesnem, drugiemu nawet przykrości nie sprawia[6]).

Częstość, jakość, rozległość obszaru zadziałania i natężenie podniety mają też znaczny wpływ na poczucie bolu. Naunyn spostrzegał w jednym przypadku wiądu rdzenia, że drażnienia skóry na nodze zapomocą włosa, nie przekraczające progu świadomości, zostawały odczutemi w 6—20 sekund. Jeżeli jednak drażnienia te były powtarzane 60—600 razy na sekundę, wtenczas występował już ból. Ból jest tem silniejszy, im podrażnienie obejmie większy obszar ciała, chociażby podnieta stosunkowo była nawet mniejszą. Palec włożony do wody, mającej około 50° stopni, doznaje uczucia silnego gorąca; zanurzona ręka odczuwa w tych samych warunkach już ból[7]). Każdy woli jedno, nawet bardzo silne wrażenie bolesne, niż słabsze, lecz występujące często. Na określenie bolu wpływa niepomiernie narząd, w którym ból powstaje. Bole w stawach i samych nerwach bywają określane zwykle jako strzykające, w zębach świdrujące, na błonach śluzowych — palące, na skórze — piekące, w kościach — drące, łamiące. Bole zapalne określa się jako pukające, gośćcowe jako głuche i t. d. Nazw tych mamy mnóstwo; zachodzi pytanie, skąd one pochodzą?

Czucie bolu, jak powiedzieliśmy wyżej, składa się z dwóch części: z wrażenia przedmiotowego i uczucia pod-

[4]) Naunyn wywoływał ból przez wielokrotne rytmiczne dotykanie skóry pędzelkiem, końcem igły, główką od szpilki i t. d. Po 3—45 sekundach uczuwali chorzy ból, który się szybko nasilał, by ustać mimo dalszego trwania podniety. Po pewnej pauzie występował na nowo. Stosunek przerw do podniety był taki, że w miarę szybkości dotykania i przerwy stawały się dłuższemi.

[5]) Donders wykazał, że stosunkowo pobudliwość nerwu ocznego jest większą od słuchowego, a tegoż znów większą od czuciowego. Stosunek przedstawia się jak 7 : 6 : 5. Badania te potwierdził w zupełności Exner.

[6]) Collier przytacza dowód małej wrażliwości na ból u dzikich. Po przywiezieniu na Nową Zelandyę obuwia, próżność tubylców zaostrzyła się do tego stopnia, że dobijano się przemocą o buty. Gdy kto dorwał się jakiej pary, to przemocą wbijał je na nogę. Gdy but był za mały, natenczas odcinano sobie 1 lub i kilka palców, krwotok tamowano konopiami i wtłaczano but na nogę.

[7]) Zniesienie czucia bolu, czyli „analgesia“, łączy się często z niewrażliwością na ciepło; natomiast zniesienie czucia (anaesthesia) idzie często w parze z nieczułością na zimno.

miotowego. Jeżeli wrażenie przedmiotowe przeważa, wtenczas chory od niego nadaje bolowi nazwę, n. p. w bolu kurczowym, gdzie ból występuje równocześnie z kurczeniem się mięśni. W przypadkach zaś bolu, przedmiotowo nie określonego chory stara się na mocy doświadczenia wyrazić drogą porównania wrażenie bolesne, którego doznaje. Ból n. p., występujący w kilku miejscach równocześnie, łączą chorzy w wyobraźni najkrótszemi liniami idealnemi i stąd powstaje określenie bolu przeszywającego na wylot. Podobnie dużo miejsc bolesnych na czaszce robi wrażenie czepca; na nodze ucisku buta; na brzuchu uciskania pasem; na piersi ściskania łańcuchami i t. d. Bole kostne cechuje uczucie darcia i łamania, gdyż pacyent łączy tu znów doznawane wrażenie z wyobrażeniem, jakieby powstać musiało przy urazie kości od zewnątrz. Ból umiejscowiony ściśle w jednym punkcie zowie pacyent kłującym; więcej rozlany palącym; idący wzdłuż nerwu — latającym i t. d.

Abstrahując od określeń podmiotowych, o wiele lepszym podziałem, gdyż traktującym istotę rzeczy, a nie jej objawy jest podział Goldscheidera i Beaunixa.

Goldscheider dzieli bole na:

1. prawdziwe (podrażnienia mechaniczne, chemiczne, ciepłotne, zapalne, trucizniane);

2. pośrednie (rzekome w przypadkach schorzeń narządów ogólnych, n. p. bole głowy, pochodzące z żołądka);

3. duchowe (nerwice, histerya, hipochondria, poddawanie).

Beaunix rozróżnia również trzy kategorye:

1. bole wskutek niedostatecznego działania ośrodków;

2. bole wskutek nadmiernego działania ośrodków;

3. bole wskutek ustania działania ośrodków.

Podziały te podają nam choć w ogólnych zarysach szemat, do którego wszystkie kategorye bolów odnieść możemy.

Erb łączy w końcu uczucia podmiotowe z przedmiotowemi i dzieli bole na:

1. pomieszane ze zmysłowemi wrażeniami, n. p. ból piekący;

2. bole według umiejscowienia i rozszerzenia, n. p. ból kłujący;

3. bole wskutek zmiany w podniecie, n. p. ból pukający i kurczowy.

Ze względu na czas trwania możemy sobie podzielić bole na ciągłe i chwilowe. Bole ciągłe mogą się nasilać i zwalniać. Bole chwilowe występują w równych odstępach czasu (peryodyczne), lub też w nieregularnych. Bole przerywane spotykamy:

I. Jako bole, występujące równocześnie z tętnem, szczególnie w zapaleniach. Bole te pochodzą ze wzmożonego ucisku zakończeń nerwowych przez wysięk przy skurczu serca.

II. Bole przerywane (mimo ciągłej podniety) wskutek znużenia układu nerwowego i odwrócenia uwagi.

III. Bole przerywane w dużych odstępach czasu (rwa, ucisk na nerw). Napady bolu występują tutaj nieraz bez widocznej przyczyny w okresowych lub nieokresowych odstępach czasu. Ból chwilowy może powstawać i znikać powoli, lub też nagle. (C. d. n.)

III. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

Podał

Dr. W. Chlumský,

Docent chirurgii i ortopedyi Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

C) O mięsieniu w chorobach rdzenia pacierzowego.

W zakres leczenia mięsieniem wchodzą także niektóre cierpienia rdzenia pacierzowego. Na pierwszem miejscu wymienić tu należy: *poliomyelitis anterior*, *paralysis essentialis infantum* (porażenie rdzenia u dzieci). Pod niejednym względem choroby te podobne są do wymienionej już *polyencephalitis* i leczenie ich jest prawie takie samo. Zwykle już wkrótce po napadzie rozpoczynamy mięsienie, a później elektryzowanie. Często leczenie to sprowadza zupełne ustąpienie porażenia; w przypadkach bardzo ciężkich i upartych przychodzi nieraz stosować mięsienie przez całe lata, a nie mniej jak rok. W pewnym przypadku, w którym sama matka wykonywala mięsienie chorego dziecka, widzieliśmy znaczną poprawę w cztery lata po napadzie. W nowszych czasach ortopedya operacyjna osiągnęła niemałe zdobycze. Według naszego jednak doświadczenia nie należy przedsiębrać zabiegów operacyjnych przed upływem dwóch lat. Wystarczy, jeżeli staramy się mięsieniem i odpowiednimi przyrządami zapobiedz przypuszczalnemu pogorszeniu, a zwłaszcza powstaniu przykurczeń. W przeciągu czasu tego może niejedno uledz dobrowolnemu polepszeniu i to w stopniu wyższym, niżby to operacya zdziałać mogła.

Podobnie też leczymy chorobę, często opisywaną w ostatnich czasach pod nazwą „choroby Littlea“, która występuje zwykle jako wrodzona, a objawia się kurczowemi porażeniami mięśni. Stosownem mięsieniem (głównie klepaniem), ćwiczeniami gimnastycznemi i o ile zachodzi potrzeba, zabiegami ortopedycznemi możemy w cierpieniu tem osiągnąć zadziwiająco dobre wyniki.

W dalszym ciągu stosujemy mięsienie w wiądzie; oczywiście mięsienie jest tylko środkiem dopomagającym innym metodom, a zwłaszcza gimnastyce. W przypadkach wiądu mięsimy całe ciało zgodnie z zasadami ogólnemi mięsienia. Czas jednego mięsienia nie powinien być zbyt długi (nie dłuższy nad pół godziny); dłuższe bowiem mięsienie zbyt męczy i osłabia chorego. Opis całokształtu leczenia wiądu rdzenia pomijamy, mięsienie bowiem jest tutaj tylko środkiem pomocniczym.

Mięsienie w nerwicach o niejasnej podstawie anatomicznej.

Dobre wyniki mieliśmy w jednym przypadku *paralysis agitans* po zastosowaniu mięsienia i prądu galwanicznego. Drżenie kończyn zmiejszyło się znacznie i to już w przeciągu jednego miesiąca. Dobry wynik daje również mięsienie w niektórych przypadkach neurastenii i histeryi. I tu zalecamy mięsienie całego ciała, nie dłużej jednak, jak przez piętnaście do dwudziestu minut i nigdy zbyt silnie. W neurastenii możemy łagodnem mięsieniem uzyskać uspokojenie nerwów i wywołać uczucie rzeźwości w całem ciele, a przez pobudzenie przemiany materyi podnieść odżywienie i dodatnio wpłynąć na ogólny stan chorego. Co jest przyczyną korzystnego działania mięsienia w histeryi, trudno dociec; prawdopodobnie wpływa tu ten sam czynnik, co w neurastenii. Nie da się jednak zaprzeczyć, że i poddawanie w cierpieniach tych jest spółczynnikiem leczenia, podobnie, jak i w niektórych psychozach, gdzie mięsieniem możemy również uzyskać poprawę.

VI. O mięsieniu w chorobach serca i naczyń.

W czasach najnowszych coraz częściej mięsienie bywa stosowane w chorobach serca i naczyń krwionośnych. Własnem doświadczeniem nauczeni, zwracamy uwagę na korzy-

stny wpływ mięsienia w niedokrewności i błednicy u dzieci. W większości przypadków, które mieliśmy w leczeniu, chodziło o dzieci, głównie dziewczęta, wątłe, źle odżywione, z przeróżnemi skrzywieniami kręgosłupa. Mięsienie stosowaliśmy w przypadkach tych głównie ze względu na skrzywienia kręgosłupa i dlatego mięsiliśmy głównie grzbiet. Obok tego wykonywały te dzieci i ćwiczenia na odpowiednich przyrządach, oraz gimnastykę. Zwykle w krótkim już czasie następowała znaczna poprawa ogólnego stanu: zwiększało się łaknienie, nastrój psychiczny korzystnie się zmieniał i zwiększał się ciężar ciała. Dzieci, przedtem apatyczne i ciche, ożywiały się, twarzyczki ich nabierały kolorów, jednem słowem postęp był pod każdym względem widoczny. Nie mało też wpływało to leczenie i na wzrost dzieci. W przeciągu czterech do pięciu miesięcy niektórym z nich przybyło cztery do pięciu ctm. na wzroście, a odnosi się to do dzieci o nieznacznych skrzywieniach, wyrównywanie których wpływu tu nie miało. U dzieci ze skrzywieniami większemi przybytek na wzroście zależał naturalnie tak od wyrównania skrzywienia, jak i samego wzrostu, zatem był o wiele znaczniejszy.

Dobrze też wpływa mięsienie na indywidua, dotknięte miażdżycą tętnic i niektóremi wadami serca (głównie: niedomykalnością zastawek). O zupełnem naturalnie uzdrowieniu takich chorych nie może być mowy. W ciężkich jednak przypadkach, połączonych zwłaszcza z niedomogą serca, możemy nieraz mięsieniem przynieść pacyentom znaczną ulgę. Mięsimy tu najpierw brzuch, wskutek czego wtłaczamy krew do większych naczyń brzusznych, a przez to pomniejszamy pracę serca, które mniejszego już potrzebuje wysiłku dla przyjęcia ograniczonej w ten sposób ilości krwi i wpędzenia jej w krążenie ogólne. Mięsienie więc działa tu podobnie, jak stosowany dawniej upust krwi. Dalej mięsimy w przypadkach powyższych kończyny, co działa z jednej strony podobnie, jak mięsienie brzucha, z drugiej zaś strony wzmaga przemianę materyi i lepsze odżywienie ścian naczyniowych. Mięsienie winno tu być dość energiczne, a zwłaszcza nie należy zapominać o klepaniu. Dobrze jest w przypadkach lżejszych podzielić sobie mięsienie poszczególnych okolic ciała na cały szereg posiedzeń: n. p. mięsić jednego dnia kończyny, drugiego dnia tylko brzuch, trzeciego grzbiet i kończyny, dalej znów tylko kończyny i t. d. Sposób ten mniej nuży chorego, a wynik jest ten sam. W razie powstania niedomogi serca dobrze ma działać lekkie klepanie przedniej ściany, klatki piersiowej w okolicy serca, jako środek pobudzający jego energię.

Mięsienie brzucha, wykonywane od czasu do czasu, przynosi ulgę w cierpieniach krwawnicowych, naturalnie wówczas tylko, gdy sploty żył krwawicowych nie są zbyt wielkie.

Niektórzy autorowie sądzą, że ostrożnem mięsieniem można powstrzymać wzrost żylaków. W przypadkach lżejszych mięsienie ma zastąpić wszelkie bandaże i elastyczne pończochy, które raz zastosowane, czynią z chorego inwalidę aż do śmierci. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

V. Manninger: **Der Entwickelungsgang der Antiseptik und Aseptik.** (Str. 168 in 8-vo. Wrocław 1904. J. U. Korn).

Rzecz konkursowa, nagrodzona przez węgierską Akademię umiejętności. Autor postawił sobie za zadanie zebrać materyał, dotyczący przeciwgnilnego i bezgnilnego postępowania, od najdawniejszych aż do naszych czasów. Punkt wyjścia badań jego stanowią wprawdzie zapatrywania na leczenie chorób, wchodzących w zakres chirurgii Greków, Indów, Egipcyan i narodu żydowskiego; lecz załatwiwszy się względnie szybko z poglądami tych narodów, autor przechodzi do wieków średnich i daje wyraz postępowym poglądom Rhazesa, szkoły salernitańskiej, obydwóch Borgognonich, Henryka de Mondeville, Jana da Vigo, Würtza i innych, których poglądy uważa za ważne dla historyi rozwoju postępowania przeciwgnilnego. Ważnemi zaś są one z tego powodu, gdyż stanowią dowód, że już w czasach panowania dogmatyzmu w naukach lekarskich przebijała u niektórych dążność do antyseptyki. Następstwem tego było, że się powoli zaczął przygotowywać grunt do odkrycia drobnoustrojów, powstania t. zw. *„pathologia animata“*, że zaczęto wykonywać doświadczenia, odnoszące się do działania środków przeciwgnilnych i powstały nowe poglądy na patologię i istotę ropnicy. Przy stosunkowo dosyć pierwotnych sposobach badania, jakoteż z powodu bardzo wielu nowych rzeczy, wprowadzonych do celów badania przyrodniczego, naturalnem jest, że wyniki i wnioski z tych badań z początku wielokrotnie nie odpowiadały rzeczywistości. Kierunku jednak badania, raz wskazanego, badacze więcej nie opuścili. Wyniki zaś jego porównywa M. z linią falistą, na której można zaznaczyć wzniesienia i spadki, akomodujące się do wstrząśniętych już wprawdzie w swoich podstawach, lecz i tu i ówdzie przecież się jeszcze wybijających na wierzch, dawnych nauk. Wtedy przyszła w pomoc nauka Broussais'a o zapaleniu. Z błędnej teoryi wynikł błędny sposób leczenia. Rozpoczął się dla chirurgii okres stosowania na wielką skalę kataplazmów, maści i upustów krwi, a z niemi i złe następstwa dla chorych. Liczba chorób przyrannych zaczęła się tak gwałtownie powiększać, że musiano się zacząć zastanawiać nad innymi środkami leczniczymi, a błąd, w który chirurdzy z powodu teoryi Broussais'a popadli, stał się w ten sposób punktem wyjścia nowych zbawiennych badań, których szczytem są odkrycia Semmelweisa i Listera. Chyba tu nie potrzeba wspominać, że punktem kulminacyjnym dzisiejszej pracy są ci dwaj badacze i że lwia część książki poświęcona ich naukom. Pierwszy z nich, jako pierwszy wogóle na nowem polu, musiał ciężkie staczać zapasy z przeciwnikami. Jakkolwiek długi czas sam jeden stał w obronie nowych teoryi, nie dał za wygraną, aż mu los przez tragiczną śmierć broń z ręki wytrącił. Ogólnego przyjęcia swoich poglądów w położnictwie nie doczekał się Semmelweis; nastąpiło to dopiero po jego śmierci. Co jednak dla położnika było już jasnem, musiało jeszcze czekać na przyjęcie przez chirurgów. Tu przyszła w pomoc podnieta z całkiem odmiennej strony. Trzeba było bowiem dopiero nauk i badań Pasteura, odnoszących się do fermentacyi i gnicia, by Listera pobudzić do bliższego zajęcia się bakteryologią, zwrócić mu uwagę na znaczenie drobnoustrojów dla chorób przyrannych i przez to dojść do postępowania bezgnilnego.

Wskazawszy bliżej na stosunek, jaki istnieje pomiędzy postępowaniem bezgnilnem a naukami Semmelweisa i Listera, dochodzi M. ostatecznie do wniosku, że już w naukach tych dwóch szermierzy jest przeprowadzona zasada bezgnilnego postępowania i zapobiegawczej antyseptyki.

Kilka rozdziałów, poświęconych sposobom odkażania, postępowaniu przeciw- i bezgnilnemu i bogatej statystyce, zamyka piękną pracę, stanowiącą godny uznania przyczynek do dziejów chirurgii. *Dr. Lachs.*

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Dr. Haim. **Przyczynek do zapalenia otrzewnej około wyrostka robaczkowego na tle pneumokokowem.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 4, 1905). Zapalenie ostre otrzewnej, wywołane pneumokokami, oddawna jest znane. Bruns pierwszy podał dokładny obraz kliniczny tego cierpienia: po przebyciu niestale występujących objawów nieżytu oskrzelowego, zapalenia płuc lub opłucnej, występują objawy zapalenia otrzewnej.

Na początku, w okresie ostrym, mamy wysoką gorączkę, bole rozlane, wymioty i najczęściej biegunkę, — poczem przechodzi sprawa zapalna w okres przewlekły wśród umiejscowienia się bólów

w pewnem miejscu. Temu obrazowi towarzyszy prawie stale bębnica, a po pewnym czasie wykryć można wysięk wolny lub otorbiony, którego ulubionem siedliskiem jest przestrzeń między pępkiem a wzgórkiem łonowym. Przy końcu choroby występuje znaczne wychudnienie i upadek sił. — Istnieją jednak przypadki, a to przeważnie u osób starszych, gdzie obraz kliniczny zapalenia pneumokokowego otrzewnej niczem się nie różni od zapalenia innego pochodzenia i wtedy rozpoznanie natrafia na wielkie trudności.

Autor spostrzegał i operował dwa przypadki zapalenia wyrostka z następowem zajęciem otrzewnej (i to na tle pneumokoków), gdzie na podstawie wywiadów przebyłego poprzednio cierpienia płuc i znamiennego obrazu mikroskopowego krwi jeszcze przed operacyą postawił pewne rozpoznanie.

Według niego pneumokoki dostają się do otrzewnej najczęściej z przewodu pokarmowego; prócz tego także drogą naczyń krwionośnych i chłonnych, oraz wprost z opłucnej przez przeponę; zwraca jednak uwagę, że do zakażenia pneumokokowego zaliczyć należy tylko te przypadki, gdzie *diplococcus pneumoniae* występuje samoistnie, w czystej hodowli. Otóż w swych przypadkach znalazł autor w preparatach krwi wybitną leukocytozę z przeważającymi wielojądrzastymi leukocytami, a prócz tego gęstą i bogato rozwiniętą sieć włóknikową.

Jedynie na zmianie we krwi mógł autor w rozpoznaniu się upewnić, gdyż zresztą przedstawiały się oba przypadki jako ciężkie zakażenie ogólne. W odróżnieniu od zapalenia wyrostka robaczkowego, z innej przyczyny powstałego, zwraca on uwagę na często występujące bóle głowy, na kilkakrotnie przebyte przedtem zapalenia płuc, częsty brak gorączki, czego wszystkiego w zwykłem zapaleniu wyrostka robaczkowego nie zauważono. — Rokowanie — wedle niego i o ile na podstawie tylko tych dwóch przypadków wnosić można — jest b. poważne.

Nie zgadza się autor z radą Jensena, aby wtedy dopiero operacyę wykonać, kiedy się już wyraźny wysięk wytworzył, a poleca jaknajwcześniejszą operacyę. *Dr. Max Hermelin.* (Lwów).

H. Leo. **O uleczalności cukrzycy i o jej stanie utajenia.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1904). Porównywując badania różnych badaczy, dotyczące kwestyi uleczalności cukrzycy, wykazuje autor niezgodność zdań Seegena, v. Meringa, Rumpfa z jednej strony, Cantaniego, Noordena i Ewalda z drugiej; pierwsi uważają cukrzycę za chorobę nieuleczalną, drudzy sądzą wprost przeciwnie; pośrednie stanowisko zajmują Senator i Hirschfeld. Różnicę tych zapatrywań można wytłómaczyć tem, iż dotychczas nieprzeprowadzono ściślej granicy między cukrzycą prawdziwą a glikozuzyą, prócz tego nie wszyscy są zgodni co do pojęcia o wyleczeniu zupełnem cukrzycy. Autor uważa tylko takiego osobnika za stale wyleczonego, którego mocz nie zawiera cukru mimo spożywania nieograniczonych ilości węglowodanów. Kładąc nacisk na „ilość nieograniczoną“, temsamem nie zgadza się L. ani z Cantanim, ani z Noordenem, którzy uważają chorych już za wyleczonych, jeśli posiadają li tylko mierną zdolność przeróbki węglowodanów, tak, że przy nadmiernych ilościach tego rodzaju pokarmu, cukier znów się pojawia w moczu. Z tego punktu widzenia na tę sprawę zapatrując się, autor nie miał w swej praktyce dotychczas chorego, któregoby mógł uważać za zupełnie wyleczonego. — Na dowód tego twierdzenia przytacza L. przypadek ciężkiej cukrzycy (6%), tyczący się młodego człowieka i pozornie zupełnie wyleczony, gdyż podczas 3 miesięcy chory nie doznawał żadnych dolegliwości, a w moczu nie wykazano ani śladu cukru, mimo zupełnej swobody w wyborze dyety ze strony chorego; po forsownem natężeniu się jednak (w ćwierć roku później) cukrzyca znów wystąpiła. Podobne przypadki chwilowego utajenia cukrzycy nierzadko się zdarzają, a lekarz mylnie brać je może za zupełne wyleczenie. *Korm.*

H. Eichhorst. **Wskazania i metoda leczenia naparstnicą.** (*Deut. med. Woch.*, 1905, Nr. 2). Autor uważa naparstnicę za środek niezawodny we wszystkich przypadkach osłabienia mięśnia sercowego bez względu na przyczynę, jaka je wywołuje. Stosuje ją zatem w przebiegu schorzeń zastawek, osierdzia, tętnic wieńcowych, w sprawach zapalnych osierdzia i samego mięśnia, w których występują objawy osłabienia. Prócz tego uważa za stosowne podawać naparstnicę w przypadkach marskości nerek lub rozedmy płuc i przewlocznego nieżytu oskrzeli; u takich osób często spotykamy obrzęki zastoinowe obok innych objawów osłabienia mięśnia sercowego, uzasadniających leczenie naparstnicą.

Dalej stosuj eautor naparstnicę w przebiegu chorób zakaźnych, bądź to ostrych, bądź też przewlekłych, gdzie wskutek toksyn, zapadu sił, wzruszeń umysłowych i t. p. mięsień sercowy nie może podołać swemu zadaniu, przyczem się zastrzega, jakoby miał na myśli wszystkie chwilowe, lub wogóle przemijające osłabienia. W takich to przypadkach przepisywanie naparstnicy nie miałoby racyi, gdyż na jej skutek trzeba czekać przynajmniej 24 godzin; tu zatem trzeba używać kamfory, eteru, amoniaku i innych środków orzeźwiających, gdyż działają szybko, choć nie trwale. Co do wpływu, jaki wywiera naparstnica na nerwy serca, Eichhorst uważa go za bardzo wątpliwy i dlatego w zaburzeniach nerwowych serca nie poleca tego przetworu. Tak samo nie spodziewa się jego błogich skutków u chorych, których badanie serca wykazuje daleko posunięte zmiany w samym mięśniu, jak np. stłuszczenie, ale mimo to od czasu do czasu i w tych przypadkach stwierdza jego skuteczne działanie. Natomiast wcale nie wierzy w swoiste działanie naparstnicy na włóknikowe zapalenie płuc; nie używa jej też wcale w tych sprawach, chyba że jakieś wskazanie ze strony serca tego wymaga. Co się tyczy dawkowania i formy, w jakiej ją stosuje, to zwykle E. zapisuje *pulv. folior. digitalis 0·10, diuretini 1·0, sacchari 0·3 Ulp. dtd. MX S:* Zażywać 3 razy dziennie po proszku. Doświadczenia długoletnie przekonały autora, iż naparstnica w tej formie najlepiej działa, lepiej nawet niż odwar. Co do wielkości dawek, to E. stosował przeciętnie 0·3 gm. i to często w ciągu 10 dni z rzędu; przy mniejszych dawkach trzeba bowiem za długo czekać na skutek, przy większych występują nudności, wymioty, upośledzenie łaknienia i t. d. Mimo częstego podawania leku przez okres 10-dniowy nie miał ani jednego chorego, u któregoby wystąpiło działanie zbiorowe. Warto w końcu wspomnieć o doświadczeniu E., tyczącem się chorych, u których naparstnica po 24—48 godzinach żadnego nie wywarła skutku; miało to miejsce w razie nadmiernego rozkurczu (*Überdehnung*) mięśnia sercowego, lub też w przypadkach dusznicy, połączonej z sinicą; w takich to przypadkach poprzedza E. naparstnicę jakimś środkiem orzeźwiającym lub podniecającym, podaje np. kieliszek wina lub wodę z koniakiem, a z leków kamforę lub kofeinę podskórnie. *Korm.*

CHIRURGIA. Dr. H. Braun. **Technika znieczulania roczczynem kokainy i suprareniny przy wyjmowaniu zębów.** (*Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde.* Zeszyt styczniowy, 1905). Przetwory z nadnercza, spotykane w handlu w formie krystalicznej lub w roczczynie, różnią się od siebie jedynie sposobem wyrabiania. Autor używa do znieczulenia jednego zęba 0·01 kokainy, rozpuszczonej w 1—2 cm³ fizyologicznego roczczynu soli kuchennej z dodatkiem 2—3 kropel roczczynu 1‰ suprareniny. Do sporządzenia roczczynu nadają się pastylki, zawierające wymienione składniki w odpowiedniej ilości. Technika zastrzykiwania na wargowej powierzchni szczęki górnej: Po odciągnięciu wargi i policzka wkłuwa się igiełkę strzykawki w położeniu poziomem w załamek górny błony śluzowej i prowadzi się ją dalej, powyżej korzeni, między błoną śluzową a okostną. Dla siekaczy i kłów wkłuwa się igłę obok więzadełka górnego; dla dwuguzikowych i pierwszego trzonowego — powyżej korzenia 2-go siekacza: dla ostatnich dwóch trzonowych za nasadą wyrostka jarzmowego. Aby znieczulić jeden ząb zaczyna się o jeden, położony przed nim, a kończy się o jeden, będący za nim. Po zastrzyknięciu należy czekać 5 minut. Następuje znieczulenie dziąsła, okostnej, miazgi i istoty zębowej. Do wyjęcia zęba należy nadto zastrzyknąć płyn na okostnę zęba od strony językowej. Znieczulanie zębów szczęki dolnej odbywa się w sposób analogiczny: Wkłuwa się igłę poziomo w załamku dolnym i zastrzykuje się płyn między błonę śluzową, a okostnę. Na powierzchni językowej żuchwy wstrzykuje się nie w samo dziąsło, lecz na wysokości korzeni pod błonę śluzową. Kontroluje się lewym palcem wskazującym. Znieczulenie trudniejsze. Znieczulenie zębów trzonowych otrzymuje autor, — w razie niemożliwości znieczulenia miejscowego, — przez znieczulenie odpowiednich nerwów. Znieczulenie nerwu zębodołowego dolnego i językowego: wkłuwa się igłę w środku *trigonum retromolare*[1]) o jeden cm. powyżej i na zewnątrz od powierzchni żującej 3-go zęba trzonowego. Operator wyczuwa końcem igły wewnętrzną listwę kości, obok której wstrzykuje już pod błonę śluzową ½ cm. jednoprocentowego roczczynu kokainy z dodatkiem suprareniny. Następnie posuwa się igłę po kości na 1½ cm. w kierunku powierzchni żuciowej zębów dolnych, ciągle przytem wstrzykując. Znieczulone są: miazgi zębów dolnych aż do kła, lub do 2-go siekacza i dziąsło na tejże przestrzeni. Wrażliwość zupełna wraca po 1½ godzinie. Strony dodatnie tej metody zdaniem autora są następujące: pewne i pozbawione niebezpieczeństw znieczulenie miejscowe przy wyjmowaniu zębów i łatwość zastrzykiwania na szczęce górnej. Rodzaj choroby danego zęba, zapalenie okostnej w obrębie zębodołu i zapalenie dziąsła nie stanowią przeciwwskazania. Przy ropniach i torbielach na przedniej powierzchni górnej szczęki zastrzy-

[1]) Nazwa wprowadzona przez autora. Jest to wklęsła powierzchnia na wysokości 3-go zęba trzonowego, na wewnątrz od przedniego brzegu wyrostka wroniastego położona. Od wewnątrz odgranicza ją wyraźny brzeg kostny.

kuje się płyn z obu stron ropnia w sposób podany. W razie istnienia zapalenia okostnej lub ropienia, przekraczającego zębodoły szczęki dolnej, uzyskuje się znieczulenie przez centralne znieczulenie nerwów. Wielką zaletą tej metody jest możność wyjmowania wielu zębów naraz, np. usunięcie wszystkich zębów w 3 lub 4 posiedzeniach. *Dr. N. Münz.*

Dr. E. Neisser i Dr. K. Pollak. **O nakłuciu mózgu.** (*Mittel a. d. Grenzgeb.* T. XIII Z. 4 i 5). Już w r. 1856 radził Middeldorpf, aby w celach rozpoznawczych nakłuwać mózg. W kilka lat później (1869) myśl tę podniósł znów Maas, a potem Gibier, Spitzka, Sonchon, Schmidt, w ostatnich zaś latach Payr i Kocher (starszy i młodszy). Jedni z wymienionych powyżej autorów chcieli nakłuwać mózg wyłącznie w celach rozpoznawczych, inni zaś terapeutycznych. Jednakowoż powaga v. Bergmanna, a właściwie źle komentowany odpowiedni ustęp znanego dzieła jego „O chirurgii mózgu", sprawił, że nakłucie mózgu nie zdołało się rozpowszechnić. Autorowie jednak sądząc, że tą drogą można przecie w przypadkach nie dość pewnych pod względem rozpoznawczym, a takimi są niemal wszystkie przypadki chirurgicznych schorzeń mózgu, dojść do wniosków nawet bardzo ścisłych, rozpoczęli mimo wszystko posługiwać się metodą tą systematycznie i w pracy tej zdają sprawę ze swego doświadczenia, opartego na przeszło 100 rękoczynach. — Sam zabieg uprościli niemal do ostateczności. Po oczyszczeniu pola operacyjnego, bez jakiegokolwiek znieczulenia, lub co najwyżej po zamrożeniu skóry chlorkiem etylu, do nienaruszonych powłok czaszki przyciskają płaski świder ($2^1/_3$—$2^2/_3$ mm. szeroki) i przy pomocy elektromotora puszczają go w bardzo szybki ruch obrotowy (1200 r. n. m.). Po paru sekundach czaszka zostaje przewierconą. Przy pewnej wprawie łatwo uniknąć uszkodzenia opony twardej, chociaż zranienie jej zwykle pozostaje bez następstw. Aby ułatwić wprowadzenie igiełki eksploracyjnej do jamy czaszki, co niekiedy skutkiem przesunięcia się skóry mogłoby być utrudnionem, możemy po świdrze, pozostawionym na razie *in situ* wprowadzić igiełkę (o 1 mm. średnicy a 7 cm. długości) i teraz dopiero świder, wydostać. Autorowie radzą, aby wprowadzać igiełkę, zaopatrzoną w stalowy mandryn, który zapobiega zatkaniu się jej po drodze. Na igiełkę zakładają 2 gram. strzykawkę. W wyborze miejsca wkłucia kierują się autorowie oczywiście i w pierwszej linii dyagnostyką ogólną i topograficzną, bacząc jednak przy tem, aby nie uszkodzić po drodze jakiegoś większego naczynia w zewnętrznych powłokach, a następnie tętnicy oponowej wewnętrznej i jej rozgałęzień, grubych żył wewnętrznych i zatok jamistych. W głąb mózgu nie powinno się nigdy zbyt zapuszczać — co najwyżej na 4—5 cm. (licząc od powierzchni skóry). W głębszych bowiem warstwach można bez potrzeby otworzyć komory, lub zranić większe naczynie. Na dwóch schematycznych rysunkach podają autorowie punkta, w których bez obawy niepożądanych obrażeń przewiercić można czaszkę. Na podstawie 138 nakłuć, wedle zasad powyższych dokonanych na 34 chorych, twierdzą autorowie, że zabieg ten wolnym jest od jakichkolwiek niebezpieczeństw bezpośrednich, a pogorszenie, jakie w paru przypadkach po nakłuciu wystąpiło, nie mogło pozostawać w jakimkolwiek przyczynowym związku ze samym zabiegiem, jako takim. Przytoczone zaś pod koniec pracy historye chorób dowodzą, że zabieg ten w odpowiednich przypadkach może mieć nieocenioną wartość. „Przy rozpoznawaniu rodzaju i siedziby rozmaitych cierpień mózgowych, jak niemniej przy wykluczaniu cierpień, któreby ewentualnie wymagały pomocy chirurgicznej, nakłucie mózgu wyświadczyło nam ogromne usługi, wykrywając dawne wylewy krwi, hematoidynę, płyn z torbieli, płyn mózgowo-rdzeniowy, ropę, płyn surowiczo-ropiasty i tkankę nowotworową. W pewnym wreszcie szeregu przypadków przez wczesne usunięcie na drodze operacyjnej dużych wylewów krwawych, ropnia zewnątrzoponowego, dwóch bardzo małych nowotworów, w innym zaś nawet bez następowej operacyi, jedynie przez aspiracyę zawartości torbiela, krwi i krwawej surowicy, nakłucie miało wagę zabiegu ratującego życie, nie mówiąc już o kilku innych przypadkach, w których zabieg ten wywarł nader korzystny wpływ na dalszy przebieg cierpienia. Szczegółów, któreby potwierdzały powyższe słowa autorów, szukać należy w pracy oryginalnej. *Herman.*

Dr. Sauerbruch. **Zakładanie przetoki żołądkowo-przełykowej i wycinanie części piersiowej przełyku.** (*Zentralbl. f. Chir.*, 1905, *Nr. 4*). Po licznych doświadczeniach, wykonanych na zwierzętach, uważa autor zagadnienie, dotyczące operacyi przełyku, nie wyłączając jego resekcyj, za rozwiązane. Wszystkie tego rodzaju operacye wykonywa w przestrzeni zamkniętej z obniżonem ciśnieniem powietrza (10—12 Hg), przestrzegając: 1) najdokładniejszej aseptyki: 2) stosując guzik Murphyego w miejsce szwu, jakoteż 3) środki, sprowadzające szybkie zlepianie się błon surowiczych, w szczególności płyn Lugola.

1) Przetoka żołądkowa przełykowa. Po zwykłem przygotowaniu zwierzęcia przecina autor warstwowo ścianę klatki piersiowej w piątem międzyżebrzu, wprowadza w ranę ręce, rozciąga żebro i zakłada rozwieracz Mikulicza, a odsunąwszy tamponami płuco, odsłania przełyk. Tuż ponad przeponą chwyta szczypczykami przełyk, unosi go ku górze, naciągając temsamem jego część wpustową, która się przedstawia jako szary pasek 1—2 cm. szeroki, tuż ponad pierścieniem przepony. Część ta przełyku jest zarówno pokryta opłucną, jak i otrzewną. Podczas, gdy asystent chwyta i ustala przełyk, operujący nacina opłucną i otrzewną, otwierając w ten sposób jamę brzuszną. Przez otwór wyciąga część ściany żołądka, najlepiej z okolicy dna. W tej chwili asystent, znajdujący się poza obrębem kamery, wsuwa przez przełyk sondą część żeńską guzika Murphyego do najniższej części przełyku, gdzie ją operator z pomocą trzech palców chwyta i przesuwa do zaułka żołądka, powstałego przez wciągnięcie jego ściany. Następnie przecina ścianę i przez otwór przeciska guzik. W podobny sposób wprowadza asystent część męską guzika do przełyku aż do wysokości, gdzie ma powstać przetoka. Operator chwyta guzik i kieruje tak, by cylinder zwrócony był ku przedniej ścianie przełyku, odpowiednio do średnicy cylindra nacina jego ścianę i przeciska na zewnątrz. Następnie łączy ze sobą obie części guzika. W końcu za pomocą 8—10 szwów jedwabnych przyszywa mięsień przepony do ściany żołądka, poczem zwilża anastamozę, szwy i opłucną płynem Lugola i wypłókawszy jamę opłucnej rozczynem soli kuchennej, zamyka ranę klatki piersiowej szwem 3-piętrowym. Z 13 w ten sposób operowanych psów zginęło zaledwie 3, a to, jak sekcya wykazała, wskutek nagle powstałej zupełnej przepukliny żołądka z przyczyny źle założonego szwu przeponowo-żołądkowego. Jako wskazanie do wyżej opisanej operacyi podaje autor zwężenia i ubytki przełyku, przyczem w pierwszym przypadku wprowadza się część żeńską guzika przez żołądek.

2) Wycięcie części przełyku. Pierwsza część operacyi polega na utworzeniu przetoki, jak to wyżej opisano, przyczem część męską guzika umieszcza się 2 cm. ponad miejscem przecięcia przełyku. — Po złączeniu guzików i odpreparowaniu nerwów błędnych, miażdży się przełyk za pomocą kleszczyków 2 cm. poniżej anastomozy, podwiązuje i przecina poniżej podwiązki. Dolny koniec zamyka się w ten sam sposób, wpukla następnie do żołądka i obszywa tak, jak to ma miejsce przy wycinaniu wyrostka robaczkowego, poczem pokrywa jeszcze górny kikut, wyciągnięty ku górze, w celu utworzenia przetoki — ścianą żołądka. Wpuklenie górnego końca nie da się uskutecznić. Z 11 operowanych psów żaden nie zginął, miały się dobrze i spożywały wszelkie pokarmy, z wyjątkiem kości, jeszcze w 6 tygodni po operacyi. W końcu podaje jeszcze autor sposób wycięcia wpustu, jakoteż dolnej części przełyku ze sposobem wpuklenia (*Einstülpungs-Methode*). Operacyę dzieli na dwa akty: pierwszym, po nacięciu klatki piersiowej, oddziela przeponę wokoło od przełyku i odpreparowuje nerwy błędne. Następnie wpukla dolną część przełyku do wyciągniętej ściany żołądka na kształt palca od rękawiczki i szwem jedwabnym przymocowuje ją naokoło do ścian żołądka, przez co powstaje w tym ostatnim wpuklanie, przypominające część pochwową. Przeponę przyszywa jak wyżej do żołądka. W drugim akcie po 14 dniach nacina żołądek i za pomocą nożyczek Coopera odcina wystające w żołądku wypuklenie. Metoda ta może mieć u człowieka zastosowanie przy małych guzach wpustu, względnie dolnej części przełyku. Wreszcie wyraża autor przekonanie o możliwości wspomnianych operacyi u człowieka wobec prawie tychsamych stosunków anatomicznych, co u zwierząt. *Dr. Jossé.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. P. Strassmann. **Stan porażny macicy nieciężarnej?** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 3). W podręczniku ginekologii ogólnej przytacza Kossmann własne spostrzeżenia, gdzie sonda a nawet łyżeczka szerokości 1 cm. wchodziła w pewnej chwili do jamy macicy bez oporu na 16—25 cm., podczas gdy przy powtórzonem wprowadzeniu tegoż narzędzia natrafiła sonda w normalnej głębokości na zwykły opór. Kossmann uważa takie zdarzenie za chwilowe nagłe porażenie macicy nieciężarnej, ustępujące równie szybko i sądzi, że w ten sposób daje się wytłómaczyć wiele domniemanych przebić macicy, w których nie zauważono potem ze strony otrzewnej najmniejszego odczynu. K. był w swoich przypadkach tak pewnym, że macicy nie przebił, iż wykonał zamierzone wyskrobanie macicy i przestrzykiwał ją nawet silnymi środkami przeciwgnilnymi. W jednym przypadku przekonał się w czasie bezpośrednio potem wykonanej kolpotomii, że macica nie była uszkodzoną. S. uważa spostrzeżenia K. za błędne już z fizyologicznego punktu widzenia; podnosi kilka słabych stron obserwacyi, w szczególności występuje przeciw wprowadzaniu tego rodzaju pojęć do podręcznika, wskazując możliwość fatalnych następstw w praktyce, jeżeliby to niesłuszne zapatrywanie miało znaleźć wiarę u czytelników. S. jest skłonnym do tłómaczenia przypadków K. jako

przebicia macicy w kierunku ku przodowi, albo też, co prawdopodobniejsze, na bok pomiędzy blaszki więzadła szerokiego, — a w ostatnim przypadku, rzecz prosta, nie może laparotomia wykazać żadnych uszkodzeń. *B. Wojciechowski.*

S. Seeligmann. **O embryotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 5). Operując w trudnych warunkach i bez asystenta, doradza S. w przypadkach poprzecznego położenia zaniedbanego z płodem, jak najczęściej nieżywym, zamiast dekapitacyi operacyę, którą kilkakrotnie wykonał z dobrym skutkiem, posługując się jedynie nożyczkami i hakiem lub pętlą. Sciągnąwszy jak najniżej część płodu przodującą za rączkę, otwiera nożyczkami klatkę piersiową, rozszerza otwór i wydala narządy wewnętrzne klatki piersiowej i jamy brzusznej. Spłókawszy pole operacyjne 2% lysolem, wchodzi wskaziciełem i palcem środkowym ręki lewej z rany w klatce piersiowej pod skórę płodu, podminowuje ją wraz z mięśniami grzbietu, poczem pod kontrolą ręki lewej wprowadza hak lub pętlę ręką prawą około kręgosłupa i łamie go. Teraz próbuje sprowadzić poród *conduplicato corpore*, co się zwykle udaje; — w przeciwnym razie wykonywa obrót na nóżkę przednią, nie przedstawiający już żadnych trudności. Główka następująca łatwo postępuje wskutek jej silnego związku z tułowiem. *B. Wojciechowski.*

M. Simon. **Wypadnięcie i zgorzel rozszerzonego końca moczowodu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 3). Kobieta 52-letnia, która z powodu opadnięcia pochwy nosiła od dawna krążek, miewała od kilku lat trudności i parcie, połączone z oddawaniem moczu. Przed kilkunastu godzinami wyparła chora wśród oddawania moczu jakieś ciało z części rodnych, które już lekarz miejscowy bezskutecznie usiłował odprowadzić. Badanie wykazało ciepłotę 40·3, tętno 130, świadomość zamroczona. Z cewki moczowej zwisa ciało, wielkości, kształtu i zbitości figi, prawie że czarne, niepołyskujące, przechodzące ku cewce w szypułę grubości ołówka. Przy badaniu zestawionem stwierdzono obok macicy po stronie lewej ciało podłużne, walcowate, grubości ramienia płodu, elastyczne, napięte, dążące ku górze wzdłuż kości krzyżowej, ku dołowi zaś do okolicy pęcherza. Dla określenia przyrody guza przeciął S. cewkę, szyjkę i na pewnej przestrzeni ścianę pęcherza wraz z pochwą ku dołowi w linii środkowej. Teraz stwierdził, że prawy moczowód działa prawidłowo, a z okolicy lewego wychodzi guz, który wypadł przez cewkę i uległ przewężeniu w miejscu, uciśniętem przez zwieracz. Guz ten odpowiada zatem rozszerzonemu dolnemu odcinkowi moczowodu lewego. Otworu, prowadzącego do tego moczowodu, nigdzie wykryć nie było można. Po nacięciu guza na szczycie odpłynęło dużo ropy cuchnącej. Cewnik moczowodowy wszedł na 25 cm. bez oporu. Guz odcięto w miejscu przewężonem; ścianę przeciętego moczorodu zeszyto ze ścianą pęcherza i założono cewnik moczowodowy na stałe. Ze względu na wydzielinę ropną zeszyto tylko częściowo ranę, zostawiając rozciętą cewkę i okolicę szyjki pęcherza; dnia 13-go usunięto cewnik. Gdy po 10 dniach mocz przybrał lepsze wejrzenie, zeszyto cewkę i usunięto niemożność zatrzymania moczu. Przypadek nadzwyczaj rzadki, posiadający pewne praktyczne znaczenie. W piśmiennictwie znajduje się wzmianka jedynie o kilku przypadkach silnego wypuklenia wewnętrznej ściany pęcherza w okolicy ujścia moczowodu z powodu zwężenia lub zarośnięcia moczowodu. W przypadku opisanym guz taki wypadł wśród parcia przed cewkę i uległ zaciśnięciu i zgorzeli. Na ścianę guza składa się zatem od zewnątrz ściana pęcherza, od wewnątrz — moczowodu. *B. Wojciechowski.*

K. Schmidlechner. **Tężyczka ciężarnych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 4). Przytoczywszy objawy, składające się na obraz chorobowy tężyczki i dotknąwszy szczegółów, na których opiera się rozpoznanie różniczkowe w zestawieniu z tężcem, histero-epilepsyą, drgawkami i histeryą, wylicza S. kilka hipotez, zmierzających do wytłómaczenia sposobu powstania tego cierpienia. Tężyczka zdarza się u osób zupełnie zdrowych, jakoteż u chorych, obarczonych różnemi cierpieniami; dalej po używaniu pewnych leków i po operacyi wola, a tylko bardzo rzadko w związku z ciążą. Co do etyologii tego cierpienia, jako powikłania ciąży, sądzi S., że przy pewnem wrodzonem usposobieniu lub istnieniu choroby ukrytej stanowi ciąża ów bodziec bezpośredni, wywołujący napady, — co wobec znanej wygórowanej pobudliwości nerwowej u ciężarnych wogóle staje się łatwo zrozumiałem. W przypadku autora chodziło o 44-letnią nędzną, 44 kg. ważącą kobietę. Rodziła 8 razy, a w czasie 7 i 8 ciąży doznawała już mrowienia w rękach i nogach. Zgłosiła się w VII miesiącu ciąży, podając, że napady powtarzają się od 5 tygodni. Stwierdzono dymienicę (którą przecięto tegoż dnia) i odleżyny na obu pośladkach. Napady były zupełnie typowe, objawy Trousseau'a, Chvosteka i Erba wyraźne. Po dwu napadach w dniu przyjęcia, jeden napad w 3-cim, dwa w 5-tym dniu w południe; — tegoż dnia po poł. bóle i poród chłopca ważącego 1060 grm. W 3-cim dniu połogu napad nader gwałtowny, trwający 3 godziny (poprzednie trwały 30—60 minut), wśród czego ciepłota (przedtem 37·1—37·7) podskoczyła na 40·0, a tętno stało się ledwo badalne i nastąpiła śmierć. Sekcya wykazała jedynie wyniszczenie organizmu. Tężyczka pozwala wogóle na rokowanie *quoad vitam* wcale dobre, a jedynie osoby chore, zbyt wycieńczone, ulegają częstokroć chorobie. Po porodzie zazwyczaj stan się poprawia, lecz są znane przypadki, w których jeszcze po miesiącach powtarzają się ciężkie napady. S. przytacza nadto przykłady z piśmiennictwa, z których wynika, że wprawdzie napady przy następnych ciążach zazwyczaj wracają, lecz że nie stanowi to reguły. Leczenie ogranicza się do stworzenia dla chorej, o ile możności, warunków zupełnego spokoju moralnego i fizycznego, poza tem do zwalczania objawów zapomocą takich środków, jak morfina, salicyl, wodnik chloralu i antipiryna. Polecano nadto w pewnych przypadkach przerwanie ciąży, w innych zapobieganie dalszemu zastąpieniu. *B. Wojciechowski.*

R. Keyserlingk. **Nowy wziernik do zeszywania pochwy i międzykrocza.** (*Zent. f. Gyn.* 1895, Nr. 4). Równocześnie z przedarciem międzykrocza zdarza się podczas porodu najczęściej przedarcie pochwy, a nierzadko ulega pochwa przedarciu niezależnie od międzykrocza, które ocalało. Pochwę należy zawsze dokładnie oglądnąć i przedarcia zeszyć, gdyż inaczej tworzą się zaułki, w nich zatrzymuje się wydzielina, ulega zakażeniu, a spływając po międzykroczu, naraża na zakażenie świeżo zeszytą ranę. Aby ułatwić sobie szycie ścian pochwy pod kotrolą oka i bez asystenta, używa K. wziernika, złożonego z 2 łyżek bocznych, a zrobionego z jednego kawałka drutu. Na mocy własnej sprężystości rozciąga wziernik łagodnie ściany boczne. Rączka, zwrócona ku górze, pozwala na szycie przedarć bez użycia łóżka poprzecznego. Rysunek wskazuje na bardzo prostą i praktyczną budowę tego narzędzia. *B. Wojciechowski.*

PEDYATRYA. H. Flosch. **Przyczynek do zakaźnej żółtaczki nagminnej w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch der Kinderheilkunde*, Z. 60, 1904). Autor rozbiera krytycznie dotychczasową teoryę o powstawaniu żółtaczki nagminnej na tle nieżytu żołądka; zbija ją, podnosząc fakt, iż właśnie w 1. i 2. roku życia, kiedy zaburzenia żołądkowe najczęściej się zdarzają, statystyka prawie żadnych nie zaznacza zachorowań na omawianą sprawę chorobową. Prócz tego widzimy często u dorosłych i u dzieci przypadłości ze strony całego przewodu pokarmowego, a więc i w dwunastnicy, bez śladu żółtaczki. Zapatrywanie autora na tę kwestyę zbliża się do zdania Strümpla, że osobliwy jakiś czynnik chorobotwórczy musi stanowić przyczynę tych zaburzeń; dla poparcia tego twierdzenia przypomina przypadki zasłabnięć na żółtaczkę bez wszelkich objawów żołądkowych; przytacza epidemie, których piśmiennictwo do r. 1879 obejmuje aż 30. W nowszych czasach, oprócz innych wiarygodnych badaczy, Kissel spostrzegał 96 przypadków w przeciągu 6 lat; Nicolaysen w roku 1901—2 zdał sprawę z epidemii żółtaczki, obejmującej 123 osób, z których 50 tyczyło się dzieci. Za charakterem nagminnym pojawienia się tej choroby przemawia jeszcze to, że odrazu większa stosunkowo liczba osób z tymi samymi objawami zapada, że, jak wynika ze spostrzeżenia kilku poważnych autorów angielskich, choroba ta u dzieci nie pojawia się w porze upałów letnich, tylko z końcem jesieni lub początkiem zimy, a więc niezależnie od tak zwanej biegunki letniej i że nareszcie w jednym i tym samym domu, a nawet w tej samej rodzinie zapada równocześnie kilkoro dzieci. Bliższych szczegółów o tej swoistej przyczynie chorobowej nie znamy; tak samo patogeneza całej sprawy nie jest jeszcze jasną. Podczas epidemii, którą F. spostrzegał w ostatnich 4 miesiącach 1903 roku, naliczył 36 przypadków, co odpowiada przeciętnie 9 przypadkom miesięcznie, podczas gdy statystyka szpitalna wykazuje stale 1—2 na 1400 chorych. Wspólnem było wszystkim przypadkom: początkowa gorączka, bóle w kończynach i obrzęk śledziony. Najwięcej dzieci chorych było w wieku od 3—7 roku, co się zupełnie zgadza ze spostrzeżeniami innych badaczy. Bakteryologiczne badania były ujemne. Żółtaczka, — prawie zawsze średniego stopnia, — występowała w 2—3 dni po ogólnych objawach początkowych i trwała zwykle 2 tygodnie, nieraz i dłużej; stolce miały wprawdzie wejrzenie gliniaste, ale nie były ani płynne, ani twarde, gdyż ani biegunki, ani zaparcia nie stwierdzano. Nie spostrzeżono też zwolnionego tętna, ani bólu głowy, ani swędzenia — i wszystkie przypadki zakończyły się zupełnem wyzdrowieniem. Co do leczenia, to F. nie podawał kalomelu (jak to Kissel czyni: 4—6 proszków dziennie po 0·02—0·6 na dawkę i przez 7—10 dni), tylko poleciwszy odpowiednią dyetę, stosował małe dawki proszku rumbarbarowego, węglanu sodowego i magnowego. *Korm.*

Broca. **Rozpoznanie przeciągającego się i datującego się od niemowlęctwa zapalenia szpiku kostnego.** (*Revue. mens des malad. de l'enfance*, styczeń, 1905). Zapalenie szpiku kostnego u dzieci w pierwszym roku życia nie tak znów

rzadko bywa spostrzegane, mianowicie w kościach uda i podudzia. Sprawa przebiega często łagodnie, pozostają po niej jednak niekiedy ślady, które po długich jeszcze latach, n. p. w jedenastym roku życia, bywają powodem świeżych objawów. Wtedy stwierdzenie, że choroba sięga niemowlęctwa, może przyczynić się do poparcia rozpoznania ropnego zapalenia, a wykluczenia zapalenia gruźliczego. W niektórych przypadkach wystarcza wtedy leczenie zachowawcze: łóżko, wyciąganie, w innych koniecznym okazuje się zabieg chirurgiczny celem usunięcia ogniska. *Lewkowicz.*

Babonneix. **Błonica i tężyczka.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1905, I.). Ogólnie jest uznanem, że w etyologii tężyczki ważną rolę mają zatrucia i zakażenia. Jednak co do błonicy, to nie wspominają o niej podręczniki i monografie. Autor zebrał z piśmiennictwa 11 przypadków. Nie wszystkie są jednakowo przekonywające. Z przypadków jednak Baginskiego, Moussousa, Irwing-Snowa i Bitota wynikałoby, że w pewnych warunkach, które należałoby jeszcze określić, błonica może się wikłać z przypadami tężyczkowymi. Przypady te mogą pojawić się *a*) albo w przebiegu, lub podczas wyzdrawiania z choroby; *b*) albo też błonica została przeoczoną i tylko z pewnych okoliczności, n. p. przypadków choroby w rodzeństwie, można wnioskować, że poprzedziła objawy tężyczkowe (tężyczka pozornie pierwotna). Przy przypadach tężyczkowych lub tężcowych powinniśmy pamiętać o tem, że nie zawsze podstawą musi być zakażenie prątkiem Nicolaiera. Mianowicie przy tężcu noworodków należałoby zwracać uwagę na obecność prątka błoniczego w wydzielinie pępka, spojówki i gardła, i w danym razie zastosować leczenie swoiste. *Lewkowicz.*

Quest. **O krańcowych spadkach ciężaru ciała u dzieci w pierwszych dwóch latach życia.** (*Monatschrift f. Kinderh.*, styczeń, 1905). Autor zestawił z materyału wrocławskiej kliniki dziecięcej 38 przypadków, w których ubytek ciężaru ciała wynosił więcej, niż czwartą część (25%). W 23 przypadkach chodziło o zboczenia odżywcze, w 15 o inne cierpienia, przeważnie gruźlicę. Z pierwszej grupy w 7 przypadkach udało się dzieci utrzymać przy życiu, mimo ubytków, dochodzących do 34·8%. Te wielkie spadki są możliwe tylko w przewlekłych cierpieniach żołądkowo-kiszkowych, w ostrych nigdy nie przekraczają 25%, bo dzieci pierwej umierają. W przewlekłych opadanie odbywa się powoli, w ostrych spostrzegać można gwałtowne spadanie, wynoszące 100—200 grm. na dobę. Leczenie polega przedewszystkiem na odżywianiu piersią. Tylko w dwóch przypadkach udało się mimo żywienia sztucznego uratować dzieci. Po podaniu piersi, lub żywieniu mieszanem, następuje poprawa objawów żołądkowo-kiszkowych, ciężar mimoto początkowo jeszcze opada; potem następuje długi okres utrzymywania się w jednym poziomie, wreszcie powolne wznoszenie się. Korzystny wpływ na przebieg krzywej ciężaru ciała miało często przejście do żywienia węglowodanami, n. p. polewką słodową, w innych znów żywienie maślanką. *Lewkowicz.*

Deguy i Detot. **Zapalenie krtani pierścieniowe (podgłośniowe), wrzodliwe.** (*Revue m. des mal. de l'enf.*, 1905, I). Opis przypadku u dziecka 7-letniego, u którego nagle, wśród gorączki rozwinęły się objawy cieśni krtani. Wykonano kilkakrotnie intubacyę. Napady duszności, mimo obecności rurki w krtani, zmuszały do wyjmowania rurki, to znów dziecko rurkę wykaszliwało. Ostatnie wykaszlanie sprowadziło śmierć przez uduszenie. Badanie pośmiertne wykazało owrzodzenie na wysokości chrząstki pierścieniowej. Podobny obraz kliniczny rozwija się nierzadko po ostrem zapaleniu krtani, najczęściej paciorkowcowem, niekiedy błoniczem, albo poodrowem. Do powstawania owrzodzeń przyczynia się intubacya. Owrzodzenie może doprowadzić do obnażenia chrząstki. Sprawa zwykle nie kończy się nagłą śmiercią, jak w danym przypadku, lecz przechodzi w zwężenie bliznowate krtani. Obraz kliniczny w każdym razie cechuje się trójką objawów, którą Deguy określa nazwą „syndromu podgłośniowego“: 1) ostre napady cieśni krtani i duszenie się, powtarzające się w krótszych, lub dłuższych odstępach, niekiedy latami; 2) nagłość tych napadów; 3) łatwość, z jaką dzieci wyrzucają rurkę. Nagłość tłómaczy się udziałem czynnika nerwowego. W rozwoju owrzodzenia czynny udział ma brać włoskowiec (*leptothrix*) i paciorkowiec. *Lewkowicz.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Dr. J. Igl. **Jak i w jakim czasie odbywa się zazwyczaj zakażenie w odrze i płonicy.** (*Oesterr. Monatschrift f. öff. Gesundheitspflege*, Nr. 7 i 8 1904 i *Oesterr. Sanitätswesen* 1904, Nr. 40/41). Pośród rozmaitych wzorowych urządzeń sanitarnych posiada Berno morawskie założony przed 20 laty t. zw. kataster sanitarny (spis domów i szczegółowy opis wszelkich szczegółów, ważnych pod względem sanitarnym, zaszłych w tych domach), oraz wzorowo funkcyonującą instytucyę lekarzy szkolnych. Rozstrzygnięcia tych pytań, niezupełnie jasnych, podjął się na podstawie wyników działalności wspomnianych 2 instytucyi organizator ich i lekarz naczelny miasta Dr. Igl. Na podstawie bardzo licznych i dokładnych spostrzeżeń dochodzi Igl do przekonania, że odra i płonica udzielają się najbardziej nie w czasie łuszczenia się skóry, który to okres uważa za obojętny dla zarażenia się, lecz w pierwszych dniach tych chorób i we wstępnych ich okresach: stąd też i rozporządzeniami określony czas wykluczenia chorych dzieci ze szkół 4, względnie 6 tygodniowy, uważa za zbyt długi (o ile niema powikłań). Co do dróg i przenośników w zakażeniu, to Igl małe przypisuje znaczenie ubraniu, natomiast wielkie wydzielinie ust, dróg oddechowych i zawierającemu je powietrzu wydychanemu, nie wyłączając znaczenia i innych przenośników, n. p. mleka. Jakkolwiek wobec braku niezaprzeczalnych wiadomości o istocie zarazka odry i płonicy nie możemy mieć tak pewnych pojęć o istocie szerzenia się tych chorób, jak w innych, których zarazki są znane, przeto wszelkie twierdzenie o sposobie ich przenoszenia wymagają, że się tak wyrażę, doświadczalnego stwierdzenia. Spostrzeżenia Igla, oparte na bardzo znacznym i krytycznie opracowanym materyale, zasługują na baczną uwagę tak lekarzy praktycznych, jak i rządowych, szczególnie zaś szkolnych. *L. Bier.*

Legeżyński. **Jak należy zorganizować służbę desinfekcyjną w naszych miastach i miasteczkach?** (*Przegląd higieniczny* 1904, Nr. 12 i 1904, Nr. 1). Nie po raz pierwszy zasługuje się Legeżyński około popularyzacyi i praktycznego wprowadzenia desinfekcyi w naszym kraju. Jako lekarz naczelny większego miasta, do niedawna zaniedbanego, sądząc z statystyki — przez zarząd miejski w zwalczaniu chorób zakaźnych, nie szczędzi L. dobrej woli i energii, by braki dawne w sanitarnych urządzeniach Lwowa uzupełnić. Doświadczenie kilkoletnie co do braków miejscowych, poparte znajomością obcych urządzeń, nadają, obok popularnego stylu, tej pracy, przeznaczonej dla zarządów miast, istotną wartość praktyczną. Obawiam się jednak, czy suma 4000 kor., przyjęta przez autora za konieczną dla sprawienia urządzeń do desinfekcyi, nie jest za wielką dla naszych miasteczek, czy w niejednem z nich nie lepiejby było ograniczyć się, przynajmniej na razie, do komory, w której wykonywanoby desinfekcyę rzeczy formaliną i innymi płynnymi środkami desinfekcyjnymi, a konieczną desinfekcyę parą, — przy umiejętnem stosowaniu powyższych środków rzadko i tylko przy niektórych chorobach konieczną, powierzyć przyrządowi okręgowemu lub sąsiedniego większego miasta. Na pytanie to odpowiedziećby mogli najlepiej lekarze powiatowi i okręgowi, każdy po rozważeniu stosunków miejscowych. Co do źródła zakupna parowych przyrządów systemu Rychnowskiego, mniej chętniebym się na nie zgodził, gdyż na podstawie znajomości kilku przyrządów tego systemu nie uważam je za praktyczne w obsłudze i gorsze od obcych. Życzyćby należało, aby znalazła się u nas firma, wyrabiająca praktyczniejsze przyrządy. Do desinfekcyi formaliną wykonuje przyrządy Flügego obok firmy J. Stankiewicza we Lwowie pod moim nadzorem nader starannie W. Baja (Strzelecka 9) w Krakowie — o czem kol. L. zapomniał zapewnie wspomnieć. Życzyćby należało, aby rozprawka niniejsza znalazła praktyczny oddźwięk w miastach naszego kraju. *L. Bier.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 19/IV (2/V) 1904 r.

Przewodniczący Dr. Strawiński zawiadamia o chorobie sekretarza Dr W. Orłowskiego, w miejsce którego obowiązki sekretarza obejmuje Dr. Ostrowski.

I. Protokół z poprzedniego ogólnego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Dr. Łukowski wygłasza rzecz p. t. „Kryoskopia moczu i krwi u dzieci w przebiegu płonicy i w ostrem zapaleniu nerek po płonicy“. Przytoczywszy na wstępie zasady kryoskopii, prelegent omawia następnie własne badania, na podstawie których przychodzi wreszcie do następujących wniosków: wysoki punkt zamarzania moczu nie może sam przez się być objawem cechującym dla zapalenia nerek, ponieważ u osobników zdrowych Δ moczu przy dyecie mlecznej zwykle jest wyższa, niż $-1,0°$ C; jest on tylko wtenczas cechującym, gdy się spostrzega przy małej dobowej ilości (v) moczu, w tych bowiem warunkach Δ u zdrowych jest niższem od $-1,0°$ C; w zapaleniu zatem nerek charakterystycznem jest nie tyle małe Δ, ile mała liczba $\Delta.v$, wskazująca na niedostateczne wydzielanie cząsteczek osmotycznych. Przy

badaniu dzieci różnego wieku prawidłowiej porównywać nie iloczyn $\Delta.v$, lecz $\frac{\Delta.v}{p}$, wyrażający ilość wydzielonych cząsteczek w ciągu doby na kilo wagi. Wskaźnik $\frac{\Delta.v}{p}$ odpowiada *„diurèse moleculaire totale"* Claude i Balthazard, z tą różnicą, że równoznacznik ostatnich badaczy jest wyrażony w tysiącach, a $\frac{\Delta.v}{p}$ w dziesiątkach. Równoznacznik $\frac{\Delta.v}{p}$ waha się u zdrowych przy mlecznej dyecie przeważnie między 30 i 45; trwałe obniżenie jego niżej 25 wskazuje na upośledzoną sprawność nerek w danej chwili. Nie zawsze kryoskopijne badanie moczu wykrywa niedomogę nerkową w zapaleniu nerek; najwyraźniej występuje ona w początkowym okresie zapalenia nerek, w okresie występowania obrzęków; w okresie zaś znikania obrzęków sprawność nerek wraca do normy, a czasami jest nawet wzmożoną; w ciężkich śmiertelnych przypadkach objawy niewydolności nerkowej są wyrażone bardzo wybitnie. Kryoskopijne badanie moczu — wskaźnik $\frac{\Delta.v}{p}$ — nie daje więc rozpoznania anatomicznego i nie pozwala wydać sądu o przebiegu choroby. Świadczy on jedynie o sprawności czynnościowej w danej chwili. Pomimo wadliwego wydzielania drobin stałych przez nerki i gromadzenia się ich we krwi, w przypadkach o niezbyt ciężkim przebiegu, kończących się wyzdrowieniem, punkt zamarzania krwi (δ) nie obniża się: w 9 badanych przypadkach δ wynosiło $-0{,}535^0-0{,}565^0$. Przyczyną tego prawdopodobnie jest ta okoliczność, iż krew, by zachować prawidłowy punkt zamarzania i stałe ciśnienie osmotyczne, rozcieńcza się, przyciągając wodę, — powstaje rozwodnienie krwi i obrzęki; oprócz tego w badanych przez prelegenta przypadkach przyczyną nie obniżania się punktu zamarzania krwi była prawdopodobnie spostrzegana u tych chorych niedokrwistość, jak również stosowana dyeta mleczna. Obniżenie punktu zamarzania krwi przy jednoczesnem istnieniu obrzęków ma złe znaczenie dla rokowania: we wszystkich przypadkach, zakończonych śmiercią, δ wahała się od $-0{,}59^0$ do $-0{,}64^0$. W płonicy, w okresie gorączkowym, przy małej ilości moczu, Δ moczu jest zwykle znacznie niższem od $-1{,}0^0$; objaw ten znika wraz z obniżeniem gorączki do normy; wskaźnik $\frac{\Delta.v}{p}$ jest bliski normy. Punkt zamarzania krwi podczas pierwszych 2 dni płonicy w 2 badanych przypadkach był prawidłowym, mianowicie $-0{,}545^0$ i $-0{,}555$. (*Autoreferat.*)

Dyskusya. Prof. St. Zaleski zaznacza zasadnicze trudności badań kryoskopijnych krwi i moczu; zdaniem jego pierwiastki morfotyczne, zjawiające się w moczu w stanach zapalnych, mogą mieć wpływ na punkt zamarzania tej cieczy; wreszcie podnosi mowca ważne znaczenie badań kryoskopijnych mleka kobiecego.

Prelegent Dr. Łukowski zaznacza, że kryoskopia mleka krowiego może być pożyteczną dla celów zdrowotnych, jak wykazały badania L. Nenckiego; pierwiastki morfotyczne, zdaniem prelegenta, nie wpływają na punkt zamarzania moczu.

Na pytanie prof. St. Zaleskiego o wpływie lekarstw na punkt zamarzania moczu prelegent wyjaśnia, że kryoskopia mało jest zbadaną w warunkach prawidłowych; wskutek tego nie można jeszcze orzec o wpływie na nią leków.

Prof. Dr. Ziemacki na podstawie niektórych własnych spostrzeżeń wygłasza zdanie, że kryoskopia moczu ma małą wartość w chirurgii nerek.

Zdaniem Dr. Ostrowskiego, kryoskopia w połączeniu z innemi oznakami ma w płonicy wielkie znaczenie, zwłaszcza dla rokowania.

III. Odczyt Dr. Fajita „Chirurgia płuc" wskutek choroby prelegenta nie odbył się.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Doc. Dr. W. Orłowski.*

Posiedzenie w dniu 28—IX (11—X) 1904 roku.

Przewodniczy prezes Dr. Strawiński.

Obowiązki sekretarza w miejsce nieobecnego sekretarza doc. Dr. W. Orłowskiego obejmuje Dr. Maczewski.

Prezes zawiadamia, że prof. Dr. Raczyński wyraził życzenie, by odczyt jego mógł odbyć się na posiedzeniu następnem.

Dzierżgowski wygłasza rzecz pod tyt.: „W sprawie biologicznego oczyszczania ścieków".

Po rozprawach nad tym odczytem, w których brali udział prof. Dr. St. Zaleski i inni, posiedzenie naukowe zamknięto.

Doc. Dr. W. Orłowski.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Dowiadujemy się, że w okręgu krakowskiej c. k. Dyrekcyi kolei państwowych, zaszły w ostatnim roku służby lekarskiej dość liczne zmiany, które świadczą, iż władze dążą stale do poprawy bytu lekarzy kolejowych. I tak:

1. Lekarz naczelny c. k. Dyrekcyi został zwolniony od obowiązku leczenia członków Kasy chorych, zajętych w gmachu Dyrekcyi, przy pozostawieniu go w tej samej randze, a podniesieniu poborów służbowych o 200 kor. rocznie.

2. Dla leczenia członków Kasy chorych, zajętych w gmachu Dyrekcyi utworzono w Krakowie nowy okręg lekarski z rocznem wynagrodzeniem 1,300 kor. i dodatkiem na objazdy w kwocie 400 kor.

3. Okręg lekarski w Podgórzu miejście otrzymał podwyższenie wynagrodzenia rocznego z 1,800 kor. na 2,200 kor. przy pozostawieniu dodatku na objazdy w kwocie 400 kor. Lekarz tamtejszy został mianowany urzędnikiem c. k. kolei państw. w IX randze.

4. Okręg lekarski Rzeszów I zmniejszono znacznie, przez zwolnienie lekarza od obowiązków leczenia członków Kasy chorych, zamieszkałych na przestrzeni, pozostawiając roczne honoraryum w kwocie 3,000 kor. niezmienionem, a zmniejszając tylko dodatek na objazdy z 600 na 400 kor.

5. Okręg lekarski Rzeszów II zreorganizowano nieco, przyczem, niepowiększając zakresu działania lekarza, podwyższono roczne honoraryum lekarskie z 500 na 800 koron, a dodatek na objazdy z 100 na 120 koron.

6. Utworzono nowy okręg lekarski Rzeszów III dla leczenia chorych na przestrzeni z rocznem wynagrodzeniem w kwocie 1,000 kor. i dodatkiem na objazdy w kwocie 120 koron.

7. Utworzono nowy okręg lekarski w Sędziszowie z wynagrodzeniem rocznem w kwocie 1,000 kor. i dodatkiem na objazdy w kwocie 200 koron.

8. W okręgu lekarskim Dębica podwyższono roczną płacę 1,800 na 2,000 koron, zaś dodatek na objazdy z 200 na 400 koron.

9. Okręg lekarski Tarnów II zmniejszono przez skrócenie przestrzeni po stacyę Tuchów, pozostawiając pobory niezmienione.

10. Okręg Ciężkowice powiększono przez przydzielenie przestrzeni po Tuchów skutkiem czego podwyższono honoraryum z 360 na 600 koron, pozostawiając dodatek na objazdy niezmieniony.

11. Okręg lekarski Grybów zmniejszono o kilka kilometrów ku Jasłu i o wieś Zagórzany, licznie zamieszkałą przez robotników kol., pozostawiając dotychczasowe pobory niezmienionymi.

12. Wieś Zagórzany przydzielono do okręgu lekarskiego Gorlice, podwyższając pobory służbowe lekarza tamtejszego o 550 kor. rocznie.

13. Honoraryum lekarskie w Jaśle podwyższono z 1,800 na 2,400 koron, pozostawiając dodatek na objazdy w kwocie 200 koron niezmieniony.

14. Okręg lekarski w Zarszynie otrzymał podwyższenie dotychczasowego wynagrodzenia z 900 na 1,200 kor., oraz dodatku na objazdy ze 100 na 200 koron.

15. W okręgu Nowy Sącz II podwyższono płace z 2,600 na 2,800 kor., przez co lekarz tamtejszy awansował z IX do VIII rangi urzędniczej i pozostawiono dodatek na objazdy w kwocie 600 koron niezmieniony.

16. W okręgu Skawina pozostawiono honoraryum w kwocie 1,000 kor. niezmienionem, podwyższono natomiast dodatek na objazdy ze 100 na 200 koron.

17. W okręgu Oświęcim podwyższono honoraryum z 400 na 650 kor., zaś dodatek na objazdy ze 100 na 150 kor. rocznie.

18. Dla okręgu lekarskiego Kalwarya podwyższono roczne honoraryum z 400 na 800 kor. i dodatek na objazdy ze 120 na 150 koron.

19. W okręgu Węgierska Górka podwyższono honoraryum roczne z 1,200 na 1,400 koron, przez co lekarz tamtejszy mianowany został urzędnikiem w X randze.

20. W okręgu Maków podniesiono wynagrodzenie lekarskie z 900 na 1,100 kor., zaś dodatek na objazdy ze 100 na 200 kor. rocznie.

21. W okręgu Limanowa podwyższono honoraryum z 800 na 1,000 koron i ustanowiono dodatek na objazdy w kwocie 120 koron.

22. W okręgu Muszyna-Krynica podwyższono dodatek na objazdy ze 100 na 260 koron roczne, pozostawiając honoraryum w kwocie 1,140 koron niezmienionem.

23. Okręgowi Nowy Targ przydzielono nową linię Nowy Targ-Sucha-Hora i podniesiono dotychczasowe honoraryum z 360 na 460 koron rocznie, pozostawiając dodatek na objazdy w kwocie 100 koron niezmieniony.

24. Lekarz okręgu Nowy Sącz I posiadający rangę VIII urzędniczą, posunął się w płacy o 200 kor., t. j. z 2,800 do 3.000 kor. rocznie.

25. Lekarz okręgu Bochnia, który jest urzędnikiem IX rangi, posunął się o 200 kor., t. j. z 2.000 na 2.200 kor. rocznie.

Zestawiając te zmiany razem stwierdzić można, że różnica wynagrodzeń lekarskich w stosunku do ogólnej sumy, pobranej 1 stycznia 1904 r. wynosi kwotę 9640 koron rocznie. Wprawdzie niewątpliwie dotychczasowe wynagrodzenia lekarzy kolejowych, pozostają w znacznym niestosunku do obowiązków i odpowiedzialności tych lekarzy, to jednak podnieść należy, iż wielka jest zasługa p. radcy dworu dyrektora Horoszkiewicza, iż mimo ciężkich warunków finansowych, z jakimi dziś walczyć muszą c. k. koleje państwowe, stara się i nie ustaje w korzystnej pracy około poprawy bytu materyalnego, dotąd tak bardzo upośledzonych lekarzy kolejowych. Znaczną też część zasługi w tej doniosłej dla stanu lekarskiego sprawie przypisać należy nowemu naczelnikowi oddziału dla spraw osobistych i sanitarnych p. Fredro Bonieckiemu, który wedle naszych informacyi, okazuje na tem stanowisku lekarzom niezwykłą życzliwość, oceniając ich doniosłe a trudne zadanie. Wreszcie z uznaniem zaznaczyć należy, iż c. k. Ministerstwo kolejowe przychylnie zatwierdziło wnioski c. k. Dyrekcyi.

Jako najważniejsze podnieść należy fakta stworzenia trzech nowych okręgów lekarskich, bez powiększenia przestrzeni c. k. Dyrekcyi, oraz usiłowania ustawiczne do powiększenia liczby takich posad lekarskich, przy których by lekarze kolejowi mogli uzyskiwać charakter urzędników c. k. kolei państwowych, gdyż podczas gdy w roku 1895 takich posad było w okręgu Dyrekcyi krakowskiej tylko 3, to obecnie jest ich 15.

Podając do wiadomości czytelników powyższe nasze informacye, wyrażamy nadzieję, iż c. k. Dyrekcya nie ustanie w rozpoczętej pracy i starać się będzie nadal o poprawę opłakanych warunków, w jakich zmuszeni są pracować lekarze kolejowi.

* * *

VIII. Listy otwarte.

* *Z Towarzystwa samopomocy lekarzy otrzymujemy następujące doniesienie:*

„Kilku fabrykantów przetworów leczniczych i wód mineralnych, tak krajowych jak i zagranicznych, zgłosiło się do Wydziału Towarz. samopomocy z propozycyą nalepiania na swych wyrobach znaczków po 1 halerzu na dochód wdów i sierót po lekarzach.

Wydział Towarzystwo na posiedzeniu dnia 17 lutego b. r. po wyczerpującej dyskusyi uchwalił:

1. Wydać własnym nakładem oprócz dotychczasowych znaczków 4-halerzowych, przeznaczonych tylko na recepty, także znaczki po 1 halerzu odmiennej barwy od tamtych, a przeznaczone wyłącznie dla fabrykantów przetworów leczniczych, które ci będą mogli nabywać w Administracyi znaczków, celem nalepiania ich na swoich wyrobach.

2. Fabrykantom zagranicznym podziękować za propozycyę, ale jej nie przyjąć ze względu na przemysł krajowy.

3. Natomiast zgodzić się na propozycyę fabrykantów krajowych z tem zastrzeżeniem, że znaczkami Tow. samopomocy opatrywać będą tylko przetwory, polecone przez Komisye przemysłowe: Tow. lekarzy galicyjskich, lub Tow. lekar. krakowskiego".

Dr. Langie, generalny sekretarz.

* * *

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23 lutego.

Dnia 2 marca (czwartek) odbędzie się poświęcenie „Domu Towarzystwa lekarskiego", po którem nastąpi uroczyste posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: 1) Otwarcie „Domu" z okolicznościowem przemówieniem prezesa Towarzystwa prof. Dr. Jul. Nowaka. 2) Odczyt J. Magn. Rektora U. J. prof. N. Cybulskiego p. t. „Materya promienista jako środek leczniczy".

Na to posiedzenie Prezes Tow. lekar. krak. zaprasza wszystkich lekarzy, obecnych w tym dniu w Krakowie.

Wieczorem tegoż dnia odbędzie się raut członków Towarzystwa lekarskiego z rodzinami, przyczem zarząd podejmować będzie tych obywateli, którzy w jakikolwiek sposób przyczynili się do dźwignięcia własnego przybytku Towarzystwa.

* Dnia 10 stycznia b. r. odbył Komitet zarządzający Związku austryackich Towarzystw lekarskich w Wiedniu posiedzenie, na którem dokonano rocznego zamknięcia rachunków Instytutu zapomogowego, istniejącego przy wspomnianym Związku Towarzystw. Niektóre szczegóły zamknięcia rachunków o tyle dla nas są zajmujące, że obie Izby lekarskie galicyjskie, podobnie jak większość Izb austryackich, zapisały wszystkich swych lekarzy na członków Instytutu zapomogowego, ponosząc za nich ciężary rocznych opłat. Izby lekarskie, które przystąpiły do Instytutu zapomogowego są zarazem Komisyami lokalnemi, których zadaniem jest rozdawanie kwot poszczególnych, uzyskanych na wsparcia potrzebujących wdów i sierót. Rozdziałem tych kwot kieruje Komitet zarządzający Związku Towarzystw lekarskich, ściśle według stosunku liczebnego członków, zapisanych do Instytutu przez odnośne Izby lekarskie. Otóż w roku 1904 uzyskał Instytut zapomogowy z wkładek rocznych ogólną sumę 12,762 koron. Całą tę kwotę, a prócz tego jeszcze 7,000 koron z funduszów Instytutu, postanowiono zużyć w roku 1905 na zasiłki dla wdów i sierót. Tak więc z początkiem b. r. rozdzielono między poszczególne Komisye lokalne ogólną kwotę 19,762 koron. Kilka przykładów pouczy o korzyściach, wynikających z gremialnego przystąpienia obydwóch naszych Izb lekarskich do Instytutu: Izba zachodnio-galicyjska wniosła tytułem rocznej wkładki 1,090 kor., a otrzymała w celu rozdania na zapomogi 1.687 koron; Izba wschodnio-galicyjska wniosła 1,420 koron, otrzymała 2,198 koron; Izba morawska wniosła 1,802 koron, otrzymała 2.790 koron i t. d. Natomiast Czechy, których Izby lekarskie nie przystąpiły do Instytutu zapomogowego, zasiliły kasę tegoż jedynie sumą 14 koron; to też suma, wypłacona Czechom, celem rozdania jako zapomogi, wynosi odpowiednio do wkładek 21 koron! Rok ubiegły przedstawia się więc dla Instytutu zapomogowego szczególnie korzystnie. Ale nawet w najniekorzystniejszym przypadku Instytut jest statutowo zobowiązany do rozdzielenia tytułem zapomóg pomiędzy odnośne Komisye lokalne, względnie Izby lekarskie kwot, co najmniej równających się wysokością opłacanej rocznie wkładce.

* Komisya sanitarna Rady m. Krakowa odbyła d. 14 b. m. posiedzenie, w którem wziął udział protomedyk Dr. Merunowicz. Przedmiotem obrad było obmyślenie środków zapobieżenia dalszemu szerzeniu się duru osutkowego, który się pojawił w schronisku Brata Alberta. Do tej pory stwierdzono 14 przypadków, prawie wszystkie w rzeczonym zakładzie Brata Alberta.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę krakowskiego Wydziału lekarskiego, na mocy której Dr. Konrad Glinski otrzymał stopień docenta anatomii patologicznej w Uniw. Jag.

* Dnia 25 marca odbędzie się w Wiedniu Wiec Związku austryackich Towarzystw lekarskich Porządek dzienny między innymi stanowią: 1) Sprawozdanie zarządu z działalności w ostatnim okresie. 2) Sprawozdanie kasowe, uchwalenie preliminarza i wysokości wkładki rocznej. 3) Sprawozdanie Instytutu dla wsparcia wdów i sierót po lekarzach. 4) Zmiana statutu Instytutu. 5) Referat o wypracowanym przez rząd programie ubezpieczenia chorych (wolny wybór lekarza). 6) Sprawozdanie loteryjne. 7) Wybory uzupełniające.

Zarząd Związku uprasza Towarzystwa o wybranie delegatów i ich zastępców na Wiec (§ 5) i o zawiadomienie zarządu o wyniku wyborów.

* Redakcyę „Liečničkego Viestnika" objął po Cačkoviću Dr. Marković.

* Między 29 stycznia a 4 lutego doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w powiecie dąbrowskim i o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim, dobromilskim, doliniańskim, drohobyckim, gródeckim, jaworowskim, kamioneckim, kolbuszowskim, lwowskim — po 1 gminie; w nadwórniańskim, przemyślańskim i rawskim — po 2 gminy.

* „The Lancet“ donosi, że wśród wziętych do niewoli po kapitulacyi fortecy Port Artur znajduje się 100 lekarzy.

* Nowe dzieła: W Jenie wyszło XI-te wydanie podręcznika „Ogólnej patologii i anatomii patologicznej“ przez prof. Zieglera“ w nakładzie Fischera. Dr. Karol Chodounsky wydał w Pradze „Podręcznik Farmakologii“.

* W Wiedniu wkrótce rozpocznie się budowa nowego Instytutu higienicznego, który w jesieni 1906 ma być oddany do użytku.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Mering z Halli mian. został profesorem i kierownikiem kliniki lekar. w Kolonii. Prof. Ehrlich mian. został profesorem honorowym w Getyndze. Dr. Celli mian. został prof. doświadczalnej higieny i sanitarnej policyi. Dr. François-Franck mian. został w miejsce Mareya profesorem historyi naturalnej w Collêge de France.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Oktawian Piotrowski, b. lekarz powiatu zamojskiego, owruczanin, wyzwoleniec kijowskiego uniwersytetu, zmarł na wsi w Radomskiem, licząc lat 68. Dr. Józef Glabisz zmarł w Gniewkowie (Wielkopolska) w 59 r. życia. Profesor anatomii Birmingham zmarł w Dublinie.

Bibliografia

— *Gazeta lekarska* Nr. 5. Malinowski: Hydroa vacciniformis.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 2. Zaniętowski: Rzut oka na prace moje o klinicznem zastosowaniu rozbrojeń kondensatora (1899—1905) w świetle krytyki fachowej, oraz przyczynek do nauki o klinicznej myografii. Marcinkowski: Zatrzymanie moczu jako jedyny podmiotowy objaw prawdopodobnie ciąży zewnątrzmacicznej.

— *Medycyna* Nr. 5. Mutermilch: Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kw. moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie (c. d.). Palmirski i Zebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłonicznej (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 4 zawiera: W sprawie znaczków receptowych. — Czy Wydział lekarski we Lwowie jest potrzebny. — Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.) — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (c. d.). — Czy jest za dużo pism lekarskich polskich (c. d.). — Położenie lekarzy praktyków na prowincyi (c. d.)

— *Kronika lekarska* Z. 3. Totwiński: Promienie N i ich znaczenie fizyologiczne. Załęski: Ruch ludności miasta Warszawy w r. 1903 porównawczo z innemi miastami (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 7. Deyl: O rakovinĕ ústroji očniho. Teuner: O narkose éterové (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 11. Jayle i Berruyer: Nowy przyrząd do chloroformowania. Aubertin i Babonneix: Porażenie obustronne poblonicze.

— Nr. 12. Mandoul: Epidemiologia zapalenia opon mózgowordzeniowych. M. Labbé i H. Labbé: Składowe części moczu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 7. Oppenheim: Nadużycia w przeszczepianiu ścięgien. Friedberger i Oettinger: Badania odkażającej własności griseryny. Osterroth: Przyczynek do kazuistyki „kerato mykosis aspergillina“. Hausmann: O obmacywaniu wyrostka robaczkowego i o utajonem jego zapaleniu. Mohr: O zapaleniu szpiku kostnego u osesków.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 7. Sacharoff i Sachs: O hemolitycznem działaniu substancyi światłotwórczych. Pfaundler: Automatyczne mieszadło przy robieniu prób surowicy. Starck: W sprawie ostrego rozszerzenia serca. Hohlfeld: Niedoskonałe tworzenie się kości. Lohrisch: Dwa przypadki „sporadycznego gnilca“. Schmidt: Zwężenie odźwiernika u oseska. Löhnberg: Przyczynek do suchot krtani u ciężarnych i do sprawy sztucznego poronienia. Bahr: Operacya i dojrzewanie zaćmy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 7. Bartel: Drogi zakażenia gruźlicą przez karmienie. Kraus i Doerr: O antytoksynie dyzenterycznej. Pick: Doniesienia z zakresu granicznego psychiatryi a neurologii. Taussig: Endemiczny nieżyt żołądka w Hercogowinie (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 7. Finger: Zapobieganie rzeżączce i poronne jej leczenie. Herff: W sprawie ofiarowania żyjącego dziecka dla uratowania matki. Riese: Doświadczenia w zakresie chirurgii dróg żółciowych. Pólya: Zakrzepowe zapalenie żył krezkowych jako fatalne powikłanie zapalenia wyrostka robaczkowego. Sehrwald: Wzmaganie się aglutynacyi prątków durowych i jej wartość dla rozpoznania duru. Brugger: Zastosowanie opatrunków wyskokowych.

Redakcya otrzymała. Krokiewicz: 1) W sprawie patogenezy dwoinek Fraenkel'a. Przypadek zapalenia przerzutowego (*pneumococcos matastatica*). 2) Ein Fall von Chloroma multiplex.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 7 (od dnia 12/II do 18/II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 26, dziew. 26; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 21, kob. 10; zamiejscowych: męż. 11, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. 1, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 4. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 1. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 3. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 31, obcych 19.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

ok XLIV. Kraków 4 Marca 1905. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Fizyka i chemia w biologii.

Wykład wstępny przy objęciu katedry farmakologii

wygłoszony przez

Prof. Dr. L. Popielskiego.

Olbrzymi rozwój nauk biologicznych znany jest nietylko specyalistom. Teoretyczne dociekania Clarka Maxwella z dziedziny elektryczności znalazły potwierdzenie w doświadczeniach Herza, który wykazał, że promienie elektryczne istnieją także rzeczywiście, jak istnieją promienie świetlne. W ten sposób teorya elektromagnetyczna światła została doświadczalnie stwierdzona. Badania Herza bezpośrednio prowadziły do odkrycia promieni katodalnych, mających tak olbrzymie zastosowanie w medycynie. Badania fizyczne, tak dokładnie odpowiadające obliczeniom, miały olbrzymi wpływ na chemię, w której wiele poglądów nosiło charakter nieokreślony, jak n. p. pogląd o mocnych i słabych kwasach, o powinowactwie ciał i inne.

Przez wprowadzenie poglądów fizyki teoretycznej do chemii, najwięcej interesująca biologów kwestya rozczynów otrzymała najzupełniej zadowalniające roztrzygnięcie. Jeżeli zwrócimy uwagę, że życie każdej komórki naszego ustroju odbywa się w płynnem środowisku, w którem są rozpuszczone rozmaite ciała, zrozumiemy to olbrzymie zainteresowanie, jakie biolodzy okazują do badań nad rozczynami.

Vant'Hoff, opierając się na pracach Pfeffera, uogólnił poglądy wypowiadane przez tego ostatniego i wykazał, że rozczyny wywierają na ścianki naczyń, w których się znajdują, ciśnienie, zwane osmotycznem i że ciśnienie to jest takie samo, jak gdyby w objętości, zajmowanej przez rozczyn, rozpuszczone ciało znajdowało się w postaci gazu lub pary.

Innemi słowy, ciała, zawarte w rozczynach, n.p. NaCl, KCl, podlegają tym samym prawom, co i gazy, mianowicie, że pomiędzy ciśnieniem osmotycznem (p), objętością v i T (w absolutnych jednostkach) istnieje stosunek, który można wyrazić zapomocą równania $pv = RT$, gdzie R stała wielkość $= 0{,}0821$. Jest to prawo Bojla-Mariotta. Bezpośrednim wynikiem tych badań, w wysokim stopniu interesujących biologów, był ten, że w rozczynach znajdują się nietylko niezmienione drobiny (molekułły) ciał, ale także ich składowe części, — jony. Naprz. w rozczynach KCl, NaCl, $ZnCl_2$, $Fe(SO_4)$, $CaCl_2$ znajdują się oprócz niezmienionych drobin także ich jony K^+ i Cl^-; Na^+ i Cl^-; Zn^{++}; $2Cl^-$; Fe^{++} i $(SO_4)^=$; Ca^{++} i $2(Cl)^=$.

Odkrycie to, zrobione przez Arrheniusa, a następnie sprawdzone przez wiele dokładnych doświadczeń, ma dla biologów osobliwe znaczenie. Okazało się, że wiele procesów, najżywotniejszych dla naszego ustroju, odbywa się dzięki obecności wolnych jonów.

Cały szereg procesów utleniających zachodzi w odczynie alkalicznym; n. p. cukrów, aldehidów, pyrogalolu i dla przebiegu tych procesów ma znaczenie zawartość w rozczynie nie drobin NaHO, KHO, leez zawartość wolnych jonów hidroksylowych —OH. Znaczenie zasadowości krwi na przebieg procesów utleniających w ciele określa się nie ilością całej zasadowości krwi, wyrażanej obecnością Na_2CO_3, ale ilością wolnych alkalicznych jonów (OH) i dlatego określenie tej wielkości (OH) we krwi posiada ogromne znaczenie dla zrozumienia rozmaitych procesów chorobowych w ciele, n. p. w cukrzycy.

Znaczenie alkalicznych jonów występuje nadzwyczaj wyraźnie podczas rośnięcia ustroju i na niektóre fakty w tym kierunku pozwolę sobie zwrócić uwagę. Pod wpływem domieszki do otoczenia, w którem zachodzi rozwój ustroju, nie wielkiej, nie przekraczającej jednak pewnej granicy alkalicznych jonów, wzrost ustroju bywa w wysokim stopniu przyśpieszony.

Tak n. p. okazało się, że przy dodaniu 1 cm. $^1/_{10}$ normalnego rozczynu NaHO do morskiej wody (co odpowiada = koncentracyi $OH = 1.10^{-3}$), rozwój i wzrastanie u jeżowców przyśpiesza się do tego stopnia, że badacz, prowadzący doświadczenia, z trudnością mógł uwierzyć, że ma do czynienia z danym gatunkiem. Następnie długość życia drobnowidowych *paramaecia* zwiększa się o $100\%_0$—$200\%_0$, jeżeli do wody, w której się znajdują owe *paramaecia*, dodać HO (w postaci NaHO) w koncentracyi 6.10^{-5}; wyższe koncentracye już zabijają *paramecia*. Pochodzi to stąd, że NaHO, KHO rozpada się całkowicie na alkaliczne jony HO tylko w pewnych bardzo rozcieńczonych rozczynach, w większych zaś koncentracyach istnieją całe, niezmienione w jony drobiny NaHO, które na *protoplasmę* działają zabójczo.

Nie potrzebuję dodawać, jak wielką wagę mają dla ludzkiego ustroju te, tylko co przytoczone fakty, jak wielkiego znaczenia nabiera znajdowanie się alkalicznych jonów we krwi, w środowisku, które otacza nasze tkanki. Nie ulega wątpliwości, że w wielu przypadkach przez dostarczenie ustrojowi wolnych jonów (HO) — można nie tylko ulżyć cierpieniu, ale nawet i przedłużyć życie. Badania w tym kierunku oczekują na badaczy.

Jak już wyżej wspomniałem, wiele ciał, zwanych elektrolitami, posiada własność rozpadania się na jony. Przy powstawaniu jonów zachodzą niektóre zjawiska, mające dla biologii wybitne znaczenie, na które tutaj pozwolę sobie wskazać. W każdym przypadku rozpadania się drobiny, zjawiają się

jony o wybitnych własnościach fizycznych. Z jednej strony powstają jony dodatnio naładowane elektrycznością, z drugiej — jony z ujemnem naładowaniem elektryczności. Ujemne lub dodatnie naładowanie elektrycznością jonów zależy od obecności w nich rzeczywiście istniejących atomów, zwanych elektronami.

Obecność w rozczynach elektronów jest ściśle związana z jonami i w wielu procesach ustroju ma znaczenie rozstrzygające. Okazało się naprz., że rozwój zapłodnionych jaj ryb ustaje w $^5/_8$ normalnego rozczynu NaCl. Jeżeli jednak dodać do tego rozczynu (na 100 sz. ctm.) 4 sz. c. $^1/_{64}$ $CaSO_4$, z 100 zapłodnionych jaj rozwija się 75. Analiza tego zjawiska wykazała, że w danym przypadku chodzi wyłącznie o obecność dodatnich elektronów, które w danym przypadku mają znaczenie — niweczników (antytoksyn) fizykalnej przyrody.

W innych przypadkach występuje zabójcze działanie niektórych jonów metalicznych na protoplazmę: te cechy jonów występują zwłaszcza przy niszczeniu grzybków chorobotwórczych za pomocą środków dezinfekcyjnych. Cały szereg połączeń srebra, rtęci, cynku, znany jest powszechnie ze swojego niszczącego działania na bakterye. Bliższe badanie wykazało, że niszczące działanie tych rozczynów zależy od obecności nie drobin $HgCl_2$, $AgNO_3$... lecz obecności wolnych czynnych jonów Hg, Ag, Zn. Jeżeli porównywać bakteryobójcze działanie soli rtęciowych $HgCl_2$, $HgBr_2$, $Hg(CN)_2$, $Hg(NO_3)_2$, to okaże się, że największem działaniem na bakterye odznacza się $HgCl_2$. Jednocześnie $HgCl_2$ posiada największą zdolność rozpadania się na jony. Sole srebra $AgNO_3$, CH_3COOAg odznaczają się wysokiem bakteryobójczem działaniem; jednocześnie posiadają wybitną zdolność rozpadania się na jony.

Mechanizm działania Hg^+ na bakterye najprawdopodobniej polega na łączeniu się Hg z białkiem; do tych połączeń bowiem rtęć, jak wogóle wszystkie tak zwane ciężkie metale, posiada wybitną zdolność. Znaczenie jonizacyi zaczynów przy dezinfekcyi ujawnia się w sposób bardzo wyraźny przy środkach z grupy ciał aromatycznych, a mianowicie fenolów.

Siła dezinfekcyjna tych ciał znacznie się powiększa po dodaniu elektrolitów, t. j. ciał, odznaczających się zdolnością rozpadania się na jony, n. p. po dodaniu NaCl, $Fe.SO_4$. Praktyka już oddawna korzysta z tego faktu i przy dezinfekcyi karbolem dodaje zwykle tani, odznaczający się wybitną zdolnością rozpadania się na jony $Fe(SO_4)$ w postaci siarczanu żelaza zwykłego (*crudum*). Ciekawym jest również fakt, że dodanie nierozpadających się na jony soli, n. p. będźwinianu sodowego, nie podnosi działania fenolu.

Dalsze badania nad rozczynami z punktu widzenia teoretycznej fizyki doprowadziły do wyników, mających ogromne znaczenie dla medycyny, rozświetlających w zupełnie zrozumiały i prosty sposób działanie bardzo wielu ciał na ustrój i poszczególne jego narządy. Jeżeli weźmiemy mieszaninę jakichkolwiek dwóch płynów, obojętnych względem siebie i nie mieszających się z sobą (n. p. eter, woda), to wprowadzając jakiekolwiek ciało, rozpuszczające się w każdym z tych dwóch płynów, zauważymy, że rozpuszcza się ono w każdym z nich nie w jednakowej ilości, ale zawsze w jednakowym stosunku, jakiekolwiek ilości ciała chcielibyśmy rozpuszczać. Ten stały stosunek, charakteryzujący własności rozpuszczania się ciała w każdym z tych dwóch płynów, nosi nazwę współczynnika podzielności. Weźmy n. p. wodę i CS_2 (dwusiarczek węgla). CS_2 zajmuje niższą warstwę w słoju; górną warstwę stanowi woda. Jeżeli dodać jodu i obydwa płyny zakłócić, to CS_2 zabarwia się na różowo od rozpuszczonego w nim J, gdy górna warstwa wody pozostaje bez zmiany, ponieważ w wodzie J nie rozpuszcza się wcale. Jeżeli weźmiemy pod uwagę krew, w której rozpuszcza się jakiekolwiek ciało, to wtenczas ono przedostać się może do wnętrza komórek, jeżeli ściany tych komórek rozpuszczają znajdujące się we krwi ciało. Naturalnie może tu być mowa tylko o ciałach, które do krwi dostają się w niezmienionym stanie i nie wchodzą z nią w reakcyę, a jednocześnie odznaczają się stałością swojego składu. Jak tylko ciało rozpada się na składowe części, to już mamy do czynienia nie z drobiną samego ciała, ale z jego pochodnemi, lub jonami. (Dok. nast.)

II. Sztuczne i mieszane żywienie niemowląt a instytucya „Kropli mleka" *(Goutte de lait)* we Francyi.

Podał

Dr. Tadeusz Zeleński,

asystent kliniki chorób dzieci U. J. w Krakowie.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu krakowskiego Towarz. lekarskiego w dniu 1 lutego 1905).

(Dokończenie.)

Zdaje mi się, że w najogólniejszym zarysie wyczerpałem warunki, których zachowanie jest niezbędne dla osiągnięcia zasadniczej poprawy w wynikach mieszanego lub sztucznego żywienia niemowląt. Pozornie mogłoby się zdawać, iż obracamy się w sferze utopii, niepodobnych do urzeczywistnienia; jednakże to wszystko, co tu wyszczególniłem, nie jest niczem więcej, jak programem działania organizacyi, która zapoczątkowaną została przed kilkunastu laty we Francyi, a która dziś jest znaną pod popularną nazwą „*Goutte de lait*". Dziś organizacya ta uznaną jest ogólnie za najważniejszą placówkę w walce ze śmiertelnością niemowląt, czego dowodem jest szybkość, z jaką obecnie, — po przetrwaniu czasu próby, — rozszerza się po całym obszarze Francyi i po za jej granicami.

Zasada instytucyi „Kropli mleka" jest następująca:

Każda matka, która się zgłosi z niemowlęciem i u której lekarz stwierdzi konieczność żywienia mieszanego lub sztucznego, otrzymuje codziennie potrzebną ilość mleka po cenie kosztu (ewentualnie poniżej ceny kosztu lub nawet bezpłatnie, zależnie od środków instytucyi i od położenia materyalnego klientki). W zamian za to zobowiązuje się wypełniać przepisy lekarza i zgłaszać raz w tygodniu z dzieckiem do wagi i do kontroli lekarskiej. W ten sposób żywienie każdego dziecka przeprowadzonem jest przy pomocy wzorowego mleka i pod stałym dozorem lekarza. Lekarz orzeka na początku, o ile matka może piersią karmić i ile pierś jej pokarmu może dostarczyć; kieruje dawkowaniem mleka, stopniowem podwyższaniem dawek i w razie potrzeby rozcieńczaniem mleka; lekarz wreszcie oznacza czas ewentualnego odstawienia dziecka i kieruje jego przeprowa-

dzeniem. Mówię tu o odstawieniu, gdyż matki, karmiące wyłącznie piersią, nie są bynajmniej usunięte od tygodniowej kontroli i porady lekarskiej; przeciwnie, zachęca się je do tego, nagradzając pilne uczęszczanie drobnymi podarkami z zakresu ubrania dziecka lub nawet pomocą pieniężną. Każde dziecko posiada oddzielną kartę, na której notowane bywają w krótkości szczegóły, odnoszące się do jego stanu zdrowia, jakoteż wyniki wagi, tej najlepszej wskazówki w sprawie hodowania niemowląt.

Oto jest ogólna zasada, wspólna wszystkim instytucyom „Kropli mleka"; różnice pomiędzy ich poszczególnymi typami zależą głównie od sposobu, w jaki odbywa się dostarczanie mleka.

Na innem miejscu będę miał sposobność dokładniej omówić szczegóły, tyczące różnych sposobów wyjaławiania mleka. O tem, jaki sposób w danej instytucyi jest najodpowiedniejszy, roztrzygają przedewszystkiem warunki techniczne i miejscowe. Stosownie do tych warunków wytworzyły się dwa główne typy instytucyi „Kropli mleka": jedne posługują się mlekiem wyjałowionem fabrycznie, drugie mlekiem pasteuryzowanem, którego pasteuryzacya odbywa się w samej instytucyi.

W wielkich miastach, gdzie z powodu oddalenia źródeł mleka pomiędzy jego wydojeniem a przejściem do rąk odbiorcy upływa dość długi przeciąg czasu, jedynie mleko bezwzględnie wyjałowione daje zupełną rękojmię bezpieczeństwa dla niemowlęcia. Wyjałowienie powinno być uskutecznione w jaknajkrótszym czasie po podoju, najlepiej wprost na miejscu otrzymania mleka, natychmiast po rozlaniu do flaszek, w których mleko ma się dostać do rąk odbiorcy. Postępowanie to zabezpiecza nietylko czystość bakteryologiczną mleka, lecz i jego rzetelność, gdyż warunki transportu w pojedynczych, szczelnie zakorkowanych i zapieczętowanych parafiną butelkach uniemożliwiają wszelkie oszukańcze manipulacye w czasie przewozu. Sposób ten ogromnie upraszcza i ułatwia zadanie w instytucyach, które obracają codziennie ogromnemi ilościami mleka i które w razie innego postępowania wymagałyby specyalnego lokalu, przyrządów i personalu licznego, a podlegającego ciągłej i niezmiernie ścisłej kontroli, co ogromnie musiałoby podnieść koszta, nie dając w zamian nigdy zupełnej rękojmi co do bezpieczeństwa mleka. Z tych powodów wszystkie instytucye „Kropli mleka", pozostające w Paryżu, posługują się wyłącznie mlekiem, wyjałowionem fabrycznie. Mleko to pochodzi z wielkich ferm mlecznych w Normandyi lub Bretanii; wyjałowienie odbywa się na miejscu w specyalnych autoklawach po rozlaniu do $^1/_2$-litrowych butelek.

Zapewne, że żywienie niemowląt takiem mlekiem dalekiem jest od ideału; wyjałowienie mleka w tak wysokiej ciepłocie ma swoje bardzo poważne strony ujemne i gdyby ich można było uniknąć, byłoby to ogromnym postępem; jednakże w pewnych warunkach jest ono prawdziwem dobrodziejstwem i nie da się na razie niczem zastąpić. Jeżeli mamy do wyboru między niebezpieczeństwami, wypływającemi ze zmian, wywołanych w mleku przez wyjałowienie, a temi, które przynosi ze sobą mleko zakażone i fałszowane najrozmaitszymi sposobami, wówczas nie możemy się wahać ani na chwilę; a ta alternatywa przedstawia się w stosunkach wielkiego miasta z najściślejszą koniecznością.

O ile „Krople mleka", założone w wielkich miastach, muszą posługiwać się tak ze względów technicznych, jakoteż ze względów bezpieczeństwa mlekiem wyjałowionem fabrycznie, o tyle znaczna ilość tych instytucyi powstających w ostatnich czasach na prowincyi, w mniejszych miastach i miasteczkach Francyi używa od lat kilku z jaknajlepszym wynikiem mleka pasteryzowanego systemem Contant[2]). Głównym koniecznym warunkiem jest tu bliskość źródeł mleka, które winno być poddane pasteryzacyi w możliwie najkrótszym czasie po podoju. Pasteryzacya odbywa się w samej „Kropli mleka", poczem mleko natychmiast zostaje rozdanem. Dzięki szybkości i automatyczności, z jaką proces pasteryzacyi w przyrządzie Contant się odbywa, wystarcza nieduży pokoik z bardzo niekosztownem urządzeniem i jeden człowiek do uskutecznienia pasteryzacyi znacznej ilości mleka. We Francyi system ten zastosował po raz pierwszy Ausset, profesor pedyatryi z Lille, w „Kropli mleka" w St. Pol sur mer, pozostającej pod jego kierunkiem. Wzorową tę instytucyę miałem sposobność zwiedzić i mogłem przekonać się naocznie, jak to urządzenie jest niezmiernie praktycznem i łatwem do zastosowania. Oprócz wyższości, jakie posiada samo przez się mleko pasteryzowane, system ten posiada jeszcze inne zalety w porównaniu z paryskiemi „Kroplami mleka", rozdającemi mleko wyjałowione fabrycznie w półlitrowych butelkach (wyjałowienie mleka w mniejszych partyach byłoby ze względów technicznych zbyt kosztowne), a mianowicie:

1. dziecko spożywa mleko bez przelewania wprost z naczynia, w którem nastąpiło wyjałowienie;

2. każda matka dostaje tylko tę ilość mleka, jaką lekarz uzna za potrzebną;

3. w razie potrzeby rozcieńczania mleka może ono być uskutecznione przed pasteryzacyą, zależnie od indywidualnych potrzeb dziecka.

Nie ulega zatem wątpliwości, że ten ostatni typ instytucyi, posługujący się mlekiem pasteryzowanem w przyrządzie Contant, jest o wiele doskonalszy i że stanowi ostatni wyraz zastosowania zdobyczy naukowych na polu sztucznego żywienia niemowląt; jednakże — jak już zaznaczyłem — w wyborze pomiędzy temi dwoma postaciami organizacyi muszą rozstrzygać przedewszystkiem techniczne warunki miejscowe.

Powracam do organizacyi „Kropli mleka". Widzieliśmy poprzednio, w jaki sposób instytucya ta zapewnia skazanemu na sztuczne lub mieszane karmienie niemowlęciu możliwie najlepsze warunki tych sposobów żywienia. Na tem nie kończy się zadanie, jakie spełnia „Kropla mleka". Ratując zdrowie i życie dziecka, instytucya ta stanowi równocześnie dla matek najlepszą szkołę praktyczną karmienia i pielęgnowania niemowlęcia. Na brak wykształcenia matek w tym kierunku i jego opłakane następstwa oddawna zwrócono we Francyi uwagę. Dla hodowania jakiegokolwiek gatunku roślin lub zwierząt wymagane są pewne niezbędne w tym kierunku wiadomości, jedynie w kwestyi jednej z najważniejszych, w kwestyi wychowania i wykarmienia niemowlęcia panuje powszechnie najzupełniejszy dyletantyzm. Brak ten wykształcenia u matek,

[2]) Przyrząd Contant, demonstrowany przez autora w krak. Tow. lekar., jest modyfikacyą przyrządu Soxleta i polega na szybkiem ogrzaniu mleka w parze do ciepłoty 75° i następowem gwałtownem oziębieniem.

szkodliwy nieraz, gdy idzie o żywienie piersią, staje się przy sztucznem karmieniu wprost zabójczy i odgrywa ogromną rolę w przyczynach śmiertelności sztucznie żywionych niemowląt.

W ostatnich latach podjęto we Francyi wiele usiłowań, dążących do zmiany tych stosunków, bądź to zapomocą popularnych broszur i odczytów, bądź też zapomocą nauczania w szkołach dziewcząt zasad hodowania niemowlęcia. Jednakże skuteczniejszą od wszystkich nauk teoretycznych jest ta, jaką każda matka przechodzi praktycznie, uczęszczając do „Kropli mleka“. Stykając się z nią stale i często, może lekarz pozyskać w zupełności jej zaufanie i osiągnąć to, czego nie byłby w stanie uzyskać w dorywczej poradzie ambulatoryjnej, t. j. wszczepić główne zasady hodowania niemowlęcia, wpoić przekonanie o ważności ich przestrzegania, wreszcie zwalczać skutecznie liczne przesądy i uprzedzenia. Ażeby dostatecznie ocenić tę drogę działalności „Kropli mleka“, trzeba koniecznie być świadkiem tygodniowego ważenia i porady lekarskiej. Widzi się obudzone współzawodnictwo matek i ich ambicyę na punkcie zdrowia i ciężaru niemowlęcia; ich zainteresowanie wynikami wagi i zrozumienie ich znaczenia; widzi się idealny stosunek matki do lekarza, oparty na zaufaniu, posłuszeństwie i wdzięczności.

Podczas zeszłorocznego Zjazdu pedyatrów w Rouen organizacya „Kropli mleka“ była przedmiotem bardzo wyczerpujących omówień i spotkała się z jednym ciężkim, a niesprawiedliwym zarzutem. Mianowicie niektórzy lekarze, przejęci myślą, iż powrót do żywienia naturalnego stanowi jedynie zbawienną drogę dla osiągnięcia poprawy w kwestyi niemowlęcej, zarzucali „Kropli mleka“, iż pracując nad udoskonaleniem wzorowego żywienia sztucznego, odciągają matki od karmienia piersią, że zatem w tym kierunku działalność ich jest wręcz szkodliwa. Zarzut ten może był poniekąd usprawiedliwiony w odniesieniu do pewnych poszczególnych instytucyi „Kropli mleka“, jednakże nigdy w odniesieniu do zasady całej organizacyi. Ażeby to udowodnić, wystarczy przytoczyć wyniki, uzyskane przez Dr. A u s s e t we wzmiankowanej już „Goutte de lait“ w St. Pol sur mer. W chwili założenia tej instytucyi przed dwoma laty liczba niemowląt żywionych piersią wynosiła 22%. Po roku działalności liczba ta podniosła się do 35%, a dziś wynosi ona 48% dzieci żywionych wyłącznie piersią, a 29·6% żywionych sposobem mieszanym. Liczby te w zupełności wystarczą za dowód, że pod rozumnem i wytrwałem kierownictwem „Kropla mleka“ jest jedną z najdzielniejszych i najskuteczniejszych placówek, walczących w obronie karmienia piersią. „Im mniej rozdajemy mleka, tem bardziej jesteśmy zadowoleni“ powiada Dr. A u s s e t. Że podobnie korzystnych wyników nie można osiągnąć n. p. w Paryżu, jest rzeczą naturalną; jednakże nie „Krople mleka“ są temu winne.

Niepodobna wreszcie pominąć znaczenia, jakie ma organizacya „Kropli mleka“ pod względem naukowym. Będąc szkołą dla matek, jest ona równocześnie najlepszą szkołą dla lekarza w tej tak trudnej i delikatnej nauce hodowli niemowlęcia. Badaczowi naukowemu daje ona w rękę rozległy materyał i zapewnia możność ścisłej i nieprzerwanej obserwacyi, w tem od spostrzegania klinicznego odrębnej, że prowadzoną jest w niezmienionych warunkach realnych życia codziennego. To też znaczną część zdobyczy, jakie nauka francuska w ostatnich latach na polu higieny niemowlęcia odniosła, zawdzięcza ona instytucyom „Kropli mleka“ i lekarzom, stojącym na ich czele.

Pozostaje do omówienia ostatni, a bardzo ważny szczegół, t. j. praktyczna strona organizacyi. Pod tym względem niema prawie może drugiej instytucyi społecznej, której działalność byłaby tak wydatną i skuteczną, a równocześnie wymagała tak małych środków. Według słów Dr. J o u m a r t a „do stworzenia „Kropli mleka“ potrzeba tylko trzech rzeczy: wagi do ważenia niemowląt, przyrządu do wyjaławiania mleka i lekarza poświęconego sprawie“; słowa te przytoczone zostały przez ministra spraw wewnętrznych w odezwie, zachęcającej prefektów do popierania „Kropli mleka“ w departamentach Francyi. Okoliczność ta jest niezmiernie ważna dla instytucyi, która, ażeby działać skutecznie, winna ogarnąć jak najszersze warstwy i rozmnożyć się jaknajliczniej. Bo rzecz prosta, że nawet w tak bogatem społeczeństwie, jak francuskie, rozwiązania kwestyi niemowlęcej nie można się spodziewać po pojedynczych instytucyach, powstałych dzięki krociowym fundacyom, a które z nadzwyczajnym kosztem i z prawdziwym przepychem higieny wychowują corocznie kilkadziesiąt niemowląt.

W porównaniu n. p. z dawniejszą popularną organizacyą t. zw. *crèches* czyli „żłóbków“ stanowi „Kropla mleka“ pod względem szerokości zakresu działania i praktycznej doniosłości olbrzymi postęp. Jak wiadomo nazwą „żłóbków“ oznaczane są zakłady, przyjmujące i żywiące sztucznie niemowlęta w ciągu dnia, a wieczorem wracające je matkom dla dokarmienia piersią. W dzisiejszych pojęciach higieny hospitalizacya znacznej liczby niemowląt w tych warunkach tyle przedstawia niebezpieczeństw i wymaga tak daleko posuniętych ostrożności, że działalność tej instytucyi ulega przez to znacznemu ograniczeniu. W razie objawów jakiejkolwiek choroby, n. p. choroby przewodu pokarmowego, musi niemowlę być ze żłóbka usunięte, raz dla bezpieczeństwa innych, powtóre dlatego, iż leczenie i pielęgnowanie chorych dzieci nie leży w zakresie tej instytucyi. A na choroby te dziecko, przebywające w żłóbku, narażone jest często. Wprawdzie w zasadzie niemowlę przez czas, który spędza poza żłóbkiem, ma być karmione piersią matki; w praktyce jednak ogromna większość dzieci takich żywiona jest i w domu przeważnie sztucznie, a co za tem idzie, narażona na wszystkie opłakane następstwa mniej lub więcej niedoskonale przeprowadzonego żywienia sztucznego. Widzimy zatem, iż działalność żłobków jest znacznie mniej jednolitą i konsekwentną, niż działalność „Kropli mleka“; równocześnie działalność ta z natury rzeczy musi się ograniczać do pewnej bardzo szczupłej liczby niemowląt. Stworzenie i prowadzenie żłobka w sposób, czyniący zadość wszystkim wymaganiom higieny i bezpieczeństwa, przedstawia dzisiaj koszta wprost olbrzymie; jest to zbytek, na który żadna, nawet bardzo bogata gmina miejska nie mogłaby sobie własnymi środkami pozwolić; — natomiast w każdej, nawet najuboższej, można stworzyć wzorową „Kroplę mleka“, z której korzystać może nieograniczona liczba matek i dzieci.

Kończę, wyrażając przekonanie, że organizacya ta jest najważniejszą zdobyczą współczesną, uzyskaną na polu walki ze śmiertelnością niemowląt; jest ona zarazem wspaniałym przykładem samopomocy społecznej, opartej przedewszystkiem na rozumnej i umiejętnej organizacyi.

III. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Studyum bolu fizycznego.

Skreślił

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Bole odczuwać możemy obwodowo, w przebiegu nerwów i ośrodkowo. O bolach obwodowych mówiliśmy już wiele. Bole wzdłuż przebiegu nerwów objawiają się jako bole strzelające, przebiegające ku rdzeniowi, rzadziej w kierunku odwrotnym. Ból, biegnący od rdzenia ku obwodowi, tłómaczymy sobie projekcyą niezlokalizowaną.

Drogi bolu, jak wiemy, biegną w rdzeniu, nic więc dziwnego, że spotykamy tu pewne, na pozór oryginalne właściwości. Tak n. p. ból może przeskakiwać i występować w zupełnie odległych okolicach ciała bez żadnego widocznego związku narządu zaatakowanego z narządem chorym.

Tę swoistą właściwość bolu zowiemy rozpromienieniem (irradyacyą). Ponieważ właściwość ta ma dla medycyny wielkie znaczenie, przeto pomówię o niej obszerniej.

Promieniowaniem bolu zowiemy: rozszerzanie się w dalszym ciągu lub przeskok bolu z miejsca chorego w odleglejsze zdrowe. Cecha ta bolu jest bardzo ważną, gdyż nieraz jest powodem błędnego rozpoznania umiejscowienia choroby. Promieniowanie polega na przenoszeniu się bezpośredniem wyładowania nerwowego w rdzeniu na komórki sąsiednie. Komórki, leżące w rdzeniu tuż koło siebie, mogą na obwodzie zasilać odległe nawet narządy i stąd ten dziwny objaw. Każdemu znane są bole kolana przy zapaleniu stawu kulszowego, lewej połowy klatki piersiowej przy chorobach serca, ból w prąciu przy kamieniach nerkowych, ból barku, lub w łopatkach przy cierpieniach wątroby i w dusznicy bolesnej, pieczenie w nosie przy tasiemcu i t. d. Pewne okolice ciała są jakby przez to ściśle związane ze sobą łącznikami bolu. Szemat takich łączników przytaczam poniżej:

Części i narządy moczo-płciowe	Barki Łopatki
Trzewa — przepona	Nos Kończyny dolne i górne
Klatka piersiowa Sutek Kończyna górna	Serce Płuca.
Język Gardło	Ucho.

Łączników tych jest znacznie więcej: przytoczyłem tu tylko najtypowsze. Do promieniowania bolu zaliczyć należy także bardzo ciekawy objaw, mianowicie wspólbole w skórze, leżącej ponad lub w okolicy chorego narządu w głębi[8]).

Przy mechanicznem drażnieniu skóry, n. p. przy zdrapywaniu strupa, występują czasem błyskawiczne lub kłujące bole w bardzo odległych miejscach. Zdarza się to najczęściej na klatce piersiowej i łopatce przy drażnieniu kończyny dolnej, a w płatku usznym przy drażnieniu splotu lędźwiowego. Zjawisko to nazwał Gubber „echem bolu“.

Kilka ciekawszych bolów z rozpromienienia, podanych w piśmiennictwie, uważam za pożyteczne na tem miejscu przytoczyć.

Tissot znał głuchego, który przy drażnieniu przewodu usznego doznawał silnego bolu w języku. Bartholin spostrzegał przy napadach kolki nerwowej migrenę po tej samej stronie. Baglivi obserwował przypadek bolu w nerce jednej, a sekcya wykazała zmiany w drugiej[9]). Nélaton wspomina o chorym, zranionym w kark, który przy oddawaniu moczu doznawał bardzo silnych bolów w ranie. Podobne spostrzeżenie ogłosił Richet. U chorego, cierpiącego na zapalenie cewki i pęcherza moczowego, dokonano amputacyi ramienia lewego. Przy oddawaniu moczu, prócz bolu w cewce i pęcherzu doznawał on strasznych bolów w kikucie amputacyjnym Weir-Mitchell obserwował znowu u amputowanego silne bole w kikucie lewego ramienia przy każdorazowem ziewnięciu.

Brown-Séquard tłómaczy te wszystkie wspólbole rdzeniową przeczulicą.

Omówiwszy główniejsze cechy bolu, zastanowić się wypada nad skutkami tegoż stanu nerwowego. Skutki bolu podzielić możemy na chwilowe i stałe.

Do chwilowych zaliczamy zachowanie się fizyonomii i wogóle całego systemu nerwowego, cierpiącego osobnika, jak zmiany naczynio-ruchowe, sympatyczne i odruchowe. Fizyognomia twarzy cierpiącego ból znaną jest każdemu. Klasycznie przedstawiają ją n. p. rzeźby, jak Laokon, umierający gladyator, Niobe i inne. Twarz przybiera wtedy całkiem charakterystyczne wejrzenie. Szpara oczna rozszerza się, gałki zwracają się ku górze, źrenice rozszerzają, czoło układa się w podłuże zmarszczki, brwi się ściągają, nozdrza rozdymają, usta ulegają ściskowi lub naodwrót rozwarciu i opadnięciu kątów ku dołowi. Z ruchów czynnych wspomnieć należy o zgrzytaniu zębami, kąsaniu, bocznych ruchach żuchwy i t. d.

Bardzo silny ból wywołuje niedokrewność mózgu i utratę przytomności. Zapewne wielu męczenników z tego powodu znosiło tortury tak spokojnie. Z objawów chwilowych wspomnieć także należy o przyśpieszeniu akcyi serca (objaw Mannkopff-Rumpfa), o przyśpieszeniu oddychania lub o nagłym tegoż wstrzymaniu na szczycie wdechu, o odruchowem deskowatem napięciu mięśni, lub odwrotnie. Do zmian stalszych należą przedewszystkiem zaburzenia odżywcze w postaci siwienia, rudzenia i wypadania włosów, zmian barwikowych, chorobliwych przykurczeń i t. d.

Mantegazza, chcąc tę sprawę bliżej zbadać, robił doświadczenia na zwierzętach i doszedł do następujących wniosków: Ból długotrwały wywołuje utratę łaknienia, nieraz odrazę do jedzenia, bole brzucha, niestrawność, wymioty i biegunkę. U szczurów po długotrwałym bolu występuje osłabienie i wychudnienie. U żab tenże stan wywołuje silne chłonienie wody, przypominające niemal nasiąkanie (imbibicyę) trupią. Ból długotrwały osłabia odporność ustroju na zakażenie, usposabiając wprost do niego. Odurzenie narkotyczne zmniejsza ujemne działanie bolu.

[8]) Sprawą tą zajmował się szczegółowo anglik neurolog Henry Head. Wykazał on mianowicie, że strefy hiperalgetyczne w skórze nie odpowiadają typowemu rozgałęzieniu danych nerwów czuciowych, lecz są wyrazem i rzutem zadrażnienia komórek rdzeniowych, sąsiadujących z komórkami chorego narządu (nerwu spółczulnego).

[9]) Spostrzeżenia tego rodzaju są częstsze. Patrz: Dr. Klęsk: Z dziedziny chirurgii nerek („Przegląd lekarski“).

Nawet długotrwały ból nie pozostawia po sobie zmian histologicznych w rdzeniu.

Wiemy już, że bole chwilowe po dłuższym lub krótszym czasie ustępują same wskutek znużenia i wyczerpania układu ośrodkowego. Jedność świadomości wymaga, by zawsze jedno tylko wyobrażenie wypływało na wierzch. Możemy wszystko czynić, myśleć i chcieć, ale nie naraz, lecz po kolei; w przeciwnym razie powstaje bezład i brak logicznego skupienia myśli. Każde nowe, dochodzące do świadomości wrażenie, usuwa swego poprzednika. Cecha ta naszej istoty nerwowo-psychicznej jest przyczyną, że nawet i tak silny stan nerwowy, jak ból, może być usunięty ze świadomości przez nowe nagłe, lecz silne wrażenie [10]). Ból zęba znika często przy siadaniu na fotelu dentysty; o bolu zapomina się w miłem towarzystwie.

W zadumie (melancholii) po przejściu okresu przygnębienia bole znikają, by wrócić, gdy wraca smutne usposobienie. Człowiek, przejmujący się bolem, cierpi dwa razy więcej, niż ten, który o bolu „zapomnieć" potrafi. Ból moralny i fizyczny nie mogą współistnieć, gdyż każdy z nich jest innym sposobem wyładowywania energii nerwowej. Często też człowiek, cierpiący moralnie, zadaje sobie różne uszkodzenia, by przez to zamienić jeden ból na drugi. Na tym objawie psychicznym polega też skuteczność pryszczydeł, silnego ściskania chorego miejsca, gryzienia rąk przy bolu i t. d. W pojedynku, na polu walki, wśród silnego i ogólnego podniecenia umysłowego nie czuje się nieraz bolu zupełnie, gdyż podniety, mające wywołać ból, wyładowywują się inną drogą, a wrażenie, opanowujące świadomość, spycha uczucie bolu na plan drugi. Pascal przy pracy zapominał zupełnie o rwie; Kant mógł wstrzymać ból siłą woli; fakirowie indyjscy w ekstazie zadają sobie najokrutniejsze rany, nie odczuwając zgoła nic. Stan psychiczny, wpływający przygnębiająco na ból, może wystąpić u człowieka, jako objaw stały i wtedy spotykamy się z obrazem klinicznym zupełnej bezbolesności, jak na to liczne mamy dowody w histeryi, u męczenników i t. d. Podobnie u umysłowo chorych spotykamy zupełny brak bolu i cierpienia: sprawy tak bolesne, jak złamania kości, zapalenia otrzewnej, przecięcia ropni i oparzenia, przebiegają u nich zupełnie bez uczucia podmiotowego bolu.

Ból może być także powstrzymywanym przez zwykłe wrażenia nerwowe. W zapaleniach skóry, połączonych często z pieczeniem lub swędzeniem, dotykanie miejsc bolesnych lub drapanie sprawia chwilową ulgę, jakkolwiek ból potem występuje nieraz z podwójną energią. Ludzie, cierpiący wielkie bole, z ochotą poddadzą się nawet najboleśniejszym zabiegom, a podczas operacyi doznają nawet ulgi.

Zniesienie czucia bolu może mieć trojakie źródło:

1. Na obwodzie: *a*) kokaina i inne środki miejscowo znieczulające, *b*) zimno, *c*) uderzenie i *d*) odcięcie dowozu krwi.

2. W przebiegu: *a*) ucisk nerwu (zdrętwienie), *b*) przecięcie nerwu, *c*) zapalenie nerwu i *d*) zmiany toksyczne w nerwie.

3. W rdzeniu i mózgu: *a*) choroby substancyi szarej, *b*) znieczulenie metodą Biera, *c*) choroby umysłowe i nerwowe, *d*) odurzenie narkotyczne ogólne, *e*) niedokrewność mózgu i *f*) wpływy psychiczne. (Dok. nast.)

[10]) Naodwrót, znów występujący ból usuwa inne wrażenia i nie pozwala o nich myśleć. Griesinger uważa nawet to skupienie uwagi za główną przyczynę odczuwania bolu.

IV. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

Podał
Dr. W. Chlumský,
Docent chirurgii i ortopedyi Uniw. Jag.

(Dokończenie.)

VII. O mięsieniu w chorobach przewodu pokarmowego.

Wielkie znaczenie ma mięsienie w cierpieniach narządu pokarmowego i daje bardzo dobre wyniki, zwłaszcza w przewlekłem zaparciu stolca. Przyczyny zaparcia tego są przeróżne, to też nie zawsze możemy je mięsieniem pokonać lub choćby tylko złagodzić. W większości jednak przypadków przewlekłego zaparcia stolca, a przedewszystkiem w zaparciu nawykowem, wpływ mięsienia bywa nadzwyczaj dobry, a lepszy z pewnością, niż działanie wszystkich tych przeróżnych, a tak często stosowanych środków przeczyszczających i wód mineralnych. Mięsienie leczy tu chorobę samą, leki zaś prawie nigdy.

Mięsienie wykonywamy tu sposobem zwykłym, najlepiej rano na czczo lub wieczorem przed wieczerzą. Przy pełnym żołądku jest niebezpieczne, a w każdym razie mniej skuteczne. Stosować je należy systematycznie co dnia przez przeciąg kilku tygodni. Jednorazowe mięsienie powinno trwać dziesięć do dwudziestu minut, a dobrze też łączyć je w niektórych przypadkach z ćwiczeniami gimnastycznemi i elektryzowaniem. Niektórzy radzą stosować ćwiczenia gimnastyczne zaraz po mięsieniu. Wedle naszego jednak doświadczenia należy dać choremu odpoczynek około dziesięciominutowy, a potem dopiero stosować odpowiednie ćwiczenia gimnastyczne. Wyżej opisanym sposobem lecząc, możemy chorego uwolnić od tych wszystkich ciężkich i przykrych dolegliwości, a co najmniej wielką przynieść mu ulgę, która może przy odpowiednio ułożonym trybie życia przejść w stałą. Mięsienie należy od czasu do czasu powtarzać.

Przewlekłe zaparcie stolca bywa często spowodowanem opadnięciem trzew (*enteroptosis*), które pociąga za sobą liczne inne zaburzenia wewnętrzne. Lżejsze przypadki wymienionego cierpienia dadzą się leczyć mięsieniem, a nawet stale usunąć. I tutaj wykonywamy mięsienie brzucha w poprzednio opisany sposób. Niemałe ma znaczenie przytem wzmocnienie zapomocą mięsienia zwiotczałych powłok brzusznych, a przez to podtrzymanie opadających narządów jamy brzusznej, chociaż udaje się to nam w niektórych tylko przypadkach.

Równie dobrze ma działać mięsienie w opadnięciu poszczególnych narządów w jamie brzusznej, n. p. żołądka, wątroby i przy nerce wędrującej. Trudno wprawdzie wyobrazić sobie poza wzmocnieniem powłok brzusznych, na czem polega owo utrwalenie krezki i więzów jamy brzusznej pod wpływem mięsienia; dobre jednak wyniki, przytaczane przez różnych autorów, świadczą, że dolegliwości, spowodowane wymienionemi zboczeniami, zmniejszają się, lub nawet ustępują zupełnie. Znane są także przypadki w piśmiennictwie, w których udało się mięsieniem wyleczyć tak ciężką chorobę, jak zagłobę kiszek, a to nawet tam, gdzie wgłobienie trwało już czas dłuższy i zabieg operacyjny zdawał się być nieuniknionym. Ostrożne mięsienie zalecamy również tam, gdzie po przebytem zapaleniu kątnicy pojawiają się od czasu do czasu boleści i dolegliwości w okolicy kiszki ślepej. Mięsieniem możemy spo-

tęgować wessanie produktów zapalnych, a zrosty, które są zwykle przyczyną bolów, przerwać lub przynajmniej rozluźnić.

Następną chorobą, której postęp, zwłaszcza w początku, powstrzymać możemy mięsieniem, jest kamica żółciowa. Niektórzy autorowie podają, że udało się im wyleczyć mięsieniem przypadki nawet ciężkie, o co napróżno kusili się przedtem interniści i chirurdzy. Sposób mięsienia w przypadkach tych polega na rozcieraniu, głaskaniu i wibracyi, wykonywanych na okolicę wątroby i woreczka żółciowego. Należy jednak zachować tu szczególną ostrożność, aby nie spowodować przez zbyt gwałtowny ucisk na kamyki w woreczku żółciowym przerwania jego ściany. W przypadkach gorączkowych mięsienie jest przeciwwskazane.

Liczne także cierpienia żołądka możemy leczyć mięsieniem, a przynajmniej zmniejszyć towarzyszące im dolegliwości. Wspomnieliśmy już o opadnięciu żołądka; pozostaje nam wymienić jeszcze rozstrzeń żołądka, różne jego nerwice i zaburzenia w trawieniu. We wszystkich tych przypadkach mięsimy brzuch, wykonywując przy tem głaskanie i klepanie na okolicę żołądka, a rozcieranie na okolicę odźwiernika.

W ten sposób kończymy wyliczenie szeregu tych cierpień, które bądź to samem mięsieniem, bądź to mięsieniem wraz z zabiegami innymi mogą być z powodzeniem leczone. Nie zupełnie go jednak wyczerpaliśmy: pominęliśmy bowiem choroby oczu, nosa, uszu, gardła, narządu płciowego żeńskiego i męzkiego, jako choroby wchodzące w zakres praktyki lekarzy-specyalistów, a w których wykonywanie mięsienia wymaga szczególnej zręczności i zawodowych wiadomości. Pominęliśmy też choroby, w których działanie mięsienia nie jest pewne lub bezskuteczne, jak n. p. mimowolne moczenie; udało nam się jednak wyleczyć mięsieniem i elektryzowaniem cztery przypadki cierpienia tego a to u dwojga ludzi dorosłych i u dwojga dzieci.

Stosowaliśmy też mięsienie z powodzeniem w otyłości ogólnej, jako mięsienie ogólne, dalej w przewlekłych zatruciach, w zapaleniach nerwów, zołzach i. t. p. W cierpieniach tych mięsienie ma dotąd małe jeszcze zastosowanie, a technika i wskazania nie są ustalone.

W pracy powyższej nie chodziło nam tak o możliwe i całkowite wyczerpanie przedmiotu, ile o zwrócenie jeszcze raz baczniejszej uwagi kolegów na ten znakomity, a dotąd jeszcze niedość ceniony środek leczniczy.

V. Oceny i sprawozdania.

Bresgen. (Wiesbaden). **Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren, sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit, nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchung u. Behandlung solcher Kranken.** (*Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. T. VII. Z. 8. Carl Marhold. „Halle“ (a/s).*

Sprawy nieżytowe górnych dróg oddechowych u noworodka i małych dzieci są, jak wiadomo, nietylko bardzo częste, lecz także bardzo ważne ze względu na ich następstwa i na ich wpływ na rozwój fizyczny i umysłowy dziecka. Już w roku 1882 autor pierwszy podał dokładny obraz cierpienia, polegającego na osłabieniu pamięci i umysłu u dzieci w następstwie utrudnionego oddychania przez nos. Jednakże dopiero kilka lat później, gdy Guy tę samą chorobę opisał pod nazwą „aproseksyi“, zaczęto ogólną na nią zwracać uwagę. W rozprawie pod tytułem wyżej podanym autor roztrząsa przedewszystkiem przyczyny wymienionych chorób na podstawie fizyologicznych czynności i zadań nosa i mechanizmu oddychania nosowego. Przytem wyświetla on wpływ oddychania nosowego na czynność i rozwój płuc, a szkodliwość oddychania przez usta dla rozwoju fizycznego i umysłowego dziecka. Między przyczynami omawia autor także odziedziczone osobliwości w budowie odnośnych części ciała i t. zw. usposobienie nieżytowe. To ostatnie może także być nabyte przez nieracyonalne, przesadne hartowanie ciała zimną wodą i t. p., niedostateczne odżywienie i pielęgnowanie oseska, nadużywanie płókań nosa, tytoniu, wyskoku; dalej jako następstwo grypy, płonicy, odry, błonicy, krztuśca. W ozenie ważną rolę przyczynową odgrywa, zdaniem autora, zarażenie noworodka rzeżączkową wydzieliną pochwy. Częstość zaś chorób ucha u dzieci ma swoją przyczynę w osobliwej budowie trąbki. Po obszernem określeniu obrazu nieżytu nosowego i sapki u noworodków i małych dzieci, ich wpływu na umysł, na słuch i dalsze następstwa, omawia B. inne choroby, ozenę, obce ciała w nosie, złamania, przegięcia przegrody nosowej i krwawienie z nosa. W przedstawieniu chorób gardła uwzględnia autor szczególnie ostre zapalenie i przerost migdałków podniebiennych i gardłowych, a jako następstwa chorób nosa i gardła: zaburzenia głosu i mowy, wadliwy rozwój czaszki twarzowej, choroby uszne, następowe zaburzenia mowy, bóle głowy u dzieci szkolnych.

Trafne i cenne wskazówki dla badania i leczenia chorób nosa, gardła, krtani, ucha u małych dzieci kończą tę zajmującą pracę.

Zważywszy znaczenie, jakie choroby te mają dla dzieci szkolnych, ważność poznania ich przez rodziców i nauczycieli, w celu poznania, czy w danym razie dziecko źle się uczy z powodu choroby, niezdolności umysłowej, czy też z powodu lenistwa, należy przyznać, że jest to tem więcej ważnym obowiązkiem każdego lekarza, a w pierwszym rzędzie lekarza pedyatry, zapoznać się z treścią tej rozprawy. Dodajemy wreszcie, że rozprawa napisaną jest stylem łatwym i płynnym, piórem wytrawnem znanego na tem polu pisarza i że czytanie jej jest niemniej przyjemnem, jak pouczającem. *Spira.*

VI. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. W. Presslich. **Pojedyncza próba na barwiki żółciowe.** (*Münchener med. Woch.* Nr. 5, 1905). Zasada tej próby nie jest nowa, polega bowiem, jak wszystkie dotychczasowe sposoby wykrywania barwików żółciowych w moczu, na utlenianiu bilirubiny na biliwerdynę. Autor dodaje kilka kropli kwasu azotowego dymiącego do moczu w kieliszku próbnym; natychmiast daje się spostrzegać szmaragdowe zabarwienie dolnej części płynu, które to zabarwienie po zamieszaniu udziela się całej ilości cieczy. Z doświadczeń nad tą próbą okazało się, że: 1) przy 20-krotnem nawet rozcieńczeniu moczu żółtaczkowego występowało wyraźnie jasne, trawiasto-zielone zabarwienie, podczas gdy próba Rosina przy temsamem rozcieńczeniu moczu pozwalała tylko z trudnością dojrzeć zielony pierścień na granicy nalewki jodowej i moczu: próba Gmelina już przy 5-krotnem rozcieńczeniu moczu była bardzo niewyraźna: 2) mocz chorego, który został wyleczony z żółtaczki nieżytowej, a więc który tylko w śladach zawierał barwiki żółciowe, po dodaniu 5—8 kropli kwasu azotowego dymiącego barwił się trawiasto-zielono, podczas gdy próba Gmelina i Rosina dawała niewyraźny odczyn: 3) w moczu, w którym żadna ze znanych prób nie dawała dodatniego wyniku, i ta próba zawiodła; 4) po podawaniu rumbarbaru, salolu, aspiryny i salicylanu sodowego mocz oddziaływał na tę próbę lekko brunatnem barwieniem się w dolnych częściach cieczy; 5) próba Gmelina daje w moczu chorych, zażywających antypirynę, zielony pierścień. Po dodaniu do takiego moczu kwasu azotowego dymiącego zabarwienia zielonego nie otrzymano. Próba ta jest zatem znamienną dla bilirubiny i bardzo czułą, bo 15—20 kropel odczynnika zabarwia na zielono 200—300 cm^3 moczu; a że i sposób wykonania prosty i odczynnik tani, poleca ją autor, jako wystarczającą do celów praktycznych. *Pisarski.*

Dr. Hödlmoser. **O wartości leczniczej piramidonu w durze brzusznym.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 5, 1905). Omawiając używane środki w durze brzusznym, stawia autor na pierwszem miejscu zabiegi wodolecznicze (jak kąpiele zimne, letnie,

zawijania zimne i t. d.). Z zalecanych, a przez różnych autorów wypróbowanych środków przeciwgorączkowych, laktofenina i piramidon należą do najnowszych. Zachęcony świetnymi wynikami, jakie osiągnął Valentini z piramidonem w durze brzusznym, przedsięwziął autor również doświadczenia nad tym środkiem, a wyniki jego okazały się prawie identycznymi z wynikami Valentiniego. Nie podawał on jednak piramidonu — jak Valentini — dniem i nocą co dwie godziny, aż do doprowadzenia do ciepłoty prawidłowej, lecz indywidualizował; w ciężkich przypadkach podawał go także przez noc, zresztą tylko w ciągu dnia, a to dorosłym po 0·3 grm., dzieciom po 0·05 grm. — co 3 godziny, czasami nawet w lżejszych postaciach tylko 1—2 razy dziennie. Zdaniem autora piramidon jest świetnym środkiem przeciwgorączkowym (spadek ciepłoty nierzadko wynosi 3°—4° i połączony jest zwykle z wielkimi potami, wcale nieuciążliwymi dla chorego), — często sprowadza on dalszy przebieg choroby bez gorączki; wpływ jego na objawy nerwowe i umysł chorego jest bardzo wyraźnie korzystny. Zamącenie umysłu, mianowicie i bóle głowy znikają, przytomność jest utrzymana, — zapad prawie nigdy nie występuje, tętno staje się powolnem, pełnem i silnem. Objawy ze strony przewodu pokarmowego przebiegają łagodnie, a z powodu braku zamącenia umysłu chory nie oddaje pod siebie kału, a temsamem nie grożą mu odleżyny, — owe ciężkie powikłania w durze, ani zapalenie płuc zachłystowe. Również nawroty durowe przebiegają łagodnie pod wpływem piramidonu. Ubocznych, szkodliwych działań autor nie zauważył. Rzadko występujące wymioty były tylko przejściowemi; wtedy piramidon, stosowany w lewatywach, działał też skutecznie. Autor dopatruje w piramidonie środek, pomyślnie wpływający na główne objawy i ogólny przebieg duru brzusznego, za lepszy go nawet uważa, niż zabiegi wodolecznicze, zwłaszcza w epidemiach, np. w czasie wojny, gdzie kąpiele już z powodu czysto technicznych trudności wykonywane być nie mogą, nadto unika się wtedy niebezpieczeństwa krwotoku lub przebicia ściany jelita, występujących często podczas ruchów chorego. Żeby pyramidon miał skracać trwanie duru, — temu autor zaprzecza. Zaleca on podawanie tego środka nawet już wtedy, kiedy rozpoznanie jeszcze nie jest ustalone. W końcu podaje on kilka tablic przebiegu gorączki, przedstawiających bardzo wydatnie działanie skuteczne pyramidonu.

Dr. Max Hermelin. (Lwów).

K e r n i g. **Zapalenie osierdzia i inne zmiany przedmiotowe w sercu w następstwie napadów dusznicy bolesnej.** (*Russkij Wracz*, Nr. 44, 1904). Badając stan serca podczas napadów dusznicy bolesnej i w ciągu pewnego czasu po napadzie, przekonał się K., że dusznica może sprowadzać zmiany w sercu, które on dzieli na 3 gromady. Do 1-szej zalicza przypadki, w których po napadzie występuje stan podgorączkowy, zostający w związku z dostępnemi dla zbadania zmianami rozmiarów serca w porównaniu do stanu poprzedzającego; jeśli inne przyczyny zostają wykluczone, ten stan gorączkowy zależy, według K., od sprawy patologicznej, toczącej się w mięśniu sercowym. Do 2-go rzędu należą przypadki, w których po napadzie występują wśród nieznacznej gorączki lub bez niej wyraźne zmiany ze strony serca, mianowicie rozszerzenie którejkolwiek z jam sercowych, np., w przypadku autora, lewego przedsionka. Wreszcie do 3 gromady zalicza K. przypadki, w których po napadzie rozwija się ostre zapalenie osierdzia. Na to zapalenie K. zapatruje się jako na następowe w przeciwstawieniu do P a w i ń s k i e g o, który wypowiedział przypuszczenie, że suche zapalenie osierdzia może sprowadzać napady dusznicy bolesnej. Zdaniem Kerniga dusznica bolesna zależy prawie zawsze od miażdżycy tętnic wieńcowych serca (mowa o dusznicy istotnej), ich zwężenia lub zatkania; zmiany w tych tętnicach prowadzą w niektórych przypadkach do utworzenia w śródsierdziu i w mięśniu sercowym ognisk rozmiękczennych lub zawałów, w następstwie których może powstawać zapalenie osierdzia. Poza wymienionemi 3 gromadami spostrzegamy przypadki, w których po jednym lub nawet po szeregu ciężkich napadów dusznicy badanie serca nie wykrywa żadnych zboczeń; zmiany w sercu w tych przypadkach jednak zachodzą, wyrażając się zmniejszeniem ilości moczu, powstaniem obrzęków i t. d. Po każdym więc napadzie dusznicy należy badać chorego przez czas dłuższy i zatrzymywać go w stanie bezwzględnego spokoju w ciągu wielu dni, a nawet tygodni: w ten sposób można, zdaniem Kerniga, usunąć niekiedy ogólnie znane przypadki nagłej śmierci po napadzie.

Witold Orłowski. (Ptbg.).

B o l d y r e w. **Przechodzenie do żołądka naturalnej mieszaniny soków trzustkowego i jelitowego i żółci. Warunki i prawdopodobne znaczenie tego zjawiska.** (*Russkij Wracz*, Nr. 39—40, 1904). Podczas swoich doświadczeń, przeprowadzonych w pracowni prof. Pawłowa, zauważył B., że sok trzustkowy z jelitowym i z żółcią stale przedostaje się z jelit do żołądka po spożyciu tłustych pokarmów, w razie nadmiernej ilości kwasów w żołądku i podczas długotrwałego głodzenia. Przedostająca się w tych warunkach do żołądka ciecz może zupełnie zatamować trawienie żołądkowo-pepsynowe, zamienić go na trawienie, analogiczne do trawienia w jelitach, to znaczy zapomocą zaczynów soku trzustkowego. Autor doradza mieć zawsze na oku tę okoliczność przy badaniu treści żołądkowej lub wymiocin, gdyż mogłaby zajść możliwość braku wolnego kwasu solnego i ujemny wynik badania na trawienie pepsynowe nawet w tych przypadkach, w których żołądek jest zupełnie zdrowy. Toż zjawisko należy brać pod uwagę przy badaniu ruchu czynności żołądka zapomocą próbnego śniadania lub obiadu (zwłaszcza gdy w jadle zawiera się tłuszcz), lub zapomocą próby salolowej, która może dać nieprawidłowe wyniki wskutek rozkładu salolu przez sok trzustkowy w żołądku. B. przypuszcza wreszcie, że podając próbne śniadanie z tłuszczów, zwłaszcza podkwaszonych (autor radzi naczczo 75—80 grm. 2% rozczynu *ac. oleïnici* w oliwie), można po upływie 1—1½ godziny otrzymać u ludzi z żołądka ciecz, zawierającą zawsze sok trzustkowy i żółć; okoliczność ta miałaby wielkie znaczenie dla dyagnostyki.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Prof. E i n h o r n. **O leczeniu surowicą duru brzusznego.** (*Zeitschrift für diätet. und physikal. Therapie*, Band VIII, 1904/5, Heft 7). Dotychczasowe leczenie duru polegało na oszczędzaniu i wzmacnianiu chorego ustroju. Kiedy Behring wykrył surowicę swoistą przeciw błonicy, jasną było rzeczą, że i przeciw durowi brzusznemu uda się wynaleźć swoiste leczenie. Pierwszym był Chantemesse, który w r. 1892 wystąpił z surowicą przeciwdurową, jednak bez praktycznego wyniku. W r. 1901 ogłosił tenże uczony wyniki leczenia swoją surowicą, które już więcej przemawiają za swoistem działaniem jego surowicy. Po nim idą Bokenham, Walker i Ewing, którzy zajmowali się sprawą surowic przeciwdurowych. Jeż w r. 1899 odkrył wyciąg z narządów królików, uodpornionych przeciw durowi, podawał go przez usta i doszedł do znakomitych wyników. Eichhorst, który z podawania surowicy berneńskiej nie widział żadnego skutku, stwierdził na 12 ciężkich przypadkach duru brzusznego znakomite działanie wyciągu przeciwdurowego Jeża. Du Mesnil miał dobre wyniki z leczenia surowicą berneńską. Chcąc z tego chaosu wyrobić własne doświadczenie, prof. Einhorn przedsięwziął doświadczenia z surowicą przeciwdurową Jeża (*Antityphoidserum Jež*). Z powodu braku surowicy nie podawał jej E. przez usta, lecz wstrzykiwał podskórnie, w dawce 6—12 cm³ dziennie w przypadkach średnich i ciężkich duru tak długo, aż gorączka spadła poniżej 38° C. Lekkie przypadki wykluczył z leczenia surowicą, a wstrzykiwania rozpoczynał wtedy, gdy rozpoznanie duru było zupełnie pewne. Wyniki leczenia otrzymał E. pomyślne i uzmysłowił je na tablicy, przedstawiającej krzywe gorączki. W końcu przychodzi E. do następujących wniosków: 1) W większości przypadków skrócenie choroby nie następuje; 2) już w dniu wstrzyknięcia lub w dniu drugiego zastrzyknięcia występuje z reguły silny spadek gorączki. Ogólny stan, a w szczególności sensoryum i objawy nerwowe, okazuje znaczne polepszenie tak, że niektóre zjawiska, jak bezsenność, bóle głowy, niepokój, majaczenia, prawie zupełnie znikają. Leczenie rozpoczynał dosyć późno, bo między 9 a 15 dniem choroby i przypuszcza, że wyniki byłyby daleko pomyślniejsze, gdyby wcześniej zaczęto wstrzykiwania. Z surowic przeciwdurowych najlepsze do dziś dnia wyniki wykazuje surowica Jeża.

W.

Prof. S c h m i d t. **Leczenie nawykowego zaparcia stolca.** (*Deut. med. Woch.*, Nr. 3, 1904). Chorzy tego rodzaju, nie wykazujący zresztą istotnych zmian organicznych ani w jelicie samem, ani w narządach otaczających, dzielą się pod względem leczenia na 2 kategorye, zupełnie odmienne. Jednych, cierpiących na zaparcie skurczowe, cechują bóle, tak zwane kolki, wzdęcia mniejszych lub większych odcinków kiszki grubej i zwykle znaczna tkliwość tych części, a do rzadszych objawów należą: parcie na stolec i częściowe jego oddawanie, oraz osobliwy kształt kału; przy formach zastarzałych znachodzą się domieszki śluzu, a nawet okresowe biegunki, znamionujące *colitis*. Inny jest obraz chorobowy u osobników z zaparciem wskutek zwiotczenia (atonicznem czyli niedowładnem w właściwem znaczeniu); stanu podrażnienia niema tu nigdy; prócz uczucia pełności, prężenia i wzdęcia, ani podmiotowo ani przedmiotowo nic więcej wykazać nie można. Leczenie w każdym razie jest niewdzięczne, gdyż chorzy z reguły zapóźno żądają naszej pomocy: celem zwalczania sprawy chorobowej posługujemy się środkami dyetetycznymi, mechanicznymi, wychowawczymi, lewatywami i lekami. Stosując zasady dyetetyczne, wychodzimy z doświadczenia, iż u chorych tego rodzaju wszelkie potrawy ulegają w jelicie zupełnemu strawieniu tak, iż do spraw rozkładowych mało jest przyczyn, a temsamem i za mało bodźców do ruchu robaczkowego: z tego punktu widzenia zalecamy pewne ilości pokarmów nieco drażniących, jak: chleba razowego, jarzyn, owoców, miodu, masła, maślanki, korzeni i słonych potraw. Naturalnie, iż taka dyeta da się stosować tylko

u chorych z zwykłem zwiotczeniem jelit, a nie z zaparciem skurczowem, gdzie wskazana jest wyłącznie dyeta łagodna, nie drażniąca. Na mechaniczny sposób leczenia składają się: mięsienie, faradyzacya powłok brzusznych lub kiszki stolcowej, zabiegi wodolecznicze i ćwiczenia gimnastyczne; skuteczność wszystkich środków działających mechanicznie tłómaczy się polepszeniem stosunków krążenia w narządach brzusznych, a temsamem i wzmacnianiem powłok brzusznych. Co do mięsienia, wymaga ona wielkiej wprawy i zręczności, szczególnie u chorych pierwszej kategoryi, gdzie rękoczyny należy wykonywać z największą ogłędnością. Również nie zawsze korzystnie działa hidropatya: ogólnikowo da się powiedzieć, iż ciepłe okłady i zawijania, jakoteż ciepłe kąpiele nasiadowe działają uspokajająco; zwykły okład zimny i tusze letnie orzeźwiająco; zimne zaś kąpiele nasiadowe i tusze — drażniąco. Gimnastyka nadaje się tylko dla szczupłej garstki chorych; autor spostrzegał, iż u wielu ludzi chodzenie, dłuższe spacery, jazdy konne i t. p. raczej powodują zaparcie, niż regularną sprawność kiszek. Co do lewatyw i ich wartości zdania są podzielone: bezsprzecznie dotychczas przeceniano ich korzystne działanie; dziś wiemy, iż działają one tylko objawowo, usuwają chwilowe zatkanie, nie wpływając jednak weale na sam niedowład; wyjątek jedyny stanowią pod tym względem lewatywy z oliwą, zalecone przez Kusmaula i Fleinera i stosowane przy zaparciu skurczowem. Podobne stanowisko zajmuje S. co do leków przeczyszczających, których skutek uważać należy tylko za chwilowy, nigdy zaś za trwały: mimo to nie odradza stanowczo chorym używania nawet przez dłuższy czas lekkich środków, np. kaskary, proszku rumbarbaru, soku z fig kalifornijskich i t. p., natomiast silniejsze środki podaje raz lub 2 razy tygodniowo i to w postaci ściśle dawkowanych pigułek; tych ostatnich nigdy nie podaje przy postaci skurczowej zaparcia, stosując natomiast w takich przypadkach skutecznie małe dawki bromu, wilczej jagody, lub makowca i chloralu. S. kładzie w końcu nacisk na higieniczny pod każdym względem tryb życia, poparty w danym razie leczeniem kąpielowem lub zakładowem. *Korm.*

CHIRURGIA. Libich. **W sprawie operacyjnego leczenia ograniczonych i rozlanych zapaleń otrzewnej w zależności od zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg 1904). L. omawia materyał chirurgicznego oddziału męzkiego szpitala Obuchowskiego, dotyczący zapalenia wyrostka robaczkowego. W ciągu 13 lat (1890—1902) operowano w tym oddziale 322 przypadków, z tych było 209 ograniczonych zapaleń okołokątniczych i 113 rozlanych. Z pomiędzy pierwszych 12 miało cechę zapaleń włóknikowych, 197 ropnych. Rozpoznanie różniczkowe ograniczonych zapaleń ropnych od włóknikowych uważa L. prawie za niemożliwe przy jednorazowem badaniu chorego i w pierwszych dniach choroby, której dopiero dalszy przebieg daje możność wnioskowania z pewnem prawdopodobieństwem o charakterze zapalenia. Ograniczone ropne zapalenie powstaje najczęściej (w 69,7% przypadkach Libicha) wskutek dziurawiącego zapalenia okołokątniczego, rzadziej (26,9%) wskutek zgorzeli wyrostka robaczkowego. Wszyscy chorzy na zapalenie wyrostka robaczkowego o charakterze włóknikowym po operacyi wyzdrowieli; z 197 ograniczonych zapaleń ropnych umarło 17 (8,6%), mianowicie w ciągu 1-go tygodnia na 98 przypadków umarło 5 (5,1%), w ciągu 2-go — na 63 umarło 8 (12,7%), w ciągu 3-go na 22 umarło 4 (18,2%), po upływie 3 tygodni operowano 12 z 0% śmiertelności; im wcześniej wykonywano operacyę, tem częściej można było wyciąć wyrostek, mianowicie w 1-szym tygodniu w 84 przypadkach (85,7%), w drugim w 24 (39,7%), w trzecim w 5 (22,7%). Na podstawie tych danych L. jest w ograniczonych ropnych zapaleniach okołokątniczych zwolennikiem wcześniejszej operacyi, tembardziej, że w tych razach występują rzadziej powikłania (w 1-szym tygodniu było 25,5%, w drugim 32,2%, w 3-cim 36,4%). Na 113 przypadków rozlanego zapalenia otrzewnej umarło 90 (79,7%): wyzdrowienie następowało tylko po operacyi, wykonanej w ciągu pierwszego tygodnia; 7 chorych operowano w pierwszym dniu, z tych żaden nie wyzdrowiał, jakkolwiek zakażenia w żadnym wypadku nie stwierdzono: śmierć następowała wskutek *shocku* i wstrząśnienia operacyjnego. Z 12 operowanych na drugi dzień wyzdrowiało 7 (58,3%); z 15 — na 3-ci dzień — 4 (26,7%); z 23 — na 4-ty dzień — 6 (26,1%); z 12 — na 5-ty dzień — 1 (8,3%); z 11 — na 6-ty dzień 3 (27,3%), wreszcie z 8 — na 7-my dzień — 2 (25%). Wszystkich, którzy wyzdrowieli, leczono bez przepłókiwania jamy otrzewnowej, tamponadą jamy według metody Trojanowa; przepłókiwanie obojętną lub słabym roztworem przeciwgnilnej cieczy nie dało ani razu wyniku dodatniego. *Witold Orłowski.* (Ptbg.).

Dr. Wadsack. **Wyleczenie bliznowatego zwężenia przełyku za pomocą sondowania.** (*B. klin. Woch.*, 1904, Nr. 49). Zwężenie w przypadku autora było następstwem wypicia kwasu solnego. W pół roku po zamachu samobójczym nie przechodziły już przez przełyk ani stałe pokarmy, ani płyny, tak, że mimo lewatyw odżywczych i wstrzykiwań tiosinaminy, wycieńczenie chorej robiło coraz groźniejsze postępy i w dniu przyjęcia do kliniki, t. j. w $^3/_4$ roku, licząc od początku cierpienia, chora, mierząca 150 cm. wzrostu, ważyła tylko 41½ kg. Przy pierwszem badaniu wykazano, iż wszelkie płyny chora zwraca w niezmienionym stanie, że weale nie słychać szelestu łykania, ani szmeru przeciskania się pokarmów i że zgłębnik, wprowadzony na 25 cm. poniżej szczęki dolnej, trafia na opór, nie dający się żadnem narzędziem przezwyciężyć. Badanie ezofagoskopem wykazało bliznę lejkowatą z nieznacznem rozszerzeniem przełyku nad tą blizną. Do dnia 10 wszelkie próby sondowania miały wynik ujemny; tegoż dnia dopiero przeszła najcieńsza sonda Crawcoura, która pozostawiona przez 15 minut, nie sprawiała chorej większych bolów; w kilka dni później zabieg ten już nie natrafiał na żadne prawie trudności tak, że chora mogła dziennie wypić 6½—7 litr. mleka. Mimo dalszego sondowania nie doprowadzono do tego, żeby chora mogła łykać stałe pokarmy, nawet papkę: osiągnięto to dopiero przy pomocy pęczniejącej sondy, zrobionej według pomysłu Senatora z r. 1889. Jest to sonda miękka, na której można silnie naśrubować pręcik blaszkownicy. W powyższym przypadku zaopatrzono naturalnie najpierw sondę najcieńszym pręcikiem, a gdy ten wskutek wilgoci po kwadransie w przełyku napęczniał, stosowano tego samego lub następnego dnia nieco grubszy pręcik i w ten sposób po 4 tygodniach pacyentka doszła do tego, że wszystko mogła połykać; w niespełna 2 miesiące przybyło jej na wadze 30 kilo. Po opuszczeniu zakładu chora wprowadzała sobie sondę sama przez pewien okres czasu i to sondę stalową Crawcoura, która na wstępie leczenia takie ważne jej oddała usługi, chcąc w ten sposób zapobiedz dążności do zwężeń bliznowatych i do powrotnego ścieśnienia. *Korm.*

OKULISTYKA. Majewski. **O ametropometryi i astygmoskopii.** (*Postęp okulist.* Styczeń. 1905). Każda metoda oznaczania refrakcyi musi odpowiadać conajmniej dwom warunkom: po pierwsze — trzeba, żeby była łatwą i praktyczną w użyciu, a powtóre — musi dawać wystarczającą rękojmię dokładności. Do jednej z nowszych metod należy ametropometrya, podana przez Le Méhantéa i wypróbowana w ostatnich trzech latach w klinice Fromageta. Przyrząd, służący do oznaczania refrakcyi, nosi nazwę ametropometru. Po przeprowadzeniu szeregu wstępnych prób w klinice okulistycznej prof. Wicherkiewicza, zajął się M. wydoskonaleniem przyrządu i usunięciem niewygód, połączonych z użyciem jego w pierwotnej postaci.

Sposób badania jest następujący: Jako przedmiot służy autorowi okrągły otwór, mający 1 ctm. średnicy w tarczy, zasłaniającej silne źródło światła. Badanie odbywa się z odległości 4 lub 5 metrów. W płytce ametropometru zrobione są trzy otworki, leżące w jednej linii, środkowy najmniejszy ($^1/_3$ mm. średnicy), a dwa boczne o 1 mm. od środkowego, a o 2½ mm. od siebie oddalone i nieco większe (½ mm. średnicy). Przez taką płytkę widzi oko niemiarowe trzy punkty świecące, które zlewają się w jeden, gdy ametropia zostanie wyrównaną. Obydwa boczne otwory zasłonięte są jednak małemi szkiełkami walcowatemi, płaskowypukłemi, o promieniu = 35 mm., ułożonemi osią ściśle równoległe do linii łączącej otworki. Prócz tego prawy otworek jest opatrzony płaską płytką szkła czerwonego, a lewy takąż płytką szkła zielonego. Środkowy otworek jest pusty. Dzięki temu urządzeniu oko niemiarowe widzi przy poziomem ułożeniu otworków punkt świecący w środku, a po obu bokach dwie pionowe linie barwne, powstałe przez rozciągnięcie punktu świetlnego cylindrycznem działaniem szkiełek: i to linię czerwoną na prawo, a zieloną na lewo od punktu środkowego (*diplopia homonyma*), jeśli zachodzi myopia, a przeciwnie ich ustawienie (*diplopia cruciata*), jeśli zachodzi hipermetropia. Oba barwne płomienie mogą się tylko wtedy w całej długości nakrywać, gdy podwójne widzenie zostanie przez szkło wyrównawcze zniesione. Otwór środkowy, zastosowany przez autora, niezasłonięty żadnem szkłem, (przez który oko badane widzi w każdym przypadku niezmieniony punkt świecący w ekranie) ułatwia porozumienie z osobą badaną, a w rzadkich przypadkach ślepoty barwnej również oddaje dobre usługi. Dla zapewnienia szybkiej zmiany szkieł przed okiem badanem przystosował autor okrągłą płytkę ametropometru do wziernika refrakcyjnego systemu Mortona, w którym zajmuje miejsce większego lusterka. Do badania astygmatyzmu można także posługiwać się tym przyrządem: poprzednio jednak dla znalezienia kierunku głównych osi używa M. małej tarczy okrągłej (4 ctm. średnicy), osadzonej na rączce, z małą dziurkowaną, dwunastoramienną figurą gwiaździstą, a przyrządowi temu nadał nazwę astygmoskopu. Metoda ametropometryi jest łatwą w zastosowaniu, nie wymaga wielkiej inteligencyi ze strony badanego, a wyniki jej zgadzają się w zupełności z wynikami metod przedmiotowych. *Dr. Reis.*

Uribo y Troncoso. **Badania nad przesączaniem się rozczynów soli i istot białkowatych przez przednią komorę oka i znaczenie tegoż dla powstawania jaskry.** (*Annales d'Oculistique*, Nr. 1, 1905). Autor wykazał jeszcze w roku 1900, że powstawanie objawów jaskry zależy nietylko od ilości, ale i od jakości wytwarzanej w oku cieczy wodnej. Ciecz wodna, wydobyta z przedniej komory w kilkunastu przypadkach jaskry bądź ostrej, bądź przewlekłej, okazała zwiększoną zawartość istot białkowatych. Obecnie wykonał autor na gałkach ocznych, świeżo wyłuszczonych, szereg doświadczeń zapomocą manometru filtracyjnego Lebera i dowiódł, że rozczyny istot białkowatych przesączają się przez przednią komorę oka o wiele wolniej, niż rozczyny soli. Geneza zastoju płynów w gałce ocznej, a tomsamem podniesienie parcia wśródocznego streszcza się zatem, wedle autora, w następujący sposób: Wzmożona zawartość ciał białkowatych utrudnia wydalenie z oka nadmiaru wytwarzanej cieczy wodnej, która nagromadza się skutkiem tego także w tylnym odcinku gałki ocznej i przesyca ciało szkliste. Napęczniałe ciało szkliste wypiera ku przodowi tęczówkę, przyciska jej obwodowe części do rogówki i zaciska przez to kącik rogówki tęczówkowy wraz z głównemi znajdującemi się tam drogami odpływowemi, jak przestrzeń Fontany i kanał Schlemma.

K. W. Majewski.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Fischel. **Przyczynek do leczenia łuszczycy kiłowej stopy i dłoni.** (*Prager med. Woch.*, 1905, 1). Zmiany kiłowe, występujące w postaci łuszczycy na dłoniach i stopach, należą do bardzo uporczywych i nieraz utrzymują się długo pomimo energicznego leczenia. Autor spostrzegał dwa przypadki, w których zmiany kiłowe tego rodzaju trwały pomimo leczenia ogólnego i miejscowego przez przeciąg 1—2 lat. Zastosował on w obu przypadkach codzienną kąpiel na nogi o ciepłocie 30° R., a po należytem wysuszeniu skóry polecał 10-minutowe wcieranie w stopy maści resorbinowo-rtęciowej w ilości jednego grama, poczem w celu spotęgowania działania tej maści osłaniał szczelnie stopy batystem Bilrotha, wskutek czego parowanie maści na zewnątrz było niemożliwe. W obu przypadkach po 20 dniach leczenia tym sposobem zmiany chorobowe ustąpiły, a nawroty w czasie kilkunastomiesięcznej obserwacyi nie wystąpiły.

Dr. Stopczański.

Oppenheim. **Połączone leczenie tocznia rumieniowego chininą i jodem według Holländera.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 2, 1905). Leczenie tocznia rumieniowego według Holländera jest następujące: po wykluczeniu tkliwości osobniczej na chininę, dla stwierdzenia której wystarcza jednorazowe podanie 0·05 chininy, bo już po takiej dawce objawia się ona szumem w uszach i wysypką na skórze, podaje się choremu 3 razy dziennie po 0·5 chininy, a w pięć minut po wzięciu leku pędzluje się ogniska chorobowe nastojem jodowym. Po kilku dniach podawania chininy poleca Holländer przerwać leczenie na tak długo, dopóki strup, powstały w miejscach, pędzlowanych jodyną, nie oddzieli się, okazując w tych miejscach zdrowy naskórek. Autor zmienił sposób Holländera o tyle, że w trzy dni dawki chininy podnosi z 0·5 aż do 1 grm. na dzień, reguluje jednak ilość podawanej chininy do nasilenia choroby. Przed pędzlowaniem jodyną stosuje autor nacierania ognisk tocznia rumieniowego wyskokiem bezwodnym i eterem, leczenia zaś nie przerywa i dawkę najwyższą chininy (4 grm.) stosuje tak długo, dopóki ogniska chorobowe nie przypłaszczą się zupełnie i nie zbledną, poczem obniża dawkę o 0·5 grm. co trzy dni. W ciągu kilkutygodniowego leczenia chorzy zużywają do 100 grm. chininy, przyczem stan ich ogólny zupełnie nie cierpi. Autor tym sposobem leczył w klinice wiedeńskiej sześć przypadków tocznia rumieniowego, występującego wyłącznie na twarzy i głowie. We wszystkich przypadkach nastąpiło polepszenie, a dwa przypadki uważa autor za wyleczone.

Dr. Stopczański.

Werner. **Przyczynek do oceny i poznania roli lecytyny w działaniu biologicznem promieni radu i Roentgena.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1905, 2). Zachęcony poprzedniemi doświadczeniami nad podskórnemi wstrzykiwaniami lecytyny, naświetlanej promieniami radu, starał się autor w swej pracy wyjaśnić działanie biologiczne podskórnych wstrzykiwań lecytyny, naświetlonej promieniami Roentgena. Różnicy między działaniem lecytyny, naświetlanej promieniami radu, a naświetlanej promieniami Roentgena, nie mógł autor wykazać. Na podstawie swych ostatnich doświadczeń na zwierzętach przychodzi on do przekonania, że możnaby zastąpić działanie bezpośrednie promieni Roentgena i radu wstrzykiwaniami podskórnemi lecytyny, naświetlonej temi promieniami.

Dr. Stopczański.

Brehmer. **O posocznicy rzeżączkowej u noworodka.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, 2). Przypadek dotyczy ośmiodniowego dziecka, którego matka uległa zakażeniu przy ostatniem spółkowaniu przed zastąpieniem. Badanie matki wykazało zapalenie wysiękowe stawu łokciowego lewego, a w wydzielinie pochwowej znaleziono obfitą ilość gonokoków. U dziecka zauważono zakażenie rzeżączkowe na obu oczach. W czasie leczenia wystąpił u dziecka obrzęk obu stawów skokowych i lewego łokciowego. Pomimo energicznego leczenia dziecko ulegało coraz większemu upadkowi sił i zmarło śród objawów ogólnego zakażenia. Sekcya zwłok wykazała, że przyczyną śmierci było ogólne zakażenie rzeżączkowe.

Dr. Stopczański.

G. Meyer. **Rokowanie w kile.** (*S. Karger*, 1904). Autor na podstawie 4870 przypadków sądzi, że rokowanie w kile zależy: 1) od jadowitości zarazka; 2) od energii leczenia. Skuteczności leczenia rtęcią dowodzą szczególnie przypadki, w których rodzice kiłowi po gruntownem leczeniu rtęcią wydali na świat zdrowo dzieci. Także co do trwania życia może być rokowanie dobrem przy dobrem leczeniu i uważnym trybie życia. Kiła mózgu (307 przypadków) pozwala także na pomyślne rokowanie, jeśli ją wcześnie rozpoznano i należycie leczono. Nie tak dobrem jest rokowanie w zapaleniu rdzenia pacierzowego, i na 47 przypadków stwierdził autor tylko 8 wyleczeń. W innych przypadkach skutek leczenia swoistego był tylko nieznaczny. M. omawia w końcu przechodzenie nowotworów w raka, które spostrzegał w 11 przypadkach.

Baschkopf.

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Digalen jest działającym składnikiem liści naparstnicy, uzyskanym po wieloletnich usiłowaniach w stanie czystym przez prof. Cloettę, a wypróbowanym naprzód przez Naunyna, który chwali szczególnie jego szybkie działanie. Digalen ma postać proszku niekrystalicznego: rozpuszcza się bardzo łatwo w wodzie i w handlu znajduje się też jako rozczyn wodny z dodatkiem 25% gliceryny. Bibergeil (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1904, 51) stosował go na III klinice chorób wewn. w Charité, podając w mleku, wodzie lub winie 3 razy dnia po 1 cm.³ handlowego rozczynu po jedzeniu. Działanie równało się działaniu nastoju naparstnicy: digalen przewyższa ją jednak dokładnością dawkowania, szybkością działania, brakiem działania zbiorowego i tem, że nie wywoływa nudności, ani wymiotów. Walti (*Deutsche Aerzte-Zeitung*, 1904, 20) podawał digalen w 3 przypadkach. W jednym, u 52-letniej chorej na zwężenie ujścia żylnego lewego z ogromnymi obrzękami, wywoływała naparstnica wymioty i biegunkę, a po nakłuciu brzucha płyn już po 8 dniach się nagromadził. Po digalenie (3 r. dnia × 0·3 mg.) ilość moczu wzrosła odrazu z 200 na 600 cm³, tętno opadło ze 140 na 86 uderzeń; w drugim dniu moczu było 1200 gr., tętno 74. Płyn w jamie brzusznej po powtórnem nakłuciu już się nie nagromadził. Podobnie działał digalen u 62-letniego chorego, nie znoszącego naparstnicy. U innego, młodego chorego z wadą serca usunął digalen po 5 wstrzyknięciach podskórnych à 0·3 mg. napady duszności i bicia serca i umożebnił pracę zawodową.

R.

Sarcany (*Deutsche Med. Ztg.*, 1905, Nr. 1) użył gonosanu w 25 przypadkach rzeżączki, z tego 13 ostrych, a 12 podostrych; 3 przebiegały z bardzo gwałtownymi objawami (krwawy wypływ z cewki). We wszystkich ostrych przypadkach nie można było z powodu ich ciężkości rozpoczynać leczenia miejscowego, dlatego podawano tylko wewnętrznie gonosan, z początku po 10 kapsułek dziennie, zaś po 10—14 dniach po 6 kapsułek, gdyż wtedy już zazwyczaj wydzielina stawała się śluzową i niewielką. W 3 lub 4 tygodniu wydzielina zupełnie znikała. S. przypisuje w 9 z tych 13 przypadków wyleczenie wyłącznie gonosanowi. W przypadkach podostrych trwała już sprawa 2 miesiące i dłużej. Podawaniem gonosanu (po 10 kaps. dziennie) łącznie z leczeniem miejscowem wyleczył S. zupełnie 8 przypadków w ciągu miesiąca. Podobnie pomyślne wyniki uzyskał Steiner (*Deutsche Med. Ztg.*, 1904, Nr. 10) w 3 przypadkach.

J.J.

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 3 lutego 1905 r.

Przewodniczy: kol. Wechsler. Obecnych członków 48.

I. Kol. doc. Kucera imieniem Zarządu zdaje krótką relacyę ze sprawy „Roczników Virchowa“. Otóż Tow. lek. lwowskie podjęło się

pracy referatowej za r. 1905, składając kierownictwo w ręce kol. prof. Becka. Co się tyczy referatów za rok 1904 to trudno je będzie wykończyć, gdyż Tow. lek. krakowskie nie zaczęło zbierać materyałów, ani niema przygotowanych czasopism, a pozostaje tylko 2 miesiące czasu. Tow. lek. galic. przyczyniło się do akcyi kwotą 200 koron. Kol. prof. Beck wyraża nadzieję, że przy odpowiedniej organizacyi uda się nawet w tym krótkim terminie zdać sprawę z piśmiennictwa polskiego. Zwraca się do kolegów, którzy mają ku temu chęć, aby zechcieli Komisyi pomagać w pracy. Największa trudność jest w zebraniu tych prac, które nie były ogłaszane w pismach lekarskich, a rozrzucone po innych wydawnictwach. Będzie się starał, aby żadna praca, która na to zasługuje, nie była pominięta.

II. Kol. prof. Łukasiewicz przedstawia: 1) chorego, mężczyznę 46-letniego, bez jakichkolwiek objawów gruźlicy w płucach, u którego całą połowę jamy ustnej zajmuje *lupus vulgaris*, ograniczony tylko do błony śluzowej. Przypadki, w których *lupus* występuje pierwotnie po czterdziestym roku życia, są nader rzadkie.

2) Chorego, również 46 letniego mężczyznę, z gruźlicą prosówkową jamy ustnej, u którego jednak są nacieki w szczytach.

3) *Lupus vulgaris* u 13-letniej dziewczyny, zajmujący całe podniebienie miękkie, częściowo języczek i podniebienie twarde, miejscami bliznowaciejący. Zresztą tylko jedno ognisko wilka na udzie.

4) *Lupus vulgaris* jamy ustnej u kobiety, zajmujący podniebienie, dziąsła i wargi. Leczenie kwasem mlekowym nie prowadziło do celu, po paklenizowaniu sprawa jest już na zagojeniu.

III. Kol. Świtalski przedstawia przypadek pląsawicy dziedzicznej (*chorea hereditaria Huntingtoni*). Mężczyzna 49-letni, rzeźnik, przed 6 laty po przeziębieniu uczuł cierpnienie kończyn dolnych, a gdy te ustąpiły, zaczęły się ruchy pląsawicze kończyn górnych. Obecnie ruchy te przeszły na wszystkie mięśnie, nawet ócz i języka. Z powodu trwałej czynności tłoczni brzusznej wystąpiła przepuklina, która czasem uwięza. Od kilku lat pojawiły się objawy psychopatyczne: przytępienie umysłu i urojenia prześladowcze. Chory jest obciążony dziedzicznie: matka jego zapadła na pląsawicę w 60 roku życia, bratanek, upośledzony umysłowo, bardzo wcześnie, bo już w 19 roku.

Kol. Obtułowicz zna chorego od lat trzech, gdyż miał sposobność badać go w sądzie, gdzie został wtedy skazany. Naturalnie kara wobec takiego stanu jest niewykonalna.

IV. Kol. prof. Gluziński przedstawia preparat anatomiczny z wrodzonem zwężeniem tętnicy płucnej i ubytkiem przegrody międzykomorowej. Podnosi, że przypadki te nie są tak rzadkie, ale często uchodzą uwagi, albo są rozpoznawane jako wada nabyta. Chorzy zaś, dotknięci tem zboczeniem, mogą żyć do lat kilkudziesięciu, jak świadczy przypadek obecny. Chory, o którym mowa, zgłosił się po raz pierwszy w r. 1898 jako 24-letni mężczyzna w stanie następującym: nad koniuszkiem serca szmer skurczowy przechodzący ku komorze prawej, a dalej aż do linii pachowej prawej, a ginący ku stronie lewej. To zachowanie się szmeru, jakoteż brak objawów niedomykalności zastawki trójdzielnej, odpowiadało brakowi przegrody, t. zw. chorobie Rożera. Nad tętnicą płucną również szmer wyraźny, ale nieco innego charakteru. Wiemy zaś, że brak przegrody najczęściej się łączy ze zwężeniem tętnicy płucnej. Następnie zaostrzenie drugiego tonu nad samą tętnicą płucną, co tylko tem można wytłómaczyć, że zwężenie leżało poniżej zastawki. Charakterystyczna sinica warg i pałeczkowate zgrubienie palców wskazywały zboczenie wrodzone; gościec stawowy, z jakim chory się zgłosił, mogły przemawiać za sprawą nabytą. W r. 1904 chory zgłosił się ponownie, przyczem stwierdzono u niego gruźlicę płuc, — objaw przemawiający również za zwężeniem tętnicy płucnej, choć nie wykluczający innych wad, — nadto wypocinę osierdziową i opłucnową po stronie lewej, natury gruźliczej, które zakryły dawny obraz serca. Natomiast wystąpił niedowład ręki i nogi prawej i zwolna wytworzyło się porażenie połowicze. Śmierć wśród śpiączki. Jako źródło tego rozpoznano zakrzep tętnicy bruzdy Sylwiusza. Prof. G. porównywa ten przypadek z przypadkiem podobnym, przedstawionym dawniej, w którym również przy końcu wystąpiło porażenie połowicze, ale nagle, i źródło swoje miało w zaczopowaniu urwanym zakrzepem żylnym, który z nogi dostał się do komory prawej, a stąd przez ubytek przegrody do komory lewej i z krążeniem tętniczem do mózgu.

Kol. prof. Kadyi podnosi możliwość dostania się przez ubytek przegrody zakrzepu z płuc, jaki tam w przebiegu sprawy zapalnej gruźliczej może się tworzyć.

Kol. prof. Beck stwierdza, że ta możliwość istnieje zawsze, nawet bez ubytku przegrody. Natomiast w takim przypadku może skrzep, pochodzący z płuc, dostać się napowrót do krążenia małego.

Kol. prof. Gluziński: Że z żyły płucnej mogą dostawać się zatory do mózgu, dowodzi tego powstawanie ropni mózgowych w rozstrzeniach oskrzelowych. Natomiast zakrzep żylny obwodowy wywołuje zwykle zawał płucny, a nie idzie do krążenia wielkiego, chyba przez ubytek przegrody. Może również dostać się przez otwór owalny, na co prelegenta naprowadza kilkakrotne spostrzeżenie, że u kobiet z zapaleniem żył macicznych (*metrophlebitis*) w połogu występowały połowicze drgawki i porażenia, trwające kilka dni. Tłómaczy to tem, że z powodu pracy porodowej otwór owalny rozszerza się i może przepuścić kawałek skrzepu, pochodzący z zapalonych żył macicznych.

V. Kol. doc. Bar ącz wygłosił odczyt p. t.: „Uwagi w sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny rzyci na podstawie własnego doświadczenia“. (Rzecz będzie drukowana w całości).

Kol. prof. Mars podnosi, że szczelina rzyci nie tak często występuje u kobiet po porodzie; natomiast często dolegliwości, pochodzące od kości ogonowej (*os coccygis*), można wziąć za objawy szczeliny. Uważa tę sprawę za analogiczną do pochwicy (*vaginismus*) i zwraca uwagę, czyby szczelina rzyci nie dała się leczyć stopniowem rozszerzaniem, podobnie jak pochwica. Wyraża przytem przeświadczenie, że w leczeniu szczeliny chodzi o przedarcie zwieracza.

Kol. Fels wbrew uwadze kol. prof. Marsa twierdzi, że cierpienie to jest bardzo częste u kobiet, a objawy są tak charakterystyczne, że z niczem innem pomieszać ich nie można. Jako etyologię uważa zaparcie żywota; doradza w świeżych przypadkach leczenie zachowawcze zapomocą ichtyolu z dodatkiem kokainy i wyciągu wilczej jagody, który na nitce wprowadza się do rzyci.

Kol. Obtułowicz opisuje przypadek, który wyleczył kwasem trójchlorooctowym, nie mogąc stosować rozszerzania z powodu podeszłego wieku chorego.

Kol. Barącz dziękuje prof. Marsowi za poruszenie kilku ważnych szczegółów. Co do etyologii tej choroby u kobiet, to kol. B. zauważył stanowczo wyraźny wpływ przebytego porodu na powstawanie szczeliny w wielu przypadkach. Analogii z pochwicą możnaby się dopatrzeć wedle kol. B. tylko w przypadkach neuralgii odbytnicy, choroby, wywołującej podobne objawy, co i szczelina, którą dawni autorowie nazywali *fissura ani sine fissura*. Co do leczenia przez zastosowanie powolnego i stopniowego rozszerzania wprowadzeniem świeczek (*bougies*), to metodę tę polecali już dawniejsi chirurdzy, a mianowicie Béclard, Marjolin i Richevaud, ale metodę tę zarzucono z chwilą wprowadzenia dylatacyi forsownej przez Récamiera, ponieważ częste wprowadzanie dylatatorów przy szczelinie sprawiało większy ból, niż sama szczelina i nie doprowadzało do pożądanego celu. Kol. Felsowi dziękuje za zwrócenie uwagi na wartość leczniczą ichtyolu, — co zresztą już polecał Katzenstein — i zastosuje ten sposób leczenia w odpowiednich przypadkach. Kol. Obtułowiczowi odpowiada, że u 70-letniej chorej zastosował dylatacyę bez znieczulenia z bardzo dobrym wynikiem (*Autoreferat*). *Zawadzki.*

IX. **Wiadomości bieżące.**

Kraków, dnia 2 Marca.

* Dnia dzisiejszego nastąpiło poświęcenie i uroczyste otwarcie „Domu Towarzystwa lekar. krakowskiego“ przy licznym udziale lekarzy krakowskich, lwowskich i zaproszonego obywatelstwa.

Urzeczywistniły się zatem najgorętsze pożądania naszego Towarzystwa lekarskiego, najniezbędniejszy postulat dalszego jego rozwoju. Nie szło bowiem Towarzystwu o samą salę posiedzeń, chociaż i ta, jak to pouczyło 40-letnie doświadczenie, wymaga pewnych warunków i celowego przystosowania do zadań, którym ma służyć: najdonioślejszą zdobyczą i korzyścią będzie biblioteka i czytelnia, których brak najdotkliwiej dawał się uczuć; wreszcie w „Domu Towarzystwa“, mieszczącym w sobie instytucye lekarskie: Izbę lekarską i Towarzystwo samopomocy lekarzy, ogniskuje się zbiorowe i towarzyskie życie lekarzy krakowskich, ten wielki i wpływowy czynnik społeczny naszych czasów.

Opis „Domu“, jego zalety architektoniczne i artystyczno-dekoracyjne, poda czasopismo zawodowe, z którego obywatele Krakowa prze-

konają się, że miastu naszemu przybył budynek nietylko potrzebny, ale i będący zarazem jego ozdobą.

Prezes Towarzystwa lekarskiego krak., prof. Dr. Nowak, przedstawił we wstępnem swem przemówieniu szereg kilkuletnich usiłowań „Komisyi budowy własnego domu“, zmierzających do rozwiązania sprawy budowy w kierunku finansowym, architektonicznym i dekoracyjnym. Mowca nie szczędził wyrazów szczerej wdzięczności zarządowi miasta i tym licznym obywatelom, którzy okazali wyłączną życzliwość i rzeczywistą pomoc w doprowadzeniu do końca zamierzonego dzieła. Ominął jednak Czcigodny Prezes jednego i to najzasłużeńszego, bo nie mógł go nie ominąć ze względów znanej jego skromności, t. j. samego siebie: przemówienie więc Prezesa uzupełnił w tym kierunku prof. Cybulski, który podniósłszy zalety „Domu Tow. lek.“ w zakresie architektonicznym i artystycznym, w słowach szczerze odczutych, sprawiedliwych i zgodnych z prawdą, uwydatnił niezmordowaną pracę prof. Nowaka, który swoją energią, jaką daje tylko wielka miłość przedmiotu, marzenia lekarzy krakowskich w czyn zamienił i zasłużył na najwyższą ich wdzięczność. Słowa te zgromadzenie przyjęło, jako najżywszy wyraz przekonania wszystkich i dało temu uczuciu gorące i szczere potwierdzenie.

Jednocześnie z instytucyą własnego domu święci Towarzystwo lekarskie krak. w dniu dzisiejszym dokonanie drugiego nader ważnego dzieła, mającego doniosłe znaczenie w rozwoju ojczystego piśmiennictwa lekarskiego, a jest niem „Słownik lekarski polski“, którego pierwszy odbity egzemplarz doręczył przewodniczący „Komisyi słownikowej“ prof. Dr. Browicz prezesowi Tow. lekarskiego. Że słownictwo umiejętne jest podstawą rozwoju piśmiennictwa zawodowego i uprawy nauk, wiedziano w Polsce już przed 100 laty, zwłaszcza w szkole wileńskiej z Andrzejem Śniadeckim na czele: nigdzie jednak tyle, co w Krakowie, nie włożono pracy, ażeby zasadę wyżej przytoczoną w czyn zamienić. Cały szereg zasłużonych imion przesuwa się w pamięci, że tu tylko wymienimy już w Bogu spoczywających: Majera, Skobla, Oettingera, A. Kremera, Janikowskiego, L. Rydla i wielu innych, którzy im pomagali. Bujny rozrost medycyny w ostatnich latach i coraz nowe gałęzie wiedzy lekarskiej uczyniły zadanie obecnej Komisyi słownikowej nad wszelki wyraz trudnem: tylko siłą świadomości ważnego celu i miłości mowy i piśmiennictwa ojczystego pokonała Komisya piętrzące się trudności i dziś staje przed ogółem z dziełem, które będzie miało epokowe znaczenie w rozwoju polskiego piśmiennictwa lekarskiego.

„Dom własny“ i „Słownik lekarski polski“ — to są dwa fakta, które potężnie wpłyną na życie naukowe i koleżeńskie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie zakończył doc. Bylicki rzutem oka na dzieje Towarzystwa lekar. w ciągu ostatnich lat 30 i podniósł znaczenie „własnego Domu“ dla rozwoju Towarz., któremu złożył z tego powodu życzenia.

Ze Lwowa na dzisiejszą uroczystość przybyli: prof. Beck, doc. Bylicki, prezydent Izby Festenburg, prof. Gluziński, doc. Kowalski, Dr. Kucharski, prof. Mars, Radca Dworu Merunowicz, prof. Raczyński, Dr. Szulisławski i prezes Towarz. lekarskiego Dr. Wechsler. Powtórzymy tylko zdanie ogólne, że ten liczny udział kolegów lwowskich w dniu tyle ważnym dla Tow. lekar. krak. dodał wiele powagi uroczystości naszej, a w sercach lekarzy krakowskich wywołał odruch głęboko odczutej wdzięczności; lekarze krakowscy zaciągnęli względem kolegów lwowskich dług honorowy, który może los nam pozwoli spłacić w analogicznych okolicznościach, — tego sobie z serca życzymy.

* Zeszyt dziewiąty (Tom III, zeszyt 3) dzieła zbiorowego, wydawanego przez prof. Jaworskiego, „Nauka o chorobach wewnętrznych“ opuścił prasę. Zeszyt ten zawiera działy o chorobach żołądka, jelit, otrzewnej i o wodach mineralnych normalnych pióra prof. Jaworskiego. Do nabycia w księgarniach H. Altenberga we Lwowie i S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie po cenie 3 K. Z następnym 10-tym zeszytem ukończy się druk całego dzieła.

* „Russkij Wracz“ (Nr. 4) przytacza rezolucye, uchwalone i przesłane władzy przez zarząd Towarzystwa lekarzy rosyjskich im. Pirogowa; w rezolucyach tych lekarze rosyjscy wyrażają te same domagania się zmian w zasadniczych podstawach państwowości rosyjskiej, jakie już tylekrotnie wyraziły rozliczne i niemal wszystkie korporacye państwa rosyjskiego.

* W Lipsku zaczyna wychodzić nowe czasopismo p. t. „Internationales Archiv für Schulhygiene“, wydawane przez Dr. Mathieu (Paryż), Sir Lauder Bruntona (Londyn), prof. Axel Johannessena (Chrystiania) i Griesbacha (Mühlhausen). Wydawnictwo to cieszy się poparciem zawodowców wszystkich krajów.

* Międzynarodowa konferencya delegatów Związku lekarskiej prasy odbędzie się 27 kwietnia w Bernie pod przewodnictwem prof. Cortezo z Madrytu.

* Sprawozdanie z międzynarodowego Kongresu higieny szkolnej, który odbył się r. z. w Norymberdze, opuściło prasę w temże mieście, w nakładzie firmy Schrag; wydawnictwo to składa się z 4 wielkich tomów i przedstawia najzupełniejszy do dnia dzisiejszego materyał z zakresu higieny szkół. W celu finansowego ułatwienia tego wydawnictwa nakładca ogłosił subskrybcyę o zniżonej cenie, która wynosić będzie 36 koron dla tych, którzy wniosą przedpłatę przed 1 kwietnia 1905 roku; po tym terminie cena egzemplarza wyniesie 48 koron.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Segond mian. został prof. chirurgii w Paryżu. Dr. Ribbert mian. został prof. zwyczajnym i kierownikiem patolog. Instytutu w Bonn. Dr. Askanazy mian. profesorem anatomii patologicznej w Genewie. Dr. Korsakow mian. zwyczajnym profesorem ginekologii w Moskwie.

Nekrologia Zmarli: Dr. Al. Wysocki zmarł w Złoczowie. Dr. Adam Grocholski, lat 38, z Wołynia, zmarł w Warszawie. Dr. Penta, prof. psychiatryi zmarł w Neapolu. Dr. Adam Kasiński, lat 38, zmarł w Łosicach gubernii siedleckiej. Dr. Władysław Białkowski, lat 46, zmarł w Krakowie. Prof. Alberti, — chirurg i ginekolog, zmarł w 56 roku życia w Potsdamie.

Bibliografia.

— *Ginekologia* (styczeń). Neugebauer: Trzy spostrzeżenia zwężenia miednicy różnego pochodzenia. Raszkes: Uwięźnięcie tyłopochylonej i tyłozgiętej macicy w 6 miesiącu ciąży. Zgorzel błony śluzowej pęcherza, przerwanie ciąży metodą Bossiego. Wyzdrowienie.

— *Zdrowie* Z. 2. Cały Nr. poświęcony obradom delegatów Oddziałów higienicznych prowincyonalnych z przedstawicielami Rady warszaw. Towarz. higienicznego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 6. Ołtuszewski: Obrazy patologii mowy w świetle nauki współczesnej, oraz zasady leczenia zboczeń mowy (c. d.). Malinowski: Hydroa vacciniformis (dok.).

— *Medycyna* Nr. 6. Mutermilch: Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kw. moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie (dok.). Arnstein: Przypadek ostrego gośćca wielostawowego w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc, oraz kilka uwag o jego pochodzeniu.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaetetické therapii* Nr. 2. Kopfstein: Tři připady hemiplegie. Steppan: Vzácný případ hemiplegie s afasií.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 2. Šlajmer: K pitanju prognoze i anesthezije kod radikalne operacije slobodne inguinalne hernije. Schwartz: Slučaj objestrane aneurysme arteriae popliteae. Ligatura art. femoralis. Izliječenje. Thierry: Ruptura uteri intra partum. Durst: Dva slučaja sectio coesar., jedan radi osteomalaričnoga drugi radi rhachitičnog suženog zdjelišta.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 7. Deyl: O rakovině ůstroji očního (c. d.). Zahradnický: O luxaci semilunarních chrustavek kloubu kolenního. Jičínský: Paprsky Roentgenovy v tuberkulose.

— *La Presse médicale* Nr. 13. Wright: Leczenie gruźlicy szczepieniami. Weil: Wpływ przetworów znieczulających na krew.

Nr. 14. Hayem: Kiła żołądka. Massary: Zapalenie aorty, wiąd i porażenie ogólne.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 8. Leyden: Przypadek porażenia ze strachu z przedstawieniem chorego. Lazarus: Uzupełnienie do powyższego artykułu. Meyer: Kliniczne zastosowanie surowicy paciorkowcowej. Römer: O dyalizowanym jadzie błoniczym. Hirschberg: Nowy przypadek śródmacicznego zeszkieletnienia. Arnheim: Przypadek wrodzonego zwężenia tętnicy płucnej, oraz uwagi nad rozpoznawaniem otwartego przewodu Botalla. Friedberger i Oettinger: Doświadczenia z odkażającem działaniem „grizeryny“ (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 8. Sachsalber: Etyologia fiuszczyka i skrzydlika. Raimann: O obłąkaniu udzielonem. Herz: Leczenie białaczki promieniami Röntgena. Feiler: Pukadło (plesymetr) dla odróżniania małouchwytnych różnic odgłosu.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 8. Ellinger: Stosunek między trującem działaniem kantarydyny na nerki a odczynem

moczu. Gossner: O rozpoznawaniu bakteryologicznem. Brüning: Surowe czy gotowane mleko? Vörner: Leczenie wrzodu podudzia i jego przyczyny. Fibich: Spostrzeżenia nad epidemią zwrotnikowej zimnicy w Mostarze. Cnopf: Kazuistyczne doniesienia o leczniczem zastosowaniu tlenu. Bulling: Wdychiwania fenylpropiolanu sodowego w gruźlicy krtani i płuc. Brühl: Doświadczenia z grizeryną w leczeniu przewlekłej gruźlicy płuc. Weitlaner: O leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu żołądka i o jednej formie podawania kwasu solnego. Kretschmann: Posocznica wywołana otokiem ropnym jamy Highmora. Salzer: Odra bez osutki. Dreyfuss: Przypadek porodu trojaczków przy macicy dwurożnej o jednej szyjce. Kinger: Skręcenie powrózka nasiennego.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 8. Rotter: Doświadczenia nad wykonywaniem operacyi ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w pierwszych 48 godzinach. Sarvey: Wskazania i metody wyjaławiania kobiety. Müller: Mieszane znieczulenie narkotyczne w porównaniu do znieczulania czystym chloroformem lub samym eterem. Croce: O niektórych przypadkach przedziurawienia żołądka i dwunastnicy. Pólya: Zakrzepowe zapalenie żył krezkowych, jako fatalne powikłanie zapalenia wyrostka robaczkowego (c. d.). Block: Poronne leczenie rzeżączki według metody Blaschko. Sommer: Objawy świetlne po pocieraniu ludzkiej skóry żarowemi lampami.

Redakcya otrzymała. Łepkowski: Replantation, Transplantation und Implantation von Zähnen. Polikier: Pia desideria. Garść luźnych uwag i aforyzmów o potrzebie reformy medycyny. Korczyński: O wpływie jadów gruźliczych na rozwój i jadowitość innych bakteryi.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 8 (od dnia 19/II do 25/II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 30, dziew. 29; nieżywo: chł. 3, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 18; zamiejscowych: męż. 11, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 11, ob. 12. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. 1, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. 1, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 1. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 38, obcych 21.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Pyrenol, a leczenie krztuśca. Wobec bezskuteczności dotychczasowego leczenia krztuśca pożądanym jest każdy nowy środek, oznaczający mały postęp i przyspieszający wyleczenie w pewnej części tych przypadków, które opierają się wszelkiemu innemu leczeniu. Pyrenol, będąc równocześnie środkiem wykrztuśnym i kojącym, może w leczeniu krztuśca oddawać znaczne usługi. Dowodzą tego spostrzeżenia następujących autorów:

Burchardt (*Deutsche Aerzte-Zeitung*, 15 paźdz. 1903) leczył 2 przypadki; w jednym znikły napady nocne, w drugim złagodniały wymioty.

Schlesinger (*Deutsche med. Ztg.* 1903, Nr. 19) w 12 przypadkach, leczonych pyrenolem, uniknął wszelkich powikłań i zauważa, że środek ten chorzy chętnie zażywają.

Frieser (*Mediz. Blätter* 1903, Nr 48) zauważa, że napady stają się łagodniejsze i pojawiają się bardzo rzadko.

Manasse (*Allg. med. Central-Zeitung* 1903, Nr. 49) porównywał przebieg 3 przypadków w tej samej rodzinie i stwierdził, że po pyrenolu przebieg był najpomyślniejszy.

Grünfeld (*Aerzt. Central-Zeitung* 1903, Nr. 51) nie decyduje się na ostateczny wyrok, jednakże uzyskał w swoich przypadkach niewątpliwe skrócenie przebiegu: napady stawały się rzadsze i lżejsze.

Löb (*Berliner klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 41) podaje, że zauważył złagodnienie objawów oskrzelowych w kilku przypadkach, leczonych w szpitalu Augusty w Berlinie. Także korzystnie wyraża się Schlesinger (*Therap. Monatshefte* 1903, styczeń). Pyrenol (wyrabiany przez zakład Dra Horowitza w Berlinie) jest nie trujący, nie wywołuje skutków ubocznych i nie obniża parcia krwi, jak inne przetwory salicylowe. *Z.*

Szkodliwość lyzolu. Pruskie ministeryum wydało 23 listopada 1904 następujący okólnik do wszystkich prezesów rejencyi:

Od roku 1898 doniesiono władzy o wielu przypadkach, w których wskutek użycia lyzolu zaszły nieszczęśliwe wypadki. Oprócz bowiem przypadków zatrucia, zdarzających się wskutek pomyłek i nieostrożnego przechowywania lyzolu, stwierdzono od owego roku 2 morderstwa, 11 samobójstw i 8 usiłowanych samobójstw zapomocą lyzolu. Wobec tego wzywam Pana, aby ludność została pouczoną zapomocą ogłoszeń i innych środków, celowi odpowiadających, o niebezpieczeństwach, związanych z użyciem lyzolu, i aby organa policyi miejscowej nakazały w szczególności położnym, lubiącym się posługiwać tym środkiem dezinfekcyjnym, jakoteż pomocnikom sanitarnym i służbie dezinfekcyjnej, ostrzegać strony o trujących własnościach lyzolu i mydeł krezolowych, oraz przestrzegać przed nieostrożnem używaniem i przechowywaniem tych środków. Aż do 31 grudnia 1905 należy też donosić o każdym przypadku zatrucia lyzolem, któryby się zdarzył.

Na podstawie tego okólnika wydało też w ostatnich dniach prezydyum policyi berlińskiej odpowiednie rozporządzenie.

Należy tu nadmienić, że w przeciwieństwie do trującego lyzolu jest przetwór formaldehydu, noszący nazwę lyzoform, w zwykle używanych roztworach przy wszelakiem zastosowaniu środkiem zupełnie bezpiecznym, jak to stwierdzają liczne badania, których wyniki ogłaszano w prasie lekarskiej. Zaletą lyzoformu jest również bezwonność jego roztworów i ich własności odwaniające. *L.*

Linimentum mentholi chloroformiatum (*Časopis lek. českych* 1904, Nr. 15) wyrobu apt. Sedlačka w Kijowie na Morawach, stosował Dr. Wobr, lekarz zdrojowy w Trenczynie, w bardzo wielu przypadkach bólów gośćcowych i nerwobólów zawsze z wybornym wynikiem i zwraca uwagę lekarzy, że przetwór ten należy przenosić nad inne. Przetwór ten składa się z mentolu, chloroformu, ichtyolamonu i olejków eterycznych i nadaje się do przewlekłych przypadków gośćca mięśniowego i stawowego, szczególnie tam, gdzie chodzi o przerwę w podawaniu przetworów salicylowych. *S.*

Rok XLIV. Kraków 11 Marca 1905. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Señor Manuel Garcia.

1805—1905.

W roku bieżącym upływa lat pięćdziesiąt, jak Manuel Garcia, znany podówczas nauczyciel śpiewu w Londynie, ogłosił drukiem wyniki badań wykonanych na własnej krtani podczas wydawania głosu, lub oddychania, zapomocą zwierciadełka własnego pomysłu, które się co do swej istoty wcale nie różni od używanych dziś powszechnie wzierników krtaniowych, czyli laryngoskopów. To pięćdziesięciolecie laryngoskopii schodzi się z niezwykłem w życiu ludzkiem wydarzeniem, które właśnie twórcy tej metody badania dotyczy; w bieżącym roku bowiem dnia 17 marca Manuel Garcia kończy setny rok życia. To też Towarzystwo laryngologiczne w Londynie postanowiło tę setną rocznicę urodzin zasłużonego męża święcić uroczystym obchodem, a jemu samemu wręczyć w upominku jego portret imieniem laryngologów całego świata. Jakkolwiek w czasach specyalizowania się w pojedynczych gałęziach wiedzy, jakie dzisiaj nastały, obchód londyński może będzie budzić zajęcie głównie tylko u zawodowych laryngologów, którzy z wynalazku Garcii sami korzystają, to jednak sądzę, że nie powinien on być zupełnie obojętnym i dla szerszych kół lekarzy, którzy odczuwać i uznawać muszą ogromne korzyści, jakie nauka przez wynalezienie laryngoskopii odniosła tak pod względem rozpoznawania i leczenia chorób dróg oddechowych, jak i pod względem możności ścisłego badania czynności krtani. Nie wyda się więc może i czytelnikom „Przeglądu Lekarskiego“ nieodpowiedniem, jeżeli w krótkości przedstawię początkowe próby laryngoskopii, rzeczywiste jej wynalezienie i zużytkowanie do badań fizyologicznych przez Garcię, oraz wynalezienie jej ponownie przez Türcka i wyzyskanie w celach klinicznych.

Pomysł wprowadzania do gardła małego zwierciadełka, w któremby można oglądać obraz krtani, spotykamy na blizko trzydzieści lat przed publikacyą Garcii. Pierwszym był Senn w Genewie, który jeszcze w roku 1827 dał zrobić małe zwierciadełko w celu obejrzenia krtani u siedmioletniej dziewczynki, u której z powodu duszności wykonał tracheotomię; obrazu krtani jednak na tej drodze nie uzyskał. W dwa lata później wpadł na podobny pomysł Babington i przedstawił na posiedzeniu „Hunterian Society“ w Londynie zwierciadełko podobne do używanych dziś laryngoskopów, lecz podłużne, w którem przy oświetleniu promieniami słońca, skierowanymi do ust badanego za pomocą zwierciadła płaskiego, można było oglądać nagłośnię i części przedsionka krtani; nie spotykamy jednak wzmianki, by w niem widzieć było można także i głośnię. Tem mniej mogło się to udać Bennatiemu za pomocą aparatu Selligues'a, w którym zwierciadełko laryngoskopijne połączone było z dwiema rurami, z których jedna miała służyć do wpuszczenia na zwierciadełko światła, a druga do oglądania w niem obrazu krtani. (Paryż r. 1832). W roku 1838 przedstawił Baumès Towarzystwu lekarskiemu w Lyonie lusterko własnego pomysłu, którego nachylenie do rączki dowolnie zmieniać się dało; miało ono służyć tak do badania dolnych części gardła i krtani, jak i do badania tylnych wylotów jam nosowych. Widzimy tu zatem pomysł tak laryngoskopii, jak i rynoskopii tylnej, nie spotykamy jednak żadnych wskazówek, że Baumès widział kiedy istotnie głośnię; przytem lusterko jego do tylnej rynoskopii było zbyt wielkiem; dobrą myślą jedynie było odgięcie lusterka od rączki. W roku 1840 wspomina znowu Liston o czworobocznem zwierciadełku, „jakiego używają dentyści“, lecz na dłuższym trzonku, za pomocą którego stwierdzić można *oedema glottidis*. Pod tą nazwą rozumiano jednak wtedy puchlinę przedsionka krtani; nie zdaje się zaś, by Liston widział kiedy samą głośnię. W r. 1844 próbuje Avery zwierciadełka umieszczonego na końcu rury wkładanej do ust, rzucając w nią światło lampy trzymanej przed ustami chorego reflektorem wklęsłym, mającym w środku otwór dla oka, a umocowanym na głowie badającego; nie podaje on jednak nigdzie, by mu się udało w ten sposób zobaczyć głośnię. W dwóch przypadkach miało się to udać Wardenowi, który, wprowadziwszy do gardła mały pryzmat szklany o jednej powierzchni zwierciadłowej, mógł w nim dojrzeć odbicie wnętrza krtani wraz z głośnią, co też w roku 1844 opisał. Warden używał światła sztucznego, które do ust rzucał po odbiciu go za pomocą większego pryzmatu, który mu tu za reflektor służył.

Wszystkie te próby przebrzmiały bez echa i poszły w zapomnienie; dopiero w jesieni r. 1854 rozpoczął Manuel Garcia, hiszpan będący nauczycielem śpiewu w Londynie, obserwacye na własnej krtani, tak podczas spokojnego oddychania, jak i wydawania głosu, a to zapomocą małego zwierciadełka własnego pomysłu, przytwierdzonego na wygiętej rączce, przy oświetleniu gardła promieniami słońca odbitymi przez zwierciadło płaskie. W celu badania zwracał się Garcia plecami do słońca, trzymając przed ustami zwierciadło, którem odbite światło rzucał do jamy ustnej na ogrzany poprzednio laryngoskop, oparty w wysokości języczka o spód podniebienia miękkiego; laryngoskopem tym zwracał światło ku krtani, otrzymując w nim przez to oświetlony jej obraz, który, odbijając się w zwierciadle trzymanem przed ustami, mógł być w niem dokładnie widziany. Przez otwór zrobiony w środku zwierciadła mógł ktoś drugi oglądać krtań Garcii w laryngoskopie. W ten sposób przeprowadził Garcia cały szereg badań głównie na własnej krtani, a wyniki ich podał w publikacyi p. t.: „Physiological Observations on the human voice“. (Proceed. of the royal Society. London 1855. Vol. VII, Nr. 13). Zastosowanie światła sztucznego do badania krtani nie udało się Garcii tak, że musiał się do badania w świetle słonecznem ograniczyć; to też, gdy zaczął potem badać swoich uczniów, zwracał ich twarzą ku słońcu tak, by

jego promieniami oświetlić laryngoskop w gardle trzymany. Garcia widział głośnię rzeczywiście, to też robił studya nad zachowaniem się krtani tak podczas oddychania, jak i przy wydawaniu głosu w rozmaitych jego odmianach co do siły i wysokości, jak również i w różnych rejestrach głosowych. Oprócz powyżej podanej publikacyi ogłosił on wyniki swych badań w „The Pilosoph. Magaz. and Journal of Science“ 1855, Vol. X. p. 218 (w tłómaczeniu niemieckiem spotykamy tę pracę w „Monatschr. f. Ohrenheilk. sowie f. Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- u. Luftröhrenkrank. 1878, Nr. 1, 3, 4, 5, 6) oraz w „Gaz. Hebdomad. de Méd. et de Chirurgie“, 16 Nov. 1855, Nr. 46.

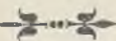
Jak z powyższego opisu widać, Garcia nie był pierwszym, który wpadł na pomysł użycia zwierciadełka do badania krtani, był jednak pierwszym, który użył i takiego zwierciadełka i w taki sposób, że mógł niem istotnie oglądać głośnię. Że nie wiedział on o swoich poprzednikach, to nie ulega wątpliwości; nieudałe ich próby pozostały prawie nieznane w świecie lekarskim, skądżeżby mógł o nich coś wiedzieć Garcia, nauczyciel śpiewu? Nawet dobry pomysł Baumès'a, równie, jak i udana próba Wardena z pryzmatem, przeszły też zupełnie niepostrzeżenie; wreszcie badanie krtani zapomocą pryzmatu nie miało warunków do rozpowszechnienia się i stanowiło raczej udaną w danym przypadku próbę, niż nową metodę badania. Tak więc Garcię uważać musimy za rzeczywistego wynalazcę laryngoskopii takiej, jaka po dziś dzień istnieje; zasługa jego jednak nie kończy się na tem: Garcia zużytkował stworzoną przez siebie metodę badania do studyum nad zachowaniem się krtani przy jej czynnościach, a zwłaszcza przy różnych rodzajach głosu, jakiego się w śpiewie używa. Czytając jego pracę, dziwić się można, że nielekarz miał tak dokładną znajomość anatomii krtani, a zwłaszcza jej muskulatury, przez której działanie tłómaczył zmiany w obrazie laryngoskopijnym, jakie spotykał przy rozmaitych odmianach w głosie. Tak więc Manuel Garcia, nauczyciel śpiewu, był nietylko twórcą metody badania krtani zapomocą wzroku, ale nadto pierwszym, który te badania zużytkował dla studyum fizyologii głosu; był on przytem pierwszym, który posługiwał się w tym celu autolaryngoskopią.

Jak mało jednak świat lekarski odczuwał potrzebę badania krtani zapomocą wzroku, wskazuje to, że wynalazek Garcii nie zwrócił wcale na siebie uwagi i byłby poszedł niechybnie w zapomnienie, gdyby w parę lat później nie był Türck wpadł ponownie na myśl badania krtani zapomocą zwierciadełka wprowadzonego do gardła. Türck wpadł na ten pomysł samodzielnie, nie wiedząc nic o Garcii i rozpoczął w lecie 1857 r. na swoim oddziale szpitalnym badanie chorych przy słońcu zapomocą zwierciadełek osadzonych pod kątem około 120° na rączce; badania te musiał przerwać pod zimę, t. j. z nadejściem pory słotnej. W tym czasie Czermak, podówczas profesor fizyologii w Krakowie, przybywszy na dłuższy czas do Wiednia, wypożyczył od Türcka zwierciadełka, w celu powtórzenia na sobie badań Garcii, o których się był właśnie dowiedział. Już w początku r. 1858 zaczął on ich jednak używać na chorych, zastosowawszy przytem do badania sztuczne oświetlenie. Czermak zajął się nietylko sam bardzo gorliwie laryngoskopią, ale starał się ją także rozpowszechnić po całym świecie, podróżując umyślnie w tym celu; uprawiał on też gorliwie autolaryngoskopię, wyzyskując ją za przykładem Garcii dla studyów fizyologicznych. Ocenił on odrazu wielką doniosłość laryngoskopii dla medycyny praktycznej, przedstawiając lub opisując przypadki chorobowe, jakie mu się udało napotkać; wkrótce też zastosował podobną metodę do badania zapomocą wzroku jamy nosowogardłowej i tylnych wylotów jam nosowych, t j. rynoskopię tylną. Tak więc studyum fizyologii krtani i głosu rozpoczęte przez nauczyciela śpiewu Garcię doznało następnie w rękach fizyologa tej miary, co Czermak, dalszego rozwoju i zostało doprowadzone do pewnych i ścisłych wyników. Równocześnie rozwinęła się dyagnostyka chorób krtani i tchawicy w rękach Türcka i osiągnęła stopień ścisłości i dokładności, o jakim w czasach przedlaryngoskopijnych marzyć nawet nie było można. Pierwsza operacya polipa krtaniowego dokonana przy laryngoskopie przez Brunsa r. 1861 dała początek rozwojowi operacyj śródkrtaniowych (laryngoskopijnych), równie jak i innych zabiegów leczniczych wykonywanych w krtani pod kontrolą zwierciadełka.

Nie mam tu zamiaru opisywać dalszego rozwoju tej nowopowstałej gałęzi nauk lekarskich, z której dziś powstały nowe metody badania, zapomocą których do oskrzeli głównych, a nawet do ich gałęzi, pod kontrolą wzroku dotrzeć możemy narzędziami; pragnę tu tylko zaznaczyć, że tym, który stworzył metodę badania krtani zapomocą wzroku i pierwszy wyniki tych badań dla nauki zużytkował, był Manuel Garcia. Zapewne wynalazek i zasługi Garcii poszłyby zupełnie w zapomnienie, gdyby był Türck nie wpadł ponownie na myśl badania krtani zapomocą zwierciadełka; prawdopodobnie jednak i wynalazek Türcka nie byłby się tak szybko rozwinął i rozpowszechnił, gdyby się nim nie był tak gorliwie zajął Czermak. Zapał Czermaka do nowej metody badania rozbudził też w całej pełni energię w Türcku, który w laryngologii jako klinicysta zawsze zajmować będzie naczelne miejsce. Możeby jednak na badania Türcka Czermak nie był zwrócił wcale uwagi, gdyby nie był się właśnie dowiedział o wyzyskaniu podobnych badań dla studyów fizyologicznych przez Garcię.

Tak więc, jakkolwiek bezsprzecznie Türcka i Czermaka uważać winniśmy za ojców laryngoskopii, to jednak musimy przyznać, że tak pod względem samego wynalazku, jak i wyzyskania go dla badań czynności krtani, uprzedził ich nie klinicysta, ani fizyolog i wogóle nie lekarz, lecz nauczyciel śpiewu Manuel Garcia. To też w chwili, gdy ten zasłużony dla nauki starzec kończy sto lat życia, a doniosły jego wynalazek liczy pięćdziesiąt lat istnienia, przyłączy się zapewne cały świat lekarski do życzeń, jakie obecnie laryngologowie świata całego Manuelowi Garcii w setną rocznicę jego urodzin składają. Zapewne więc i Czytelnicy „Przeglądu Lekarskiego“ powtórzą w duchu za nami życzenia, jakie sędziwemu Solenizantowi na tem miejscu składamy; są to życzenia, by mógł On jak najdłużej jeszcze patrzeć na owoce z tej siejby, w której niegdyś On pierwszy zdolne do zejścia rzucił ziarno, a oraz, by rzeźkość umysłowa i względna do wieku czerstwość ciała, jaką się dotychczas cieszy, nie opuszczała Go już aż do śmierci.

Prof. Dr. Przemysław Pieniążek.



II. Fizyka i chemia w biologii.

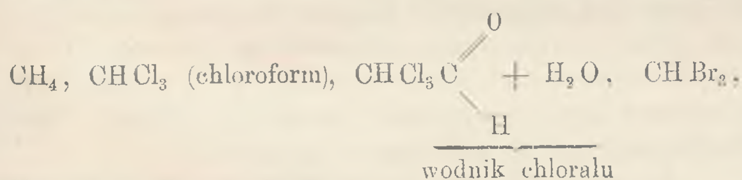
Wykład wstępny przy objęciu katedry farmakologii

wygłoszony przez

Prof. Dr. L. Popielskiego.

(Dokończenie.)

Istnieje cały szereg ciał, nie rozpadających się na jony (t. j. nie elektrolitów), odznaczających się powolnością odczynów chemicznych i stanowiących olbrzymią grupę związków alifatycznych, zwanych inaczej związkami tłuszczowego szeregu. Ogólny wzór chemiczny węglowodanów tego rzędu C_nH_{2n+2}. Zapomocą zamieszczania grupy H pierwiastkami Cl, Br, J, albo całymi grupami C_nH_{2n+1}, zapomocą oksydacyi i t. d. otrzymujemy, rzec można, niezliczoną liczbę ciał w postaci alkoholów i ich eterów, estrów, aldehidów, ketonów i t. d. Na niektóre pozwolę sobie zwrócić uwagę:



C_2H_5HO (alkohol), $C_2H_5.O.C_2H_5$ eter.

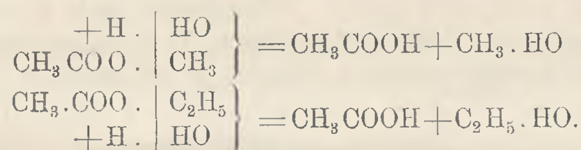
Wszystkie te ciała posiadają jeden ogólny charakter działania na ustrój, mianowicie: w większym lub niższym stopniu obniżają czynności komórek nerwowych półkul mózgowych i w ten sposób sprowadzają odurzenie (narkozę), uśpienie.

Dlatego też o ciałach tych mówimy, jak o narkotykach. Pozwolę sobie przypomnieć, że ciała te nie posiadają własności rozpadania się na jony; że mogą okazywać działanie na komórki całą swoją masą, w postaci niezmienionej drobiny. Badania farmakologów wykazały, że ciała te mają własność obniżać, albo nawet zupełnie niszczyć czynność komórek nerwowych z warunkiem, jeżeli dostaną się do krwi.

Pierwszy więc warunek, aby ciała te mogły okazywać swój wpływ na komórki nerwowe, polega na tem, aby rozpuszczały się we krwi, gdyż tylko w ten sposób mogą dotrzeć do komórek nerwowych. Zatem komórki nerwowe posiadają własność zabierać ze krwi narkotyki; nastręcza się natychmiast pytanie, na czem polega ta własność? Okazało się, że komórka nerwowa zabiera dlatego narkotyki, że ścianki jej otaczająca ją błonka, rozpuszcza narkotyk, który w ten sposób może przedostać się do jej wnętrza. Bliższe badanie wykazało, że ściany komórki nerwowej składają się z lecytyny, protagonów, cerebryny, cholesteryny,— ciał, mających wiele własności fizycznych, zbliżonych do tłuszczów i dlatego nazwanych „lipoidami". W ciałach tych rozpuszcza się narkotyk. Tak więc komórki nerwowe zabierają narkotyk ze krwi dlatego, że ten ostatni rozpuszcza się w lipoidach, wchodzących w skład ścian komórki nerwowej; ilość rozpuszczonego narkotyku zależy od współczynnika podzielności, wskazującego na ilość ciała, rozpuszczonego przez krew i lipoidy.

Jeżeli więc narkotyk rozpuszcza się w lipoidach lepiej, aniżeli we krwi, działanie jego występuje wyraźnie i zachodzi szybko. Wszystkim znaną jest własność chloroformu, eteru, alkoholu rozpuszczania tłuszczów; jednocześnie wszyscy wiedzą, jak silnymi są narkotykami właśnie te przetwory. Porównywując spółczynnik podzielności, możemy naprzód powiedzieć, które ciało działa mocniej; oczywiście to ciało, którego spółczynnik podzielności jest większy. Jeżeli $\frac{Ct}{Cw}$ zamienia się w ∞, to warunki dla działania narkotyku, zdawałoby się, są najlepsze, a tymczasem narkotyczne działanie ciała sprowadza się do zera. Pochodzi to stąd, że $\frac{Ct}{Cw}$ zamienia się w ∞, kiedy Cw (ilość ciała rozpuszczającego się w wodzie) zamienia w 0, to jest kiedy komórka nerwowa nie może nic ze krwi zabrać (Ct koncentracya ciała w komórce nerwowej).

Jaki jest los narkotyków wewnątrz komórki, trudno powiedzieć z całą dokładnością. W każdym razie w większości przypadków ciała te wchodzą w połączenie nietrwałe ze składowemi częściami komórki, z której przy zmniejszonem natężeniu narkotyków we krwi, nazad do niej przechodzą: wskutek tego następuje przebudzenie. W innych jednak przypadkach ciała wewnątrz komórek mogą się rozpadać na części mniej złożone, a te ostatnie mogą sprowadzić bardzo groźne dla ustroju objawy. Dotyczy to n. p. estrów, zwłaszcza niższych przedstawicieli kwasów tłuszczowych, n. p. metylcetatu, etylacetatu, przy których odurzenie narkotyczne szybko ustępuje bardzo groźnym objawom z tego powodu, że wewnątrz komórki ester rozpada się na alkohol i kwas octowy, który niszczy prawidłowy skład komórek nerwowych i następuje śmierć. Proces chemiczny, zachodzący przy tem, jest bardzo prosty



Oprócz ciał, zwanych narkotycznemi, istnieje cały szereg innych, które rozpuszczają się w lipoidach, a które jednak, z niewielkimi wyjątkami, nie mają narkotycznego działania. Do takich ciał należą alkaloidy, odznaczające się nadzwyczajną łatwością rozpuszczania się w lipoidach, a więc przenikania do wewnątrz komórek nerwowych. Tem się tłómaczy fakt działania alkaloidów na ustrój nawet w małych dawkach, gdyż komórki nerwowe mogą ze krwi pochłaniać alkaloid, znajdujący się we krwi w względnie niewielkiej koncentracyi. Jednak ważną tu jest jeszcze pewna okoliczność, która ma doniosłe znaczenie dla zrozumienia działania alkaloidów. Alkaloidy nie są tak obojętne w znaczeniu chemicznem, jak narkotyki tłuszczowego szeregu. Alkaloidy występują jako zupełnie wyraźne bazy — zasady, z wyraźnem alkalicznem działaniem (nazywają się też alkaloidy od alkali), tworzą z łatwością sole z kwasami. Wobec tego alkaloidy, przechodząc tak łatwo do komórek nerwowych, najprawdopodobniej tworzą z treścią ich trwałe połączenia, zupełnie zmieniając prawidłowy skład komórek. Tutaj pozwolę sobie zaznaczyć, że alkaloidy przeważnie działają na komórki nerwowe, co odpowiada ich fizycznym własnościom łatwego rozpuszczania się w lipoidach. Niektóre z alkaloidów, jak n. p. należące do grupy morfiny, mają wybitne działanie narkotyczne.

Łatwość rozpuszczania się alkaloidów w lipoidach można wyzyskać do celów wprowadzania ich do ustroju przez skórę. Skóra pokryta jest grubą warstwą komórek, dużo

zawierających w swoich ściankach lipoidów. Jeżeli do roztworu strychniny 1 : 1000 włożyć ogon szczura, to po niejakim czasie występują drgawki: objaw działania strychniny na organizm.

Zjawiska, cechujące narkotyczne odurzenie, następują zawsze, bez względu na to, czy są one potrzebne dla ustroju, pożyteczne, czy też wprost szkodliwe. Zjawiska zachodzą dlatego, że pomiędzy istotą komórek i wprowadzonem ciałem zachodzi proces fizyko-chemiczny. Odurzenie narkotyczne charakteryzuje ten proces na zewnątrz. Nigdzie tak dobitnie i tak rażąco, jak przy działaniu przetworów narkotycznych nie występuje zależność objawów życia, nawet tak bardzo złożonych, jak życie psychiczne człowieka, od procesów chemicznych.

Mimowoli nasuwa się pytanie, czy życie rzeczywiście jest wyrazem procesów fizykochemicznych, czy też w komórkach naszych działają specyalne siły życiowe? Co do istnienia tych ostatnich nie mamy żadnych faktycznych dowodów. Jeżeli wziąć pod rozwagę najprostszą komórkę, to spotykamy się na samym wstępie z bardzo skomplikowanymi zjawiskami, które towarzyszą rozmnażaniu się komórki. Jednak również możemy stwierdzić fakt, że rozmnażanie się następuje przy pewnych fizyko-chemicznych własnościach otoczenia, a mianowicie, jeżeli komórka otrzymuje dostateczną ilość odpowiednich ciał: węglowodanów, tłuszczu, białka, soli, wody i jeżeli otoczenie posiada odpowiednią ciepłotę. Najwięcej skomplikowanem ciałem komórki, z przemianami którego, nie zupełnie słusznie, — najczęściej jednak, łączą objawy życia, jest białko. Rzeczywiście ciało to posiada olbrzymi ciężar drobinowy = 13000. Ta olbrzymia drobina z nadzwyczajną łatwością rozpada się na mniejsze części, które w postaci ziarnek, ziarenek rozmaitej wielkości pływają w płynnej treści komórki — protoplazmie.

Przy rozmnażaniu się komórki powiększa się jej objętość z powodu, że z zewnątrz wchodzą rozmaite części, pomiędzy innemi, woda; w komórce zaczynają pojawiać się w obfitej ilości ziarenka, które łączą się w nici, odbywają ożywione ruchy, co jest dowodem zwiększonego wchłaniania się wody do wnętrza komórki. Wreszcie chromatyna dzieli się na dwie części, a następnie dzieli się i komórka wskutek zapewne nadmiernego osmotycznego ciśnienia, panującego wewnątrz komórki, ciśnienia, którego nie może wytrzymać otaczająca komórkę błona.

Cały ten proces, zwany w biologii mitozą, jest rzeczywiście bardzo skomplikowany i robi wrażenie, że biorą w nim udział jakoby specyalne siły życiowe. Dotąd nie spostrzegano podobnych zjawisk nazewnątrz ciała, nazewnątrz komórki żywej, w próbówce. Jednak nie jest to jeszcze dowodem, że cały ten proces nie jest procesem natury fizykochemicznej. Nie należy zapominać, że dotychczasowe próby robione były przeważnie z czystem białkiem, bez udziału soli, odpowiedniej ilości wody, węglowodanów i t. d. Wreszcie należy pamiętać, że przy reakcyach chemicznych mało korzystamy z tych warunków, przy których procesy chemiczne zachodzą w ustroju: stałe osmotyczne ciśnienie, stała ciepłota, wilgotność.

Że rzeczywiście nawet w tak złożonych procesach, jak procesy rozmnażania, warunki natury fizyko-chemicznej odgrywają ważną rolę, dowodzą doświadczenia, w których niezapłodnione jajka niektórych morskich zwierząt mogły się rozwijać względnie bardzo daleko pod wpływem niektórych fizyko-chemicznych własności otoczenia. Tak n. p. jajka morskiego robaka — *chaetopterus* rozwijają się do okresu larwy, jeżeli na przeciąg 2 minut włożyć je do mieszaniny, złożonej z 98 sz. ctm. morskiej wody i 2 sz. ctm. 2.5 normalnego roztworu KCl, a następnie przenieść do morskiej wody. Również tak samo działają KBr, KNO_3, K_2SO_4, co dowodzi, że chodzi tu o działanie jonu K^+. Zupełnie tak samo, jak jony K^+ na *chaetopterus*, działają jony H na jajka *asterias*, jony Ca na jajka *amphitrite*. Dla rozwoju niezapłodnionych jajek jeżowców dosyć jest podnieść osmotyczne ciśnienie otoczenia. Jednak, czy mamy tu tylko do czynienia ze zwyczajną zmianą ciśnienia osmotycznego, czy też odgrywają tu rolę zjawiska, zależne od obecności elektronów, których przenoszenie związane jest z powstawaniem metalicznych jonów K^+, Ca^{++}, dotąd niema jednak rozstrzygającej odpowiedzi. Doświadczenia te rzeczywiście przedstawiają się w wysokim stopniu interesująco. Wykazują one, że zmieniając odpowiednio otoczenie, możemy postawić życie ustroju w najpomyślniejsze dla niego warunki. Tutaj wypada mi zaznaczyć, że pomimo zmienności otoczenia, skład chemiczny komórki w prawidłowych warunkach życia ulega bardzo nieznacznym wahaniom.

Odpowiednio do tego otrzymujemy prawidłowe objawy życia, jako wyraz procesów chemicznych, zachodzących w komórce. Zmienić skład chemiczny komórki, jasna rzecz, możemy, ale wtedy otrzymujemy albo cały szereg nieprawidłowych objawów życia, albo śmierć ustroju. Prawidłowe objawy życia są przywiązane do pewnych ściśle określonych procesów chemicznych, poza granicami których życie albo ustaje, albo zaczynają się nieprawidłowe jego objawy.

Przechodząc do bliżej interesującego nas przedmiotu, do oddziaływania ustroju na wprowadzone do niego ciała, musimy stwierdzić, że oddziaływanie to jest zawsze jedno i to samo i w takim stopniu stałe, że z oddziaływania tego możemy wnioskować o konstytucyi, o budowie chemicznej danego ciała. Jako jeden z faktów, w wysokim stopniu ciekawych, pozwolę sobie wskazać na znany wszystkim kwas pruski. Atomowy skład tego ciała jest bardzo prosty: HCN. Znaną jest również nadzwyczajna jadowitość tego ciała na ustrój. Co się tyczy struktury tego ciała, to zachodzi wciąż pomiędzy uczonymi spór, czy ma ono budowę $H-C\equiv N$, czy też $H-N=C$. Sporną tę kwestyę rozstrzyga jednak oddziaływanie organizmu: kwas pruski daje dwa estry: 1) $C_2H_5.C\equiv N$ jest to prawdziwy ester, albo prawdziwy cyanid, obojętny dla organizmu; 2) $C_2H_5.N=C$ jest to izoester, isocyanin, albo carbylamin i jest bardzo jadowity tak, jak sam kwas pruski. Ester ten zawiera grupę $C=N.|C_2H_5$, która musi istnieć w odpowiednim dla tego estru kwasie $C=N.H$, jak również dla prawdziwego estru $C_2H_5.C\equiv N$ musi odpowiednio istnieć kwas wzoru $\underline{HC\equiv N}$. Jednak istnieje jedna tylko odmiana (związki takie noszą w chemii nazwą tautomeryi) kwasu pruskiego, a mianowicie w wysokim stopniu jadowita. Ze wspólności oddziaływania ustroju na kwas pruski i karbylaminu można wnioskować o wspólności budowy chemicznej grupy cyanowej, a mianowicie dla kwasu pruskiego uznać wzór $C=NH$.

Grupa $C=N$, wspólna w obu tych ciałach, przypomina nam budowę drugiego ciała, również bardzo jadowitego $C=O$.

Pomijając pytanie o powstawaniu życia, o jego początku, a zatrzymując się głównie na jego przejawach, musimy wyznać, że te najróżnorodniejsze jego objawy są związane ściśle z procesami chemicznymi. Zmienić kierunek tych procesów i nadać im właściwy bieg, należy w wielu przypadkach do nas. Jeżeli więc szczęście ustroju jest naszem dążeniem w najobszerniejszem znaczeniu tego słowa, to więcej zaszczytnego stanowiska dla nauki trudno sobie przedstawić. Postawić ustrój w warunki dobrobytu, zapewnić każdej najmniejszej komórce prawidłowy bieg procesów, jest to wzniosły ideał uczonych i wszystkich kulturnych społeczeństw.

III. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Studyum bolu fizycznego.

Skreślił

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Kokaina zastosowana na skórę nie działa, można jednak znieczulić skórę, maczając anodę elektrody w rozczynie kokainy i stosując działanie prądu w ciągu kilku minut. Im prąd silniejszy, tem też znieczulenie będzie większe. Po wprowadzeniu kokainy do powszechnego użycia przypuszczano, że poraża ona tylko zakończenia czuciowe nerwów, podobnie jak n. p. kurara ruchowe. Dalsze badania jednak wykazały, że kokaina działa także i na zakończenia nerwów ruchowych, n. p. n. przeponowego (Alma, Mosso, Kochs), a także i na komórki nerwowe (Tumas). Rozczyn kokainy, wstrzyknięty w nerw (w jego przebiegu) lub i koło niego, wywołuje po pewnym czasie zupełne znieczulenie obwodowych zakończeń danego narządu, a to przez tak zwane znieczulenie przewodnictwa *(Leitungsanaesthesie)*. Przez to ostatnie rozumieć należy brak oddziaływania na ból, powstały przez przerwanie w pewnem miejscu ciągłości fizyologicznej nerwu. Anastomozy nerwów sprawiają, że czucie często w części jest zachowane i dopiero zupełne znieczulenie występuje wtedy, gdy oba sąsiednie nerwy znieczulimy.

Najdawniejszym sposobem zniesienia przewodnictwa, znanym już Grekom, był bezpośredni ucisk na nerw. Mniej pewnym jest oziębianie pnia nerwowego bezpośrednio przez skórę. Rossbach próbował zamrażać eterem przez dwie minuty nerwy krtaniowe poniżej kości gnykowej, rzekomo z dobrym skutkiem; krtań miała być całkiem nieczułą. Że wstrzykiwanie rozczynów kokainy w nerwy wywołać musi znieczulenie, dziwić nie może, gdyż już samo działanie wody przekroplonej na tkanki nerwowe nie jest obojętnem. Następuje szybko nasiąknięcie, które znosi zarazem pobudliwość nerwową

Eden ogłosił właśnie doświadczenia swe na kotach, gdzie przez proste wstrzyknięcie wody przekroplonej lub 0,2% rozczynu soli kuchennej do rdzenia, otrzymywał długotrwałe znieczulenie w kończynach dolnych. Wstrzykiwanie rozczynów kokainy wprost do nerwów datuje się od Corninga i Goldscheidera. Corning wstrzykiwał w nerw boczny skórny ramienia *(n. cutaneus brachii lateral.)* 0,3 ctm.^{3} 4% kokainy i potem podwiązał ramię taśmą Esmarcha. Metoda ta dała pochop do dalszych tak, że obecnie stosujemy ją na szeroką skalę, zwłaszcza po obszernej pracy Brauna w tym względzie. Tak n. p. znieczulamy n. zębodołowy *(n. alveolaris)* celem bezbolesnego wyjęcia zębów; palce metodą, podaną w roku 1888 przez Obersta, przyczem zaciśnięcie drenem jest niepotrzebne, a jedynie ma dobry skutek w przypadkach idyosynkrazyi do kokainy. Nadto można to zaciśnięcie zastąpić dodatkiem kilku kropli rozczynu adrenaliny. N. łokciowy w rowku na kłyciu wewnętrznym kości ramieniowej, gałązki n. trójdzielnego we wcięciu nadoczodołowem (*incisura supraorbitalis*), nerwy prącia przez obrączkowe wstrzyknięcie rozczynu u nasady członka, a w końcu inne nerwy, odsłonięte operacyjnie, jak n. p. promieniowy, pośredni, strzałkowy, goleniowy. W te ostatnie nerwy można wstrzykiwać także *„subcutan perineural“*, ale technika jest dość trudna.

Bardzo duże pnie nerwowe trudno znieczulić, n. p. do n. siedzeniowego potrzeba przynajmniej 1% rozczynu, przyczem znieczulenie występuje dość późno (w 15—45 minut). Wkłucie igły do nerwu odczuwa chory jako drętwienie lub mrowienie. Znieczuleniu przeszkadzają często nerwy skórne, odchodzące nieraz bardzo wysoko (centralnie) od głównego pnia. Z reguły wystarcza 1 ctm.^{3} 1% kokainy.

W klinice stosujemy również dodatek adrenaliny (2—4 kropli rozczynu 1: 1000).

Polecono też celem bezbolesnego wykonywania trepanacyi wstrzykiwanie kokainy w kształcie pasa naokoło głowy.

Oprócz nerwów działa także kokaina na mięśnie gładkie i prążkowane, znieczula małe istoty, jak wymoczki, plemniki, rzęski wymoczków i drożdże (Danilowski: *Pflüg. Archiv.* Bd. 51, str. 450). Działa dalej kokaina na nerw spółczulny, czego dowodzi występujące czasem przy znieczuleniu Corning-Biera mimowolne oddanie stolca.

Działanie kokainy na mięśnie gładkie objawia się typowo w zblednięciu skóry po wstrzyknięciu podskórnem kokainy.

Fakta te dowodzą, że w kokainie mamy środek, działający głównie na pierwiastki komórkowe ustroju i to działający trująco, czyli że kokaina należy do tak zwanych trucizn protoplasmy *(Protoplasmagift)*.

Działanie kokainy jako trucizny objawia się w różnicach indywidualnych przy stosowaniu i dawkowaniu jej, oraz idyosynkrazyi lub odporności względem niej. U jednych osób występuje n. p. znieczulenie, szczególnie lędźwiowe, prawie natychmiast, u drugich znów zwolna. Skąpa grupa obejmuje osobniki, groźnie oddziaływające na kokainę, w przeciwieństwie do szczupłej grupy osobników, zupełnie nie oddziaływających.

Gdyby kokaina działała li tylko na mocy swej właściwości kurczenia naczyń, wywoływania bezkrwistości itd., musieliby wszyscy ludzie na nią oddziaływać.

W tem miejscu wspomnieć należy o znieczuleniu rdzeniowem podług Corning-Biera. Znieczulenie to, obecnie w klinice chirurgicznej krakowskiej dużo używane, polega, jak wiadomo, na wstrzyknięciu (zwykle w lędźwiowe przestwory międzykręgowe) w kanał rdzeniowy rozczynu kokainy lub jej przetworów, ewentualnie w kombinacyi z innymi

środkami, jak n. p. z adrenaliną. W klinice krakowskiej stosujemy obecnie czystą tropakokainę w roztworze 2% w wodzie przekroplonej. Dzięki wypuszczaniu dużej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, zgęszczonym roztworom tropakokainy (mniejsza pojemność wstrzykiwanego płynu niż wypuszczonego), ułożeniu głową w dół po wstrzyknięciu, otrzymujemy wyniki godne zanotowania, bo znieczulenie, trwające od trzech kwadransów nieraz do 2 godzin, bez złych przypadłości wśród i po znieczuleniu. Znieczulenie, stosowane w ten sposób, sięga bardzo wysoko tak, że w ostatnich czasach udało się zupełnie dobrze wykonać w tem znieczuleniu osteotomię i szew kości promieniowej, dalej wyłuszczenie główki kości ramieniowej, a w końcu plastykę skóry ramienia po oparzeniu.

W krótki czas po wstrzyknięciu występuje mrowienie, potem cierpnięcie nóg i okolicy międzykrocza, a w końcu zupełne znieczulenie ciała po szyję. Często dołącza się do tego także bezład *(ataxia)*, lub i chwilowe zupełne porażenie kończyn dolnych. Obraz znieczulenia przypomina nieraz żywo typ wiądu rdzenia. Czucie dotyku często jest dobrze zachowane, czasem spaczone. Czucie ciepłotne i elektryczne zwykle pozostaje dobrze zachowanem.

Podobieństwo znieczulenia lędźwiowego do wiądu rdzenia naprowadza na myśl, że znieczulenie lędźwiowe działa na rogi, korzenie i sznury tylne rdzenia.

Bardzo ciekawem spostrzeżeniem był przypadek, który miałem sposobność spostrzegać w klinice krakowskiej.

Dnia 6 stycznia 1903 roku zgłosił się do kliniki pacyent *W. K.*, l. 49, lokaj z Krakowa. Pacyent był nieco podniecony alkoholem, opowiedział jednak dokładnie, że idąc ulicą, upadł tuż pod domem na kupę lodu i poczuł, że mu coś w nodze „trzasło“. Mimo to wyszedł na czworakach aż na drugie piętro i tu dopiero żona oglądnęła mu nogę, a zobaczywszy ogromne zniszczenie, przywiozła dorożką na klinikę. Prawie od początku zdziwiło mnie to, że pacyent nietylko na ból się nie skarży, ale nawet jest w wybornym humorze. Badanie wykazało, że mamy do czynienia z zupełnem strzaskaniem obu kości podudzia, a odszczep kości goleniowej długości 6 ctm., znalazłem luźnie leżący w skarpetce pacyenta. Amputacyi nie robiłem, założyłem tylko kilka setonów antyseptycznych w ranę, podwiązałem tętnicę goleniową przednią i ułożyłem kończynę w szynie.

Zabiegi wszystkie robiłem zupełnie bez znieczulenia, bo pacyent nietylko nic nie czuł, ale wierzyć po prostu nie chciał, że ma nogę złamaną. Dalsze badania wykazały, że chory ten cierpi na wiąd rdzenia.

W 9 dni po wypadku wystąpiły jednak groźne objawy u pacyenta w postaci obrzęku gazowego, bardzo wysokiej gorączki i ogólnego zajęcia tak, że zdecydowaliśmy się na odjęcie kończyny. Nie dowierzając jednak znieczuleniu naturalnemu pacyenta, postanowiliśmy jeszcze znieczulić go lędźwiowo. I cóż się okazało? Znieczulenia w tym przypadku nietylko że nie osiągnęliśmy, ale nadto wystąpiły u pacyenta wśród operacyi szalone bole, a nawet przeczulica w obu kończynach dolnych, która po godzinie, t. j. po czasie, w którym mniejwięcej znika znieczulenie, ustąpiła.

Przypadek ten jest dla nas bardzo interesującym, gdyż u pacyenta, który z powodu wiądu rdzenia ulegał chorobliwemu znieczuleniu, przez wstrzyknięcie roztworu tropakokainy do rdzenia nietylko że nie otrzymaliśmy skutku, ale nawet wystąpiły szalone strzelające bole i przeczulica taka, że zwykłe wrażenia dotykowe były dla pacyenta bardzo bolesnemi. Ta jedyna w swoim rodzaju obserwacya nie może uprawniać do wyciągania jakichś wniosków; sądzę jednak, że zdarzy się pewnie jeszcze sposobność spostrzegania zachowania się czucia dotyku i bolu przy znieczuleniu lędźwiowem u cierpiących na wiąd.

W warunkach i granicach fizyologicznych nie odczuwamy żadnego bolu, a wystąpienie jego dowodzi zaraz pewnego schorzenia lub rozprzężenia ustroju. Tkanki ustroju naszego nie wszystkie jednako oddziaływają na ból tak, że możemy ustawić je pod tym względem w 4 szeregi:

1) Tkanki zawsze bolesne na dotyk.

2) Tkanki bolesne tylko w stanie zdrowym pod wpływem silnego podrażnienia, a same z siebie w stanie chorym.

3) Tkanki bolesne tylko w stanie chorobowym.

4) Tkanki zupełne niebolesne.

Od czego zależy oddziaływanie na ból danego narządu?

W pierwszym rzędzie trzebaby myśleć, że czułość danego narządu zależną będzie od mniejszej lub większej zasobności jego w nerwy.

Na dowód przytoczyćby można to, że narządy, nie posiadające nerwów czuciowych, lub posiadające je w skąpej ilości, są nieczułe na ból.

Należą do nich włosy, paznokcie, nabłonek, sama substancya zębów. Narządy tkliwe na ból, ale tylko w stanie patologicznym, zawdzięczają bolesność tę swoją silnemu wysiękowi, uciskającemu zakończenia nerwowe, a nadto tworzeniu się w nich nowych naczyń krwionośnych, które w ścianach swych posiadają też nerwy. Jako przykład przytoczę: zapalenie rogówki, chrząstek, kości, ścięgien.

Związek bolesności z naczyniami [11]) ujawnia się tem, że w ogólności zapalenia śródmiąższowe cechują się większą bolesnością odpowiednich tkanek, niż zapalenia miąższowe. W płucach spotykane bole pochodzą od podrażnienia zakończeń nerwowych oskrzeli i opłucnej. Przewód pokarmowy mimo swego zasobu nerwów spółczulnych, w warunkach prawidłowych bolesnym nie jest, a tylko nieżyty i zmiany zapalne wywołują w nim bole, cechujące się tak zwanemi boleściami i kolkami.

Ból, zwany kolką, należy do bolów chwilowych i okresowych. Występuje on w narządach, posiadających obrączkowe mięśnie gładkie i zależy po większej części od tężca w tychże mięśniach. Ból ten cechuje wielka łatwość w rozpromienianiu, oraz zdolność wywoływania odruchów, jak skurcze naczyń, wymioty i t. d.

Sam układ ośrodkowy, t. j. mózg i rdzeń, są bezpośrednio nieczułe na ból. W jednym przypadku operowanego raka czaszki [12]), w którym miałem sposobność bezpośrednio dotykać się kory mózgowej, czyniłem przez czas dłuższy spostrzeżenia i doszedłem zgodnie z innymi do przekonania, że kora mózgowa na ból czułą nie jest. Procesy chorobowe w tych narządach przebiegają po większej części bezbo-

[11]) *Ubi dolor, ibi affluxus:* vide teoryę Oppenheimera wyżej, Goldscheider znalazł w jednym przypadku skrzepu tętnicy podkolanowej zmniejszenie czucia i wybitne zwolnienie w odczuwaniu bolu, połączone z hiperalgezyą. Ból występował dopiero po $2^1/_2$ sekundach.

[12]) Adolf Klęsk: Przyczynek do nauki o czynności mózgu. — Kraków 1902.

lesnie; jedynie w niektórych chorobach, (guzy mostu, wynaczynienia do substancyi nerwowej, porażenia opuszkowe, wiąd rdzenia i t. p.) występują bole rzutowe na zewnątrz. Choroby opon mogą naturalnie przebiegać bardzo boleśnie.

Przy znieczuleniu lędźwiowem prawie do wyjątków zaliczyć można zranienie ogona końskiego. W jednym przypadku na przeszło 400 zdarzyło się nam jednak, że wkłucie igły było bardzo bolesne i pacyent przez cały dzień po operacyi doznawał silnych kurczowych bolów w lewej kończynie, które na drugi dzień bez śladu ustąpiły.

Wernicke utrzymuje, że w mózgu ból ogranicza się tylko do miejsc, które zawierają wiele substancyi szarej (most, rdzeń przedłużony, wzgórki czworacze, wzgórek wzrokowy i t. d.).

W mięśniach prążkowanych spotykamy bole (prócz stanów chorobowych) przy tak zwanem znużeniu. Usilna praca i kurczenie się mięśnia zmniejsza zawartość glikogenu, a zwiększa natomiast ilość substancyi wyciągowych i kwasów. Ból, występujący wtedy, tłómaczono też zatruciem owemi substancyami. Ból ze znużenia wzrasta powoli, zmienia swe natężenie przy ruchach i ma charakter rozlany. Zupełnie odwrotnie przedstawia się ból, powstający w mięśniu nagle, a polegający na tężcu mięśnia prążkowanego, potocznie zaś mylnie nazwany kurczem.

Narządy, w prawidłowych warunkach niebolesne, stają się w stanie chorym bolesnymi. Szczególnie dzieje się to przy tak zwanem zapaleniu.

Ból jest jednym z 4 kardynalnych objawów zapalenia.

Dobroczynne działanie nacięcia, usuwające napięcie tkanek, zmusza tu do przypuszczenia, że ból zapalny pochodzi od silnego napięcia w tkankach i ucisku na zakończenia nerwów przez wysięk[13]). Grossman wywoływał zapalenie w kaczym dzióbie i obserwował zachowanie się tak zwanych ciałek Herbsta. Otóż przekonał się, że w 10—12 godzin po powstaniu procesu chorobowego okazują one zmiany, wywołane uciskiem przesięku, a cechujące się utratą warstwowej, współśrodkowej budowy, guzowatością i wybitnem zmaleniem w porównaniu do otoczki. Temu napięciu i uciskowi zakończeń nerwowych dają chorzy wyraz w określaniu bolu zapalnego; zowią go oni rozciągającym, rozpierającym, kłującym, tak jakby nóż kto wpychał, rozrywającym i t. d.

Oprócz samoistnego bolu zapalnego spotykamy często w okolicy chorej przeczulicę i nadmierną wrażliwość na ból otaczającej skóry. Po przecięciu napiętego miejsca ból samoistny (z ucisku) znika, wspomniane zaś sensacye nerwowe utrzymują się jeszcze pewien czas. O genezie ich powstania mówiliśmy już powyżej, omawiając promieniowanie bolu w rdzeniu.

Dla pewnych tkanek i pewnych chorób spotykamy charakterystyczne bole, zgodnie przez pacyentów nazywane i lokalizowane.

N. p. ból, połączony z uczuciem trwogi śmiertelnej, odnosimy do nerwu spółczulnego; bole kurczowe — do zaopatrzonych przez tenże nerw zwieraczy i innych mięśni gładkich. Choroby nerwowe posiadają też charakterystyczne dla siebie gatunki bolu.

[13]) Zależność nasilenia bolu od stopnia napięcia objawia się tem n. p., że tkanki niepodatne (warga, nos, ucho, kark, okostna) w stanie zapalnym są nadmiernie bolesne, bo wysięk, nie mając gdzie się rozejść, wywiera bardzo silny ucisk na nerwy.

W wiądzie rdzenia spotykamy n. p. według Charcota:

1) Bole świdrujące *(douleurs térebrantes)*, zwykle w okolicy stawów. 2) Bole strzelające (przeszywające, *douleurs lancinantes)*, wzdłuż pni nerwowych. 3) Bóle opasujące *(douleurs constrictives) (Gürtelgefühl, Haubengefühl)* i t. d.

Bole wiądowe odznaczają się jeszcze tem, że trwają niedługo, występują napadami *(crises)*, często w nocy, a przestanki są zupełnie bezbolesne.

Bole podobne spotykamy także w *neuritis multiplex*, przy ucisku rdzenia, syryngomyelii i t. p.

Częstemi miejscami wyjścia bolu w rwach, na dotyk zawsze bolesnemi, są tak zwane punkty Valleixa. Punkty te leżą na przebiegu nerwu i to w miejscach: 1) gdzie nerw wychodzi na zewnątrz z kanału kostnego; 2) gdzie przebija mięsień; 3) gdzie leży powierzchownie; 4) w miejscach zakończenia w skórze.

Niektóre choroby zakaźne odznaczają się nawet ściśle umiejscowionymi bolami.

Wiemy już, że pewne alkaloidy działają swoiście na pewne nerwy. Bole więc te, ściśle umiejscowione, odnieść tu należy do podobnegoż działania toksyn chorobowych. Gościec objawia się często bolami nerwu kulszowego i trójdzielnego; gościec mięśniowy zajmuje najczęściej szyję i kark, szczękę i lędźwie. Kiła nagabuje czaszkę i kości długie; zimnica nn. nadoczodołowe, tyłogłowowe, międzyżebrowe, siedzeniowe; grypa nerw trójdzielny, podobnie i cukrzyca. W ospie spotykamy bole w krzyżach i t. d. To, nieraz bardzo ścisłe umiejscowienie bolu w danej okolicy, jest dla lekarza wielkim środkiem pomocniczym, pozwala nieraz odkryć ukrytą w głębi chorobę.

W ocenie nasilenia bolu prócz różnic osobniczych powinniśmy się jeszcze kierować i innymi czynnikami. Stosunek nasilenia bolu do siły podniety, jak już mówiliśmy, nie jest zupełnie ścisły i zależy o wiele więcej n. p. od obszaru zajętego podrażnieniem, niż od siły samego podrażnienia. Ból z początku jest skutkiem, w następstwach swych jednak stać się może przyczyną innych zboczeń w ustroju i wtedy zamiast pomódz, może lekarza wprowadzić w błąd. Rozpoznanie bolu jest więc niepewne i bezpośrednio na nim opierać się nie można; jak znowu z drugiej strony nie można lekceważyć tego naturalnego wskaźnika, dającego znać o chorobie.

Ból w znaczeniu podmiotowem jest stanem świadomości. De Ferier przeznaczał mu nawet siedlisko w płatach potylicznych. Jako stan świadomości, czyli funkcya umysłowa, może być odtwarzanym na mocy kojarzenia wyobrażeń także bez podniety zewnętrznej. Silne przejęcie się cierpieniem drugiego u osobników nerwowych nieraz potrafi wywołać ból rzeczywisty, a silne wmawianie w siebie lub obawa przed bolem, może stać się właśnie przyczyną powstania bolu. Na tej zasadzie polegają wszystkie bole duchowe (odróżnić należy od nich bole moralne), posiadające wszystkie cechy bolu rzeczywistego, t. j. wywołanego podnietą. Bole duchowe objawiać się mogą w całkiem typowych formach, wywoływać odruchy, zmiany odżywcze, jednem słowem zmieniać się prawie w bole fizyczne. Cechą tych bolów bywa brak odpowiedniej przyczyny, a często nagłe, cudowne prawie ich znikanie.

IV. Wyciągi.

CHIRURGIA. Doberlin. **W sprawie rozpoznania anatomicznego postrzałów mózgu.** (*Medicinische Klinik,* Nr. 7, 1905). Autor omawia w ogólności rany postrzałowe mózgu, najczęściej powstające z powodu zamachów samobójczych, podnosząc tę okoliczność, że towarzyszące ranom tym objawy kliniczne są albo nieznaczne, albo nawet jeżeli są groźniejsze, to w większości przypadków z czasem ustępują zupełnie, lub też pozostawiają nieznaczne ślady. Mniej lub więcej groźne następstwa postrzału w głowę zależą w pierwszym rzędzie od przebiegu kanału postrzałowego w mózgu, jakie części mózgu zostaną nadwerężone, co łatwo daje się wyprowadzić ze zdjęć röntgenograficznych w różnych płaszczyznach. Następnie przytacza D. przypadek rany postrzałowej mózgu, gdzie kanał postrzałowy rozpoczynał się na prawej skroni, przechodził przez płat czołowy prawy i kończył się w płacie tylnym lewym. Objawy kliniczne były następujące: Utrata przytomności na bardzo krótki czas, porażenie ręki i nogi prawej, niedowład dolnej gałązki nerwu twarzowego; w oku zmian nie było. Leczenie wyczekujące dało wynik dobry, gdyż po pewnym czasie nastąpiło wyzdrowienie zupełne. Do wytłómaczenia obrazu klinicznego przyjmuje autor trzy ewentualności: zachodzić tu może albo zniszczenie drogą postrzału włókien nerwowych, przebiegających w tylnym odcinku torebki wewnętrznej (*capsula interna*), albo zgniecenie ich tuż obok przebiegającym kanałem postrzałowym, lub wreszcie idzie o działanie następowe postrzału, jakoto: krwiak, obrzęk włókien. O tem rozstrzyga obraz kliniczny. Jeżeli dwa pierwsze przypadki mają miejsce, to porażenia muszą wystąpić natychmiast, podczas gdy w przypadku trzecim występują później, w miarę wytwarzania się obrzęku lub t. p. Między pierwszym a drugim przypadkiem rozstrzyga przebieg dalszy, a mianowicie, czy porażenia nie ustępują zupełnie, czy też stan się polepsza. Wystąpienie porażenia po stronie prawej tłómaczy D. przebiegiem kanału postrzałowego, który przechodząc przez płat czołowy, wymijał drogę włókien ruchowych po stronie prawej, ale natomiast trafić je mógł w płacie potylicznym lewym, gdzie się znajduje tylny odcinek torebki wewnętrznej, co po skrzyżowaniu włókien wywołuje porażenie po stronie prawej.

Dr. Jarecki.

Dr. Jundel. **O obecności drobnoustrojów w jelicie cienkiem człowieka.** (*Archiv Langenbecka*, 1904, IV). Autor w poprzednich pracach swoich wykazał, że tchawica i oskrzela zawierają bardzo mało drobnoustrojów, co należy przypisać nietyle wpływowi mechanicznemu, niż raczej przeciwgnilnemu działaniu śluzu. Podobnie spojówka oka i prawidłowa cewka (z wyjątkiem części żołędziowej) są prawie jałowe. Przypadki postrzałów kiszek na wojnie, gojące się często i lepiej bez operacyi, zaciekawiły autora i z tego powodu przystąpił do badań, czy początki jelit cienkich, zwłaszcza gdy kiszki są puste, nie są wbrew przyjętemu mniemaniu względnie jałowymi. Kohlbrugge wykazał, że puste kiszki cienkie niektórych zwierząt są całkiem wolne od bakteryi; w jelicie grubem spotykamy ich za to zawsze wiele. Sok jelitowy według badań Landsbergera działa dość silnie bakteryobójczo (doświadczenie z *bac. prodigiosus*). Według zdania Levina jelita cienkie, a nawet i grube zwierząt ssących i ptaków w okolicach podbiegunowych, z daleka od mieszkań ludzkich, blizko w 60% są wolne od drobnoustrojów, a nawet *bact. coli commune* tylko w około 18% daje się wykazać. Autor badał treść kiszek cienkich przy operacyach w kilku przypadkach i na mocy ich twierdzi, że środkowe części przewodu pokarmowego, zwłaszcza kiszki cienkie górne, w stanie pustym są prawie wolne od bakteryi. Tem też tłómaczyć sobie należy brak zakażenia przy łączeniu żołądka z kiszką, przy pęknięciach jelit i t. d. *Dr. A. Klęsk.*

Dr. Neumann. **O rozległych oderwaniach krezki przy urazach** (*Beiträge zur klin. Chirurgie*, 1904, 3). Przy silnych urazach brzucha wielkie znaczenie co do leczenia operacyjnego mają przypady, wzbudzające podejrzenie pęknięcia lub oderwania się krezki. Rozpoznanie tu trudne, dlatego też i statystyka smutna. Do objawów oderwania się krezki należą: krwotok do jamy brzusznej, szybkie tętno przy ciepłocie prawidłowej, wielka bolesność brzucha i napięcie mięśni brzusznych. Pęknięcia, czyli oderwania równoległe do jelit, dają najgorsze rokowanie, rozrywają bowiem dużo naczyń, a w następstwie wywołać mogą, (gdy pęknięcie jest dłuższe, niż 9 ctm.) zgorzel kiszki, zwężenie, lub i niedrożność. Autor opisuje przypadek rozległego oderwania krezki jelita cienkiego, gdzie wskutek tego musiano wyciąć 150 cntm. Najwięcej kiszki dotąd wyciął Obaliński 365 cntm.; potem Trzebicky 280 cntm. Trawienie po takich wycięciach nie ulega upośledzeniu. W piśmiennictwie jest opisanych 10 przypadków urazowego oderwania krezki (5 razy przejechanie, 3 razy zgniecenie, kopnięcie kopytem i spadek z wysokości). Od szybkiego rozpoznania zależy życie pacyenta. Przy powstawaniu pęknięcia wielkie znaczenie ma napięcie mięśni i stan kiszek. Najłatwiej występuje ono przy kiszkach pełnych i zwolnionem napięciu mięśni brzusznych. *Dr. A. Klęsk.*

Dr. Riese. **O losie (chustek, pozostawionych przy operacyach w jamie brzusznej.** *Arch. Langenbecka*, 1904, IV). Mimo największej ostrożności i uwagi zdarzyć się może każdemu operatorowi, że pozostawi chustkę lub kawałek gazy w jamie brzusznej. Przypadków podobnych zebrał Neugebauer przy sposobności procesu Kosińskiego 34, obecnie zebranych w piśmiennictwie jest 41. By zapobiedz możności zapomnienia gazy, jedni radzą liczyć wszystkie chustki przed i po operacyi. To nie pomaga jednak wiele, bo można się w liczeniu pomylić. Lepiej jest używać bardzo długich tasiem z gazy (Krause), których koniec jest zawsze poza jamą otrzewnej, lub zaopatrywać chustki w zaciskadła, lub używać chustek ze sznurkami i perłami (Mikulicz). Gaza, pozostawiona w jamie brzusznej, jeżeli operowało się aseptycznie i w czystem, nie wywołuje zwykle zapalenia otrzewnej i może spokojnie leżeć bardzo długo, nieraz lata całe. Ciała obce wydostać się mogą na zewnątrz lub pozostać dłużej w czworaki sposób: 1) zakażone kawałki gazy wywołują zaraz ciężkie zapalenie otrzewnej; 2) wydzielają się ropniem na zewnątrz przez powłoki, pochwę (Schramm) i t. d.; 3) otorbiają się i tworzą torbiele; 4) przez przebicie dostają się do kiszki, lub z kiszki do ropnia i odchodzą na zewnątrz. Przypadek typowego przebicia gazy do kiszki spostrzegał Kader. Na Zjeździe niemieckiego Towarzystwa chirurgów w roku 1899 mówił on o doświadczeniach na psach, w których przewiązywał kiszkę sznurkiem lub drenem. Dren ten obrastał kiszkę i po pewnym czasie odchodził z kałem. Autor operował dwa przypadki w następstwie pozostawienia kompresu w jamie brzusznej na 900 otwarć jamy brzusznej, wykonanych przez siebie i asystentów. W jednym przypadku chustka się otorbiła, w drugim, operowanym przedtem przez kogo innego, przebiła się do kiszki i wywołała objawy niedrożności. Autor przez nacięcie kiszki wydobył kompres długości 1 metra. Równocześnie z tym przypadkiem operował zapalenie wyrostka robaczkowego. Pacyent ostatni leżał wspólnie z chorym pierwszym i będąc już na wyleczeniu, połknął kawałek gazy, który przy wizycie zwymiotował, twierdząc, że autor musiał i jemu zostawić gazę w brzuchu. Uczynił to przez zemstę i po wyjściu ze szpitala zaskarżył jeszcze Riesego do sądu. Sąd naturalnie uwolnił go od winy, gdyż niemożebną jest rzeczą, by gaza z jamy otrzewnowej w tak krótkim czasie dostała się do żołądka bez żadnych przypadłości. W razie zostawienia gazy w brzuchu lepiej jej nie szukać, choć się to spostrzeże zaraz potem, jak tego dowodzi przypadek Rydygiera. Przy kolpoceliotomii zauważył Rydygier zaraz zniknięcie chustki; szukał jej energicznie, lecz znaleźć nie mógł. Przypadek zakończył się śmiercią. Należy używać do jamy brzusznej dużych kawałków gazy, a gąbek zaprzestać używać. Według zdania autora przypadki zostawienia gazy w brzuchu nie powinny być karane sądownie.

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk.

OKULISTYKA. Dimmer. **Przyczynek do etyologii nieżytu wiosennego spojówki.** (*Wien. kl. Woch.*, Nr. 2, 1905). Rzadkie to cierpienie ocz polega na wytwarzaniu się różowych wyniosłości dokoła rogówki, oraz płaskich ziarnistości na spojówce powiek, która przybiera wejrzenie, przypominające skórę krokodyla. Choroba trwa latami, a podmiotowe dolegliwości (świąd, światłowstręt i t. d.) występują głównie w porze letniej i wiosennej. Etyologia nieżytu wiosennego była dotąd niewyjaśniona. Autor przytacza spostrzeżenie profesora dermatologii z Gracu, Kreibicha, który w przypadkach nieżytu wiosennego spojówki gałkowej, towarzyszącego chorobom skórnym (*hydroa vaciniforme* [Bazin] i t. zw. *Summerprurigo* [Hutchinson]) widział ustąpienie objawów ocznych po kilkudniowem szczelnem zawiązaniu oczu. Autor w jednym przypadku wiosennego zapalenia spojówek (bez zmian na skórze) zrobił analogiczne spostrzeżenie i wysnuwa stąd wraz z Kreibichem wniosek, że czynnikiem, wywołującym nieżyt wiosenny spojówki, jest działanie światła słonecznego.

K. W. Majewski.

Garliński. **Zapalenie rogówki pęcherzykowe.** (*Postęp okulist.* Styczeń, 1905). Autor przytacza przypadek pęcherzykowego zapalenia rogówki, który zasługuje na uwagę ze względu na wyniki odrębnie przeprowadzonego leczenia. Choroba ta rozwija się na oczach, będących już w stanie chorobliwym, a znamiennym jej objawem jest pojawianie się co parę dni kilku naraz pęcherzyków na powierzchni rogówki, umiejscowionych pomiędzy błoną Bowmanna a nabłonkiem. Podczas oddalania się nabłonka od błony Bowmanna ulegają rozciąganiu zakończenia nerwów pomiędzy komórkami nabłonka, co wywołuje silne bole rzęskowe w oku i skroni. W leczeniu, zastosowanem przez autora, myślą przewodnią było wytworzenie warunków, prowadzących do ściślejszego zespojenia nabłonka ro-

gówkowego z błoną Bowmanna. Skutek ten osiągnął G. przy stosowaniu zastrzykiwań podspojówkowych sublimatu w stosunku 1:1000 w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Stosowane przedtem środki lecznicze i zabiegi operacyjne, będące dotychczas w użyciu, nie odniosły pożądanych wyników. *Dr. Reis.*

Erdmann. **Użycie niebieskich szkieł przy badaniu w oświetleniu sztucznem i opis prostego przyrządu do badania poczucia barw.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 4, 1905). Wiadomo, że do wykazywania nieznacznych ubytków nabłonkowych na rogówce używa się często w okulistyce rozczynu fluoresceiny, która barwi tylko miejsca, pozbawione przybłonka. Przy sztucznem świetle, które najczęściej zawiera dużo promieni żółtych i czerwonych, zabarwienia tego, które polega na zjawisku fluorescencyi, zauważyć nie można. Aby umożliwić badanie zapomocą fluoresceiny przy świetle gazowem, naftowem lub żarowem elektrycznem — zaleca autor zasłonić lampę błękitnem szkłem kobaltowem. W takiem oświetleniu zabarwienie ubytków przybłonkowych występuje bardzo wybitnie, wyraźniej może nawet, niż w świetle dziennem. Przy sposobności opisuje autor latarnię z barwnemi szybkami, urządzoną na wzór latarni Eversbuscha i Williama i służącą do badania poczucia barw. *K. W. Majewski.*

Bouchart A. **Zmiany oczne spowodowane działaniem adrenaliny.** (*Recueil d'Ophtalmologie,* Nr. 1, 1905). Przy tenotomii mięśnia prostego wewnętrznego użył autor do znieczulenia przetworu z nadnercza, zwanego awazyną, zbliżonego do adrenaliny. W 8 dni po operacyi wystąpiło zaćmienie rogówki w połowie wewnętrznej, maksymalne rozszerzenie źrenicy, a równocześnie ciecz wodna w przedniej komorze przybrała zabarwienie błękitne. Zmiany te utrzymywały się przez kilka miesięcy, a w obrębie zaćmienia rogówki powstał w tym czasie pęcherzyk, który znikł pod wpływem dioniny i ezeryny. Ostatecznie powiodło się w znacznej części wyjaśnić rogówkę i sprowadzić mierne zwężenie źrenicy. Błękitne opalizujące wejrzenie cieczy wodnej tłómaczy autor zwiększoną zawartością istot białkowatych. Wszystkie te zmiany należy, zdaniem Boucharta, przypisać działaniu adrenaliny, która, zwężając silnie naczynia ciała rzęskowego (przy podspojówkowem zastrzyknięciu) może wywołać w tęczówce i w rogówce zaburzenia odżywcze.

K. W. Majewski.

PEDYATRYA. Leschriner. **O żywieniu osesków maślanką.** (*Archiv f. Kinderheilkunde,* T. 40, 1905). Autor podnosi potrzebę ściślejszego niż dotychczas ustalenia wskazań do żywienia niemowląt maślanką. Obok starannego spostrzegania ogólnego stanu zdrowia i rozwoju dziecka, należy koniecznie pilną zwracać uwagę na zachowanie się stolców. Autor podawał maślankę z dobrym skutkiem dzieciom sztucznie żywionym, których przyrost na wadze był niewystarczający i których stolce zawierały cząsteczki kwasów tłuszczowych. Podczas żywienia maślanką stolce, przedtem kwaśne, oddziaływały alkalicznie; kwasy tłuszczowe znikały, również biegunka, spowodowana podrażnieniem wskutek ich obecności, ustawała. Pomyślny wynik dawała również maślanka u dzieci karmionych piersią, których stolce okazywały tę samą nieprawidłowość, a przyrost na wadze był niedostateczny. Zadziwiająco szybki i pomyślny był wynik maślanki u dzieci, żywionych poprzednio bezskutecznie rozczynem śmietanki. Żywienie maślanką z dodatkiem śmietanki (3% zawartości tłuszczu) wskazanem jest u dzieci, cierpiących na zaparcie. Próby odstawiania od piersi zapomocą maślanki wypadły prawie zawsze pomyślnie. O ile maślanka w znacznej ilości ostrych schorzeń przewodu pokarmowego może oddać usługi wprost jako środek leczniczy, o tyle żywienie to przeciwwskazanem jest u dzieci zwiędłych (atroficznych) wskutek dłuższego podawania odwarów mącznych i wogóle pokarmów skrobiowych. Żywienie takich dzieci maślanką byłoby dalszym ciągiem poprzedniego błędu, mianowicie jednostronnego podawania pokarmów o przewadze węglowodanów. W tych przypadkach wskazanym jest pokarm obfitujący w tłuszcz. Również przeciwwskazaniem jest obecność stolców t. zw. białkowych (*Eiweissstühle*). Stolce takie są płynne, żółte, o zapachu serwatki; oddziaływają kwaśno i zawierają zielonożółte gruzełkowate masy. Wogóle podczas żywienia maślanką prawidłowe stolce oddziaływają zawsze alkalicznie, są jednolite i błyszczące. W razie obecności płynnych, kwaśno oddziaływających stolców, należy mieć się na baczności: zwłaszcza jeżeli w stolcach zapomocą płynu Lugola można wykazać skrobię, wówczas stanowi to wskazanie do przerwania żywienia maślanką. *Żeleński.*

E. Moro. **Badania porównawcze nad leukocytozą trawienną u osesków.** (*Archiv f. Kinderheilkunde,* T. 40, 1905). U zdrowych osesków, karmionych wyłącznie piersią, nie spotkał M. zjawiska leukocytozy trawiennej zupełnie: raczej występowało zmniejszenie liczby ciałek białych, leukopenia. Natomiast podawszy po raz pierwszy mleko krowie dziecku, karmionemu wyłącznie piersią, stwierdził Moro we krwi leukocytozę bardzo wybitną i utrzymującą się przez kilka godzin. Zjawiska tego nie można tłómaczyć większą zawartością białka w mleku krowiem, gdyż występowało ono również po mleku znacznie rozcieńczonem, lub maślance; jest to odczyn ustroju na silne podrażnienie, jakiem jest wprowadzenie po raz pierwszy obcego białka. Nie jest to zatem ściśle biorąc leukocytoza trawienna, lecz raczej wyraz samoobrony ustroju, podobnie jak wyrazem tej samoobrony są objawy chorobowe, spotykane nieraz u osesków w początkach odstawiania (biegunka, wymioty, podniesienie ciepłoty). Jeżeli sztuczne karmienie trwa dłużej, naówczas ustrój przystosowuje się stopniowo i przestaje oddziaływać tak wybitnie; stąd wyniki badań nad leukocytozą trawienną u starszych, sztucznie żywionych osesków, wykazują wiele wahań i sprzeczności.

Żeleński.

Galowsky. **O kontroli mamek w zakładzie dla osesków w Dreznie.** (*Archiv f. Kinderheilkunde,* T. 40, 1905). Autor zwraca uwagę na możność szerzenia się kiły drogą pozapłciową, zwłaszcza przez karmienie zakażonego dziecka przez zdrową mamkę i odwrotnie. Na kongresie w Brukseli r. 1893 postawiono w tym kierunku szereg postulatów; postulaty te zostały prawie w zupełności wprowadzone w życie w zakładzie dla osesków prof. Schlossmanna w Dreznie. Ponieważ kiła u dziecka w pierwszych tygodniach może nie dawać żadnych objawów, zatem każda przyjęta mamka wraz z dzieckiem pozostaje po połogu przez 4—6 tyg. pod ścisłą obserwacyą; dopiero po upływie tego czasu zostaje spożytkowaną, jako mamka w zakładzie lub w mieście. W interesie zdrowotności publicznej byłoby — zdaniem autora — do życzenia, aby zakłady takie miały wyłączny przywilej pośredniczenia między mamkami a publicznością i aby wszelkie prywatne stręczenie było zniesione. *Żeleński.*

LARYNGOLOGIA. Schimański. **W sprawie wyrośli gruczołowatych.** (*Deutsche Medicinal-Zeitung,* Nr. 86, 1904). Rozróżniają zwykle dwie postacie przerostu trzeciego migdałka, czyli t. zw. wyrośli gruczołowatych: kulisto-guzowata i grzebieniasta, która to druga postać zajmuje prócz sklepienia jamy nosowogardłowej także jej ściany boczne i tylną i odznacza się w porównaniu do pierwszej wielką miękkością wyrośli. Autor spotykał przeważnie postać drugą; z przypadków postaci pierwszej opisuje autor szczegółowiej jeden, w którym guz wypełniał całą jamę nosowogardłową i w którym autor, nie mogąc użyć ani nożyka pierścieniowego, ani kleszczyków, odgniótł guz pętlą zimną, wsuniętą aż ku podstawie guza po palcu przez usta.

Wśród przyczyn choroby zdaje się mieć wielkie znaczenie usposobienie wrodzone; stąd pojawianie się często wyrośli wśród rodzeństwa. Autor sam spostrzegał dwukrotnie takie rodzinne usposobienie. Prócz tego przyczyną wyrośli bywają ostre choroby osutkowe i częste nieżyty nosa i gardła. Z objawów wyrośli uważa autor za najważniejsze i najstalsze: 1) ciągłe zatkanie nosa; 2) ciągły wypływ śluzu z nosa; 3) otwarte usta, chrapanie we śnie, sen niespokojny; 4) częste zapalenia ucha środkowego; 5) częste nieżyty oskrzeli; 6) upośledzenie mowy. Natomiast zaprzecza autor zdaniu, jakoby skutkiem i stałym objawem wyrośli była tępota umysłowa i inne zjawiska, obejmowane ogólnem mianem *aprosexia nasalis.* Na dowód przytacza autor 15 własnych spostrzeżeń, w których mimo znacznych wyrośli albo nie było żadnych znamion aproseksyi, albo w których istniejąca tępota umysłowa po operacyi nie znikała mimo usunięcia wyrośli i zależnych od nich innych objawów.

W leczeniu posługuje się autor kleszczykami Steina lub Jurasza, jeżeli wyrośle są miękkie lub chory nie liczy lat 15; nożykiem zaś Gottsteina (w trzech wielkościach) w tych przypadkach, gdy kilku ruchami można oczyścić z wyrośli całą jamę nosowogardłową, bez obawy większego krwawienia. Po operacyi wdmuchuje autor do jamy nosowogardłowej *Sozojodol-zincum,* a potem pędzluje 10% rozczynem ferropiryny. Z powikłań pooperacyjnych widział autor krwotok następowy tylko raz, raz rozwinęło się ropne zapalenie ucha środkowego; dwa razy nastąpił nawrót wyrośli, którego uniknąć można przez energiczne i dokładne wyżej wspomniane doleczanie. *Z.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Prof. Kromayer. **Nowa metoda usuwania włosów.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift,* 1905, 5). Ze sposobów, dotychczas używanych do usuwania włosów, żaden nie niszczy włosa doszczętnie, t. j. wraz z korzeniem i cebulką. Środki chemiczne, którymi posługują się w tym celu, działają tak samo, jak brzytwa, i tylko mogą wystającą ze skóry część włosa niszczyć, nie naruszając wcale korzenia. Mechanicznie zaś dokonywane usuwanie włosów zapomocą szczypczyków epilacyjnych usuwa wprawdzie korzeń, ale pozostawiając cebulkę włosową, nie przeszkadza odrastaniu włosów. Usuwanie włosów zapomocą elektrolizy jest pewniejsze od innych spo-

sobów co do wyniku, ale jest zabiegiem bardzo żmudnym i nie bezbolesnym. Autor podaje jako najodpowiedniejszy sposób doszczętnego usuwania włosów, wykrawanie wraz z korzeniem i cebulką zapomocą osobnych do tego celu służących walcowych nożyków o średnicy 0·1—1·2 milim., poruszanych zapomocą odpowiedniego motoru. Sposobem tym można usunąć na jednem posiedzeniu do 200 i więcej włosów, zwłaszcza że ból, jakiego operowany doznaje, nie jest większy od ukłucia ostrą igłą, a krwawienie z małych ranek ustaje po chwilowem uciśnięciu watą. Ranki po tym zabiegu goją się bardzo prędko, nie pozostawiając wcale widocznych blizn. Sposób ten daje bardzo dobre wyniki, włosy odrastają tylko wówczas, jeżeli nożyk nie trafił i nie wykroił cebulki włosowej, a przeciął skośnie korzeń włosa, ale i tego można uniknąć przy pewnej wprawie i zręczności operującego. Przy bardzo złych warunkach, bo włosach skośnie rosnących, autor spostrzegał zaledwo 10% odrastania wykrojonych włosów. *Dr. Stopczański.*

Thieman. **Przypadek ostrego kiłowego zapalenia nerek.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 5, 1905). Przypadek dotyczy 24-letniej kobiety w czwartym miesiącu ciąży, u której obok znacznych obrzęków na nogach i brzuchu znajdował się wrzód twardy pierwotny na wardze sromnej lewej mniejszej, obok obrzęku gruczołów chłonnych i wysypki drobno-plamistej na całem ciele. Badanie moczu sposobem Esbacha wykazało 10‰ białka, a w osadzie liczne wałeczki ziarniste przybłonkowe. Jako leczenie zastosowano wstrzykiwania podskórne codzienne sublimatowe w ilości 0·1 grm. Już po trzech wstrzyknięciach ilość białka zmniejszyła się do 5‰, a po pięciu obrzęki tak znacznie się zmniejszyły, że ciężar ciała wskutek utraty wody spadł o 20 klgr.; zaś po 15 wstrzykiwaniach objawy kiły zupełnie ustąpiły. Autor w tym przypadku dlatego przyjmuje kiłową przyrodę zapalenia nerek, że przy leczeniu swoistem objawy zapalenia ustępowały równolegle z objawami kiły. *Dr. Stopczański.*

Golewski. **O zanokcicach i zapaleniach skórnych, wywołanych formaliną.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 4, 1905). Autor spostrzegał kilka ciężkich uszkodzeń skóry i paznokci u ludzi, którzy przy swych pracach zawodowych używali przez czas dłuższy formaliny. Cierpienie zaczynało się zbrunatnieniem paznokci, po czem paznokcie rozmiękały, pękając i strzępiąc się na końcach, a ulegając zgrubieniu przy nasadzie; zbrunatnienie paznokci, jak autor doświadczalnie się przekonał, pochodzi od dostania się powietrza do miąższu paznokcia. W jednym tylko przypadku, spostrzeganym przez autora, cierpienie dotyczyło tylko paznokci, w innych przypadkach równocześnie występowało zapalenie skóry, połączone z obrzękiem i pęcherzami na palcach, rozszerzając się aż po staw dłoniowy. *Dr. Stopczański.*

MEDYCYNA SĄDOWA. Uhlenhuth. **O określaniu pochodzenia mumii zapomocą swoistych surowic.** (*Deut. med. Wochenschr.*, Nr. 6, 1905). Na mocy przeprowadzonych badań utrzymuje U., iż określenie pochodzenia strupieszałych narządów zapomocą metody biologicznej, może być stanowczem tylko wówczas, gdy badany materyał nie pochodzi z bardzo dawnych czasów, gdyż ze zbadanych 27 mumii, pochodzących z przed kilku tysięcy lat, nie udało mu się ani razu pochodzenia ich określić. *H.*

Dr. Okamoto. **O widmie mięśni, wziętych ze zwłok.** (*Vjschr. f. ger. Med.*, T. XXVII, Z. 1, 1905). W r. 1891 podał Falk nową metodę rozpoznawania otrucia tlenkiem węgla. Metoda ta polega na spektroskopowem badaniu mięśni. I tak, podczas gdy mięśnie zwykłe, badane widmowo przy pomocy odpowiednio sporządzonego kompresorium, okazują widmo hemoglobiny redukowanej, to mięśnie osob, zmarłych skutkiem otrucia tlenkiem węgla, dają widmo złożone z dwóch smug, odpowiadających smugom hemoglobiny tlenkowęglowej. Smugi te dają się przy badaniu widmowem mięśni jeszcze nawet wtedy wyraźnie wykazać, kiedy z powodu daleko posuniętej zgnilizny lub też oddychania po zatruciu dłuższy czas powietrzem wolnem od CO, wykazanie CO we krwi jest już bardzo trudnem. — Zjawisko to zdaniem Falka można tylko wytłómaczyć powinowactwem większem tlenku węgla do mięśni, aniżeli do krwi. Badania Falka powtórzył O. Do badania widmowego mięśni układał kawałek mięśnia odpowiedniej wielkości między dwie płytki szklane, które ściskał tak długo, dopóki nie przechodziła przez nie dostateczna ilość światła, dozwalająca na stwierdzenie dokładnego widma. Przy wycinaniu mięśni starał się wycinać takie kawałki, w których brak było większych naczyń. Na mocy tych doświadczeń dochodzi autor do wniosku, że 1) widmo mięśni wziętych ze zwłok odpowiada widmu OHb; 2) nie można przeto żadną miarą rozpoznawać otrucia tlenkiem węgla przez widmowe badanie mięśni. *H.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Credé. **Jak działa kolargol?** (*Zeits f. ärztl. Fortbildung*, 1904, Nr. 20). Na podstawie rozprawy Redsewicza, który wykazał na zwierzętach leukozytozę w ciągu doby po wstrzyknięciu kolargolu i badań Schadego, stwierdza C., że lek ten: 1) działa bakteryobójczo, 2) wzmaga sprawy oksydacyjne i przez to przyśpiesza w ustroju zobojętnienie ptomainów, 3) wzmaga w ustroju fagozytozę. *H.*

Eichenwald (*Sowremen. Terap.*, 1904, Nr. 7, 8). uzyskał w kilku przypadkach blednicy i niedokrwistości znaczny wzrost hemoglobiny i ciałek czerwonych, podając przez 6 tygodni po 3 łyżeczki dziennie fersanu. Stwierdził przytem, że lek ten bywa łatwo przyswajany nawet przy niedokwaśności soku żołądkowego. To samo podaje prof. Aaron (*Amer. med. Compend.*, 1904, 11) na podstawie doświadczeń w klinice uniwersyteckiej w Detroit. *D.*

Thimm zaleca nowy przetwór z podaną przez siebie cieczą oleistą *vasenolum liquidum*, mianowicie: *Oleum cinereum vasenoli*, który wstrzykuje w przypadkach kiły wedle polecenia Langa. Środek ten stosuje w ten sposob, że co 3—8 dni wstrzykuje w pośladki podskórnie w ilości 0,1 ctm.³ 30% oleju szarego wazenolowego. (*Derm. Zeitschrift* 1905, 1). *F. K.*

Wyprysk leczy Bloch (*Monatsch. für pract. Derm.*, T. 40, 1905, Nr. 1) zapomocą tigenolu, zauważając, że szczególnie w wyprysku ostrym nadaje się ten lek lepiej od ichtyolu, gdyż działa bardzo szybko, a wcale tak nie drażni, jak ichtyol. I tak n. p. ustąpił ostry wyprysk pęcherzykowy policzka u 20-letniego chorego, opierający się działaniu maści cynkowo-siarczanej, już po 2 dniach pod działaniem 10% maści tigenolowej. Dolegliwe swędzenie znikło prawie natychmiast, podobnie, jak w innym przypadku wyprysku ostrego głowy i szyi w toku wszawicy. Równie dobrze działa tigenol w postaciach przewlekłych, usuwając naciek, przyczem nadaje się szczególnie tigenol czysty, choć zazwyczaj wystarcza już maść 20—40%. B. zaleca ten lek również w leczeniu łojotoku (n. p. w postaci 8% roztworu wyskokowego). *R.*

Dymal jest środkiem, uzyskanym z produktów ubocznych przy wyrobie siatek Auerowskich; jestto salicylan didymowy o składzie $Di_2(C_6H_4OH.COO)_6$, postaci różowego, bezwonnego proszku. Używa się jako środek przeciwgnilny i wysuszający do posypywania ran. Fiore (*Rassegna Sanit. di Roma* 1904, Nr. 7) stwierdziwszy doświadczalnie, że dymal zapobiega rozwojowi bakteryi ropnych w świeżych hodowlach, a upośledza go w starych, użył tego środka w 20 przypadkach ran nieszytych, na kilka ran już zakażonych i w dwóch przypadkach uporczywych wrzodów podudzia, z dobrym wynikiem. *Zm.*

Crurin (Chinolin-bizmut-rodanat) okazał się według Honcampa (*Monatschrift f. pract. Derm.*. 1004, T. 39) dobrym lekiem w liszajcu (*impetigo*), wywołującym szybkie zastrupianie się i wyleczenie pod strupem po 3—4 dniach. Aby uniknąć pieczenia po zasypaniu tego środka, radzi H. zmieszać go pół na pół ze skrobią. Przytem nie można używać narzędzi metalowych, bo od leku tego niszczeją. *Lk.*

Heroinę zaleca Dalmady (*Budap. Orv. Ujs.* 1904, 39) jako lek uśmierzający kaszel, szczególnie u suchotników (0,05 na dawkę, 2—3 dnia), ostrzega jednak, że do leku tego, jak i innych, pochodnych od morfiny, chorzy łatwo przywykają, o czem zawsze należy pamiętać. *Lb.*

VI. Kronika zakładu medycyny sądowej Uniw. Jag. od roku 1895—1905.

Zestawił

Doc. Dr. Stefan Horoszkiewicz,

asystent zakładu.

Z chwilą ukończenia w roku 1895 budowy gmachu *Collegii medici*, przeznaczonego na pomieszczenie niektórych zakładów teoretycznych, znalazł tam pomieszczenie także zakład medycyny sądowej.

Na cele zakładu przeznaczono początkowo trzy pokoje w lewej połowie głównej fasady budynku na pierwszem

piętrze, w których miano pomieścić pracownie i muzeum zakładu. Sekcye sądowe i policyjno-sanitarne miano wykonywać w prosektoryum zakładu anatomii patologicznej, w składzie zwłok tegoż zakładu miały spoczywać zwłoki, przeznaczone do sekcyi sądowych i policyjno-sanitarnych przed i po sekcyi. Jako salę wykładową przeznaczono salę wspólną z zakładem patologii ogólnej, sąsiadującą z lokalem, przeznaczonym na zakład medycyny sądowej.

Z trzech pokoi, pierwotnie na zakład przeznaczonych, zamieniono jeden najmniejszy na pracownię dyrektora zakładu i tu pomieszczono też bibliotekę, drugi większy na pracownię do badań mikroskopowych, spektralnych i chemicznych, wreszcie największy na muzeum. Przez zamknięcie wstępnego korytarza od klatki schodowej uzyskano garderobę dla uczniów, uczęszczających na wykłady i pracownię dla laboranta zakładu.

Kierownictwo nowego zakładu objął w jesieni 1895 r. docent Dr. L. Wachholz, powołany w tym celu ze Lwowa, gdzie przez rok szkolny 1894/5 pełnił obowiązki zastępcy profesora medycyny sądowej w wydziale prawniczym Zakładem kieruje przez rok jeden prowizorycznie, poczem na przedstawienie Wydziału lekarskiego zostaje w roku 1896 mianowany nadzwyczajnym rzeczywistym profesorem medycyny sądowej i dyrektorem zakładu, a w jesieni 1897 r. zwyczajnym profesorem tegoż przedmiotu.

Brak odrębnego prosektoryum zakładowego i składu zwłok czyni koniecznemi starania w tym kierunku; następstwem ich jest uzyskanie w r. 1896 na nizkim parterze prawego skrzydła gmachu dwóch ubikacyi, położonych w bezpośredniem sąsiedztwie kaplicy przedpogrzebowej, z których jedną zamieniono na prosektoryum, obok zaś leżącą mniejszą na skład zwłok.

Niezwykła szczupłość miejsca zmusza do dalszych zabiegów o rozszerzenie zakładu. Z zakładem medycyny sądowej sąsiaduje bezpośrednio zakład patologii ogólnej dużą salą, położoną poza salą wykładową, posiadającą dwa okna, zwrócone na amfiteatralnie zbudowaną salę wykładową zakładu anatomii patologicznej; sala ta nie była używaną przez zakład patologii ogólnej z powodu bardzo małej ilości światła. Na prośbę prof. Wachholza odstępuje tę salę czasowo zakładowi medycyny sądowej ówczesny dyrektor zakładu patologii ogólnej prof. Gluziński, uchwałą zaś Senatu akademickiego z marca 1898 roku przydzielono ją na stale do zakładu medycyny sądowej. Tu też pomieszczono zaraz szafy ze szkłem i przyrządami chemicznymi, jedną szafę biblioteczną, wreszcie urządzono w niej ciemnię dla celów fotograficznych.

Jakkolwiek utworzenie z małej ubikacyi na nizkim parterze prawego skrzydła, odrębnego prosektoryum zakładowego, zaradzało po części tym niewygodom, jakie wynikały z zupełnego jego braku, to jednak pomieszczenie tegoż prosektoryum, jego szczupłość, w pierwszym zaś rzędzie zupełny brak odpowiedniego światła, czyniły koniecznemi starania o odpowiedniejszy lokal.

W *Collegium medicum* znajdowała się na wysokim parterze prawego skrzydła sala o trzech oknach z posadzką terazzo, w której odbywać się miały ćwiczenia chirurgiczne na zwłokach. Ponieważ sala ta nie posiadała bezpośredniego połączenia ze składem zwłok, przeto do ćwiczeń tych używaną nie była, a te odbywały się w prosektoryum zakładu anatomii patologicznej. Sala ta położoną była po nad prosektoryum i składem zwłok zakładu medycyny sądowej. Po porozumieniu się prof. Wachholza z ówczesnym dyrektorem kliniki chirurgicznej ś. p. prof. Dr. Obalińskim, zezwolił Senat akademicki na oddanie tej sali zakładowi medycyny sądowej na prosektoryum, z tem jednak zastrzeżeniem, że w niej będą się odbywać także ćwiczenia chirurgiczne na zwłokach. Salę tę połączono teraz zapomocą windy z dotychczasowem prosektoryum sądowo-lekarskiem, znajdującem się pod nią na nizkim parterze, zamienionem obecnie na skład zwłok zakładu medycyny sądowej. W nowem prosektoryum ustawiono marmurowy stół sekcyjny, osadzony ruchomo na żelaznej podstawie, mieszczącej w swem środku ściek z syfonowem zamknięciem, oraz urządzeniem do zatrzymywania stałych, spłókanych odpadków sekcyjnych. Stół ten, przeniesiony z dawnego prosektoryum na nizkim parterze, kupiono z funduszów, przeznaczonych na urządzenie *Collegii medici*. W lecie roku szkolnego 1897/8 wśród innych robót konserwacyjnych dokonano połączenia nowego prosektoryum windą ze składem zwłok, windę zaś, pomieszczoną w jednym rogu prosektoryum, oszalowano aż po sufit, zapobiegając w ten sposób ewentualnym nieszczęśliwym wypadkom. Uzyskane w ten sposób odpowiednie celowi prosektoryum nie posiadało tuż obok położonej pracowni, potrzebnej dla podejmowania wskazanych wśród sekcyi podręcznych badań spektroskopowych, mikroskopowych lub chemicznych. Brak ten zmuszał pracowników zakładu do przenoszenia odpowiednich przyrządów, odczynników itp. z zakładu, leżącego w drugiem skrzydle gmachu na pierwszem piętrze, do prosektoryum, lub na odwrót części zwłok przeznaczonych do zbadania, do zakładu. I temu jednak brakowi udało się z czasem zaradzić. Z nowem prosektoryum sąsiadował od tyłu pokój o 2 oknach, zwróconych na podwórze gmachu, który służył za mieszkanie pomocnikowi maszynisty gmachu. Gdy sąsiedztwo prosektoryum obok mieszkania rodziny, złożonej z kilku osób, już ze względów higienicznych nie było wskazanem, równocześnie zaś na nizkim parterze, gdzie znachodzą się mieszkania służby zakładowej, udało się znaleźć jeszcze jedną ubikacyę na mieszkanie odpowiednią, przeto Senat akademicki zgodził się po odnośnem przedstawieniu na zamianę wspomnianego pokoju na podręczną pracownię zakładu medycyny sądowej. Z końcem przeto roku 1899, a więc w cztery lata po przeniesieniu zakładu do *Collegium medicum*, składał się on z czterech pokoi na pierwszem piętrze lewej połowy gmachu, z prosektoryum i podręcznej pracowni na wysokim parterze prawego skrzydła, ze składu zwłok, z mieszkania asystenta, t. j. jednego pokoju w temże prawem skrzydle na wysokim parterze i jednej kuchni na nizkim parterze, jako mieszkania służącego zakładu.

Jakkolwiek to pomieszczenie zakładu, tak co do ilości, jak i jakości poszczególnych ubikacyi, było wiele korzystniejsze od pierwotnego w chwili przeniesienia zakładu do *Collegium medicum*, to jednak podział zakładu na dwie części, znajdujące się w dwu przeciwnych końcach gmachu, był źródłem bardzo licznych niedogodności.

Na wysokim parterze prawego skrzydła w sąsiedztwie prosektoryum i podręcznej pracowni znachodziło się jeszcze sześć izb, z których jedna mieściła bibliotekę medyków, pięć dalszych stanowiły mieszkania asystentów. Pomieszczenie bi-

blioteki medyków w jednej z tych izb było tylko czasowem, biblioteka ta bowiem miała być z chwilą ukończenia przebudowy gimnazyum nowodworskiego tamże przeniesioną, ubikacya zaś przez nią zajmowana, nie miała żadnego dalszego przeznaczenia. Gdy zaś bezpośrednie sąsiedztwo mieszkań asystentów z prosektoryum zakładu medycyny sądowej i anatomii patologicznej było dla nich i ich rodzin szkodliwe i niemiłe, przeto przedstawił prof. Wachholz Wydziałowi lekarskiemu, a po tegoż przychylnej uchwale Senatowi akademickiemu, projekt przeniesienia całego zakładu medycyny sądowej na wysoki parter prawego skrzydła gmachu. W myśl projektu tego, zatwierdzonego przez c. k. Namiestnictwo, dokonano w czasie wielkich feryi roku 1902 przeniesienia zakładu medycyny sądowej do odpowiednio przerobionych sal wysokiego parteru w prawem skrzydle gmachu, zaś mieszkań asystentów do równie przerobionych sal dotychczasowego zakładu medycyny sądowej na pierwszem piętrze. Sala ciemna za salą wykładową wróciła teraz napowrót w posiadanie zakładu patologii ogólnej. Urzeczywistnienie tego projektu przyszło do skutku w znacznej części dzięki wielkiej życzliwości i pomocy c. k. starszego radcy budownictwa Saarego. (C. d. n.)

VII. Listy otwarte.

** Z Towarzystwa samopomocy lekarzy otrzymujemy następujące pismo:*

„Według wykazu Administracyi znaczków receptowych, przedłożonego prezesowi Towarz. samopomocy lekarzy, sprzedano w styczniu i lutym 1905 r. *23.725 znaczków* po 4 halerzy. Wobec tak pomyślnego wyniku uprasza Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy kolegów, którzy już teraz znaczków używają, aby nie ostygali w pierwszym zapale; — kolegów zaś, którzy jeszcze z nowością tą nie oswoili się, aby zechcieli pójść za przykładem reszty, a wtedy z końcem roku fundusz dla wdów i sierót wzróść może do *kilkudziesięciu tysięcy koron.*

Dr. Langie, generalny sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 marca.

* Dnia 17 b. m. przypada osobliwa rocznica, którą obchodzą niektóre grona lekarzy na obu półkulach. Emanuel Garcia dobiegł setnej rocznicy swoich urodzin, a 50-tej od wynalezienia laryngoskopii, gdyż on był pierwszym, który zapomocą przybrania pewnej postawy względem światła z jednoczesnem celowem przystosowaniem źwierciadła i źwierciadełka, obejrzał własną krtań. Tow. laryngologiczne londyńskie postanowiło rocznicę tę obchodzić uroczyście, złożyć Garcii życzenia, oraz wręczyć dar od laryngologów całego świata i w tym celu wezwało ono wszystkie Towarzystwa laryngologiczne do udziału w składkach. Laryngologowie krakowscy uczynili zadość wezwaniu, a prof. Pieniążek podał w N-rze dzisiejszym „Przeglądu lekarskiego“ szczegóły, dotyczące życia sędziwego jubilata i jego wiekopomnego wynalazku. Egzemplarz tego numeru dojdzie rąk Garcii przez pośrednictwo laryngologicznego Towarzystwa w Londynie.

* Dnia 6 b. m. odbyło się w klinice okulistycznej U. J. posiedzenie Towarzystwa lekar. krak. wspólnie z Towarz. imienia Kopernika, na którem p. Otto, techniczny kierownik firmy Zeissa, demonstrował mikrofotografie zapomocą promieni ultrafioletowych według Dr. Köhlera i okazał, oraz objaśnił teoretycznie, ultramikroskop podług Dr. Siedentopfa.

* Świeżo wydany „Słownik lekarski polski“ nabyć można w Administracyi „Przeglądu lekarskiego“ (ul. Wielopole, 4), oraz u kursorów Towarzystw lekarskich we Lwowie i Krakowie.

* Prymaryuszem krakowskiego oddziału chorób zakaźnych mianowany został Dr. Stanisław Droba.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Bolesław Stanisław Rzegociński, asystent przy katedrze fizyologii.

* Wyszedł I zeszyt „Internationalen Archiv fur Schulhygiene“ w Lipsku nakładem Engelmanna, pod redakcyą Griesbacha z Mülhausen. Zawiera 11 oryginalnych rozpraw w językach francuskim, niemieckim i duńskim.

* Zarząd rosyjskiego Stowarzyszenia lekarzy im. Pirogowa postanowił zwołać wszechrosyjski Zjazd lekarzy jeszcze w marcu b. r., a to w celu ułożenia prawideł jednakiego w całem państwie, a zgodnego z obecnym stanem nauki zwalczania cholery, która pomimo zimowej pory roku nie wygasa, a są obawy, że z nastaniem wiosny rozwlecze się po obszarach Rosyi, zwłaszcza wobec ruchu ludności, spowodowanego toczącą się wojną.

* Dr. Lipa, rusin, zamierzył wydawać popularne czasopismo głównie dla ludu p. t. „Likarśkij poradnyk“ i poczynił starania w ministerstwie o koncesyę i pozwolenie wydawania w języku rusińskim, zakazanym, jak wiadomo, w Rosyi. Odpowiedź nadeszła odmowna.

* Sekcya sanocka Tow. lek. galicyjskich wybrała na rok 1905 prezesem Dr. J. Jabłońskiego, sekretarzem Dr. Stangenhausa.

* Ofiary, które wybiera dur plamisty z łona lekarzy galicyjskich, nie kończą się: w lipcu z. r., jak donieśliśmy w swoim czasie, zmarł na tę chorobę Dr. Tadeusz Budzynowski, lekarz okręgowy w Jaryczowie. Na opróżnioną posadę powołał Wydział powiatowy Dr. H. Miesesa, dotychczasowego sekundaryusza w lwowskim szpitalu żydowskim. Dziś od Dr. Felsa otrzymujemy następujące smutne doniesienie: „Dr. Mieses, walcząc z epidemią duru plamistego w Jaryczowie, sam się go nabawił i zmarł w 31 roku życia, pozostawiając żonę i nieutulonych w bólu sędziwych rodziców. Pogrzeb odbył się 3 b. m. Bł. p. Dr. Mieses ukończył medycynę we Lwowie; w „Przegl. lek.“ ogłosił rozprawę „O teocynie“. Jest on od 8 lat czwartą ofiarą duru plamistego w powiecie lwowskim“.

* Między 5 a 11 lutego doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim, czortkowskim, (po 1 gm.), dobromilskim (2 gm.), gródeckim (1 gm.) kamioneckim (2 gm.), mieleckim, myślenickim (po 1 gm.), nadwórniańskim (4 gm.), przemyślańskim, rawskim, stryjskim, zaleszczyckim (po 1 gminie).

* Według wiadomości dziennikarskich nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych na Szląsku pruskim szerzy się dalej i dziś obejmuje już 23 miejscowości.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Fisch powołany został na profesora anatomii do niemieckiego uniwersytetu w Pradze. Dr. Chamberland mian. został kierownikiem Instytutu Pasteura w miejsce zmarłego Duclaux.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr. 7. Bregman: Odruchy ścięgnowe i zaburzenia czucia w wiądzie rdzenia. Zapasiewicz: Sposób praktyczny obliczania wskaźnika (indexu) ciałka czerwonego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 7. Majewski. Badania nad zakażeniem ustroju gołębia przecinkowcem Miecznikow-Gamaleïa. Ołtuszewski: Obrazy patologii mowy w świetle nauki współczesnej, oraz zasady leczenia zboczeń mowy (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 5 zawiera: Sprawy zawodowe lekarskie w Radzie państwa. — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (c. d.). — Czy Wydział lekarski we Lwowie jest potrzebny (dok.). — Partactwo lecznicze w Galicyi. — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi (c. d.). — Walne Zgromadzenie Reprezentacyi lwowskiej Tow. Samopomocy lekarzy.

— *Postęp okulistyczny* (luty). Noiszewski: 1) Zajęcie rogówki iskrzącym się rozpływem ciałka szklistego *(synchisis scintillans).* 2) Ichtyolan cynku w przed- i pooperacyjnem leczeniu zaćmy starczej.

— *Kronika lekarska* Z. 4. Niedzielski: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki. Totwiński: Promienie N i ich znaczenie fizyologiczne (dok.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 3. Rzętkowski: W sprawie szpitalnictwa naszego. Biegański: O celowości w zjawiskach patologicznych (III).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 3. Pręgowski: O łaźniach ludowych. Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.).

— *Sbornik klinický* C. 3. Pexa: O diftherii w České dětské nemocnici v Praze, se zvláštním zřetelem k serotherapii. Votruba: O chemismu žaludečnim při různých chorobách.

— *Lékařské rozhledy* Z. 2. Ostračil: Přispěvek k technice dekapitace hákem Braunovým.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 9. Thomayer: Úvahy therapeutické. Deyl: O rakovině ústroji očniho (c. d.). Zahradnicky: O luxaci semilunarnich chrustavek kloubu kolenniho (dok.). Slavik: Léčeni neštovic červenym světlem.

— *La Presse médicale* Nr. 15. Nicolle i Triolo: Gorączka śródziemna w Tunisie. Martinet: Etyl narceiny (narcyl) w leczeniu kaszlu.

Nr. 16. Desfosses: Rad w lecznictwie. Guisez: Wyniki ogólne otrzymane przy pomocy bronchoezofagoskopii, oraz ulepszenia tej metody.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 9. Röhrmann: O jodoanizolu i jego zachowaniu się w ustroju zwierzęcym. Prausnitz: Przyroda jadu gorączki siennej i jej antytoksyna. Mahne: Zatrucie bismutem. Mann: Korzyści orcynowego odczynu Neumanna dla badania cukru w moczu. Joachimsthal: Stałe wyniki bezkrwawego odprowadzenia wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 9. Rumpf: Wynik badania chemicznego w zapaleniu nerek. Schleip i Hildebrandt: Przyczynek do leczenia białaczki szpikowej promieniami Roentgena. Starck: Wydobycie ciał obcych ezofagoskopem. Reizenstein: Rozpoznanie i wydobycie ciał obcych z przełyku zapomocą ezofagoskopu. Franck: O nadymaniu przełyku dla usunięcia ciał obcych. Thumim: Wartość cystoskopii przy zranieniu pęcherza i moczowodów? Doerfler: Zapobieganie gorączce połogowej. Müller: Technika przy laparotomii. Hecht: Naskórne stosowanie gwajakolu. Burger: Wewnętrzne podawanie lyzolu w niedokrewności i jego dzielny wpływ na łaknienie. Holst: Gruźlica i brzemienność.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 9. Bail: Nagła śmierć morskich świnek z gruźlicy. Bartel i Spieler: Rozwój naturalnego zakażenia gruźlicą u młodych morskich świnek. Pfeiffer: Działanie światła na eozynową mieszaninę krwi. Sachsalber: Etyologia jęczmyka i skrzydlika (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 9. Sonnenburg: Zniesczulenie rdzeniowe stowainą. Goldscheider: O opukiwaniu serca. Rotter: Doświadczenia nad wykonywaniem operacyi ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w pierwszych 48 godzinach (dok.). Pólya: Zakrzepowe zapalenie żył krezkowych, jako fatalne powikłanie zapalenia wyrostka robaczkowego (c. d.). Torkel: Wrodzone wysokiego stopnia rozszerzenie jelita. Meissner: Nowy sposób podawania żelaza. Sittner: Przyczynek do czynnej terapii poronienia.

Redakcya otrzymała. Słownik lekarski polski. Heryng: Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 9 (od dnia 26/II do 4/III) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 32, dziew. 32; nieżywo: chł. —, dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 27. kob. 20; zamiejscowych: męż. 11, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miej. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. 1. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 4, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 8, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 5. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 11, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 2, ob. —. **Razem:** miejscowych 47, obcych 21.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLIV. Kraków 18 Marca 1905. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Materya promienista jako środek leczniczy.

Odczyt wygłoszony na uroczystem posiedzeniu Tow. lek. krak. z powodu otwarcia »własnego Domu« Towarzystwa.

Przez

Prof. Dra Napoleona Cybulskiego.

Wszelkie zboczenia od normy, wszelkie zaburzenia w funkcyach ustroju ludzkiego lub zwierzęcego, można uważać jako osobne zjawiska, a jako takie mogą one oczywiście być przedmiotem ścisłych badań naukowych. Taki pogląd na medycynę, jako naukę, która dawałaby możność nietylko określać warunki, wśród których zjawisko patologiczne powstaje, lecz zarazem także warunki, które stan patologiczny usuwają, daje nam prawo zaliczać medycynę do kategoryi nauk ścisłych. Między medycyną, jako nauką, a innemi naukami ścisłemi, zachodzi jednakże różnica w tym względzie, że nietylko same zjawiska, jako stany patologiczne, są o wiele więcej skomplikowane, zależne od bardzo wielu, często nieuchwytnych czynników i warunków, lecz że każdy fakt w tej dziedzinie, mniej lub więcej ustalony, umysł ludzki stara się prawie bezzwłocznie wyzyskać w celach praktycznych, w celach niesienia ulgi i pomocy dotkniętym zaburzeniami chorobowemi istotom i ta właśnie okoliczność nadaje medycynie niejako charakter prawie wyłącznie wiedzy praktycznej, wiedzy stosowanej. Co więcej, nietylko w celach praktycznych usiłujemy zastosowywać fakta, poznawane w zakresie samej medycyny, lecz w ten sam sposób postępujemy prawie zawsze z faktami innych dziedzin, n. p. z dziedziny biologii, fizyki lub chemii i niema prawie jednego większego odkrycia z ostatnich wieków w dziedzinie nauk ścisłych, któreby w mniejszym lub większym stopniu nie znalazły zastosowania w medycynie.

Wystarczy, jeżeli tu przypomnę, z jakim zapałem rzuciliśmy się do badań drobnoustrojów i w jak szerokim zakresie fakta, stwierdzone w tej dziedzinie, znalazły zastosowanie w medycynie.

Zaledwo w świecie naukowym zjawiła się wiadomość o promieniach Röntgena, prawie bezpośrednio zaczęliśmy je stotować nietylko w celach dyagnostycznych, ale i leczniczych.

Obecnie żyjemy w okresie, w którym już nie z szybkością siły pary, ale elektryczności usiłujemy wyzyskać dla celów leczniczych najnowsze i można powiedzieć jedno z największych odkryć ubiegłego stulecia, mianowicie własności materyi promienistej. Upłynęło zaledwo kilka lat od chwili, gdy nowe własności materyi zostały wykryte, a już istnieje cała obszerna literatura o stosowaniu tych własności w celach leczniczych.

Korzystam z dzisiejszej uroczystości, ażeby o tym nowym kierunku kilka słów powiedzieć, a także wychodząc z ogólnych założeń i podstaw naukowych, poczynić pewne zastrzeżenia i, o ile to jest możliwem w danej chwili, wytknąć właściwą drogę dla badań tej kategoryi.

Wiadomo wszystkim, że obecnie znamy już kilka pierwiastków, jak n. p. uran, tor, aktyn, polan, rad, które same lub w swoich związkach chemicznych wydają wciąż osobne promienie, niewidzialne dla oka, o których istnieniu jednakże możemy się bardzo łatwo przekonać, bądź przez to, że one wywołują jonizacyę gazów i innych złych przewodników elektrycznych, bądź przez to, że wzbudzają światło w fluoryzujących ciałach (i w oku), lub same świecą w ciemności, bądź w końcu przez to, że działają na płyty fotograficzne, przenikając przez ciała nieprzeźroczyste, i wywołują redukcye, podobne do promieni świetlnych.

Według własności promienie te zostały podzielone na trzy grupy, pod nazwą α, β i γ; z nich najmniejszą zdolność przenikania przez ciała obojętne mają α, nieco większą β, a największą promienie δ. Promienie β najbardziej są zbliżone do promieni katodowych, promienie γ do promieni Röntgena.

Z początku spostrzeżenie przypadkowe, a następnie przedsięwzięte doświadczenia, wykazały, że wszystkie te promienie, a w szczególności promienie najsilniejszej z tych substancyi — radu, — wywierają działanie na organizmy zwierzęce i roślinnę wogóle prawie identyczne z działaniem promieni X. Z dotychczasowych badań można wnosić, że najbardziej wrażliwymi są na działanie tych promieni twory nabłonkowe, następnie komórki nerwowe, a wogóle wszystkie komórki młode, obfite w protoplazmę, n. p. jaja, komórki embryonalne w okresie rozwojowym, komórki najmniej zróżnicowane. Zmiany, które w komórkach lub tkankach pod wpływem tych promieni występują, zależne są od siły i natężenia promieni, względnie od ich ilości i czasu działania.

Pierwszym objawem jest (Heinecke) zacieranie się konturów i granic komórek, następnie protoplazma ulega rozrzedzeniu, a jako ostatni objaw widzimy pęcznienie jądra i jego znikanie.

Cały szereg autorów, jak: Bohn, P. K. Gilmann, F. H. Bretjer, Ch. R. Bardeau, Schuper i t. d. wykazuje jednozgodnie na *planaria lugubris, planaria macularia,* larwach trytona, na jajach żab i innych jestestwach wszędzie te same zmiany, tak pod wpływem promieni X, jak również pod wpływem promieni, wydzielanych przez materye promieniste, a zwanych promieniami Becquerela. I tylko na podstawie badań porównawczych autorowie ci stwierdzają, że wogóle jednakże wszelkie twory żyjące są

wrażliwsze na promienie Becquerela: jeżeli działanie tych promieni jest krótkotrwałe, — zwykle z początku obserwuje się podniesienie potęgi życiowej, np. przyspieszenie rozwoju jaj lub zarodków; jeżeli atoli działanie jest dość silne, to zwykle procesy życiowe słabną, n p. rozwój zarodka się zwalnia, staje się nieprawidłowym i w końcu daje formy potworne, lub zupełnie ustaje. a powstała n. p. morula pod działaniem promieni zamienia się w kulę, złożoną z bezkształtnej masy. Jeżeli działamy promieniami X lub β na rozwijające się jajo kurze, to o ile działanie to nie jest tak silne, ażeby było w stanie przerwać rozwój zarodka, kurczęta się wylęgają, lecz albo posiadają rozmaite zboczenia i potworności, albo tylko rozwój niektórych narządów, n. p. piór, staje się nieprawidłowym.

Wogóle, wśród jednych i tych samych warunków działanie obu kategoryi promieni bywa tem silniejsze, im badane istoty są brane z wcześniejszych okresów rozwoju.

Pertes obserwował działanie promieni X. oraz promieni radu (10 mlgr.) na jajkach *ascaris megalocephala* podczas ich rozwoju pod mikroskopem i znalazł, że w okresie, w którym normalne jaja składały się już z 16 blastomer, jaja pod wpływem tych promieni dochodziły tylko do 4, następnie traciły coraz bardziej kontury i stopniowo zamieniały się w bezkształtną masę.

Prawie jednocześnie z szeregiem badań eksperymentalnych już obecnie bardzo liczny poczet lekarzy stosował promienie radu, lub innych substancyi promieniotwórczych w celach leczniczych, a mianowicie w całym szeregu przypadków nowotworów złośliwych, jak n. p. *lupus vulgaris* (Mac Leat), *ulcuns rodens* (Dawidson), nabłoniak języka lub przełyku (Exner), nabłoniak skóry (Goldberg, Bloch, Bloudamour), rozmaite formy raka i mięsaków. Prawie wszyscy autorowie jednozgodnie podają, że wynik tego sposobu leczenia był zawsze dodatni, a niekiedy najzupełniej skuteczny, wyleczenie występowało nawet w przypadkach, nie dających się już operować, i, przynajmniej w tym krótkim czasie, nawrotów nie obserwowano.

Przez wielu autorów stwierdzono także bakteryobójcze działanie obu kategoryi promieni; pod tym jednak względem nie wszystkie bakterye okazały się jednakowo wrażliwemi. N. p. bakterye gruźlicze nawet na pożywkach okazywały wielką odporność. Natomiast te same bakterye wśród żywych tkanek ginęły pod wpływem stosunkowo słabych promieni uranu i toru.

Działanie promieni X, jak również radu na śledzionę, gruczoły limfat. i wogóle twory torebkowate (*glandulae folliculares*) nasunęło kilku lekarzom myśl stosowania ich w białaczce i przeciw gruczolakom limfat.; wynik, jak podają przynajmniej niektórzy z nich, był również zachęcający.

Najbardziej charakterystyczną cechą materyi promienistej, a w szczególności radu i toru, jest fakt, że nietylko te substancye same wydają promienie, ale że wszystkie przedmioty, które pozostają z niemi w styczności, stają się też na dłuższy lub krótszy czas promieniotwórczemi. Tę właściwość nazwano promieniotwórczością indukowaną. Ta właściwość materyi promienistej nie zależy od promieni, gdyż zatopione w szklanych rurkach, nawet najsilniejsze preparaty radu, jej nie okazują i występuje ona tylko wtedy, jeżeli preparaty tych substancyi są otwarte, a w szczególności jeżeli są w rozczynach.

Otóż Rutherford na podstawie własnych doświadczeń, oraz doświadczeń innych autorów, przyszedł do wniosku, że indukcye promienioczynne zależą od osobnej substancyi materyalnej, mającej charakter gazu, której cząsteczki posiadają ogromny zapas energii i ją stopniowo zamieniają w promienie Becquerela. Substancyę tę nazwał emanacyą.

Emanacya, podobnie jak argon, jest materyą chemicznie nieczynną, lecz zdolną przenikać gazy i inne otaczające przedmioty, kondensować się na powierzchni stałych przedmiotów i być źródłem promieni Becquerela.

Jak wiadomo — obecnie, — przynajmniej dla radu, stwierdzono z całą ścisłością, że temu ciągłemu wydzielaniu emanacyi towarzyszy stale rozwój ciepła, bez względu na otaczającą temperaturę, i że skutkiem tego rad i jego związki są ciałami, które posiadają własną temperaturę, prawie o trzy stopnie wyższą od otoczenia. Wiadomo również, że pomimo wydzielania emanacyi, związki te pozornie nie tracą na wadze, oraz, że ilość emanacyi, jak również ilość promieni zostaje w prostym stosunku do ilości atomów w związkach. A ponieważ, ilość emanacyi nie zostaje w żadnej zależności od czynników fizycznych, jak n. p. temperatura i ciśnienie, więc musiano przyjąć nową hipotezę, że całe to zjawisko zależy od zmian, zachodzących w atomach.

I rzeczywiście, charakterystyczną cechą pierwiastków materyi promienistej jest ich stosunkowo wielki ciężar (uran 240, tor 232,5, rad 225). Te więc duże atomy, zawierające ogromny zapas energii, mają częściowo ulegać rozkładowi i emanacya jest skutkiem ciągłego odrywania się od nich bardzo drobnych cząsteczek, obdarzonych wielkim zapasem energii; sprawie tej towarzyszy wywiązanie się także pewnej ilości ciepła. Ilość cząstek jest jednakże tak mała, że najbardziej promieniotwórczy rad ma tracić zaledwo 1/100 swej substancyi w ciągu 150 lat. Przytem wytwarza milion razy więcej kaloryi ciepła, niż przy powstaniu odpowiedniej ilości wody.

Emanacya, jak już zauważyłem wyżej, powoduje w obojętnych otaczających przedmiotach zdolność do wytwarzania promieni Becquerela, wogóle osiada ona na powierzchni stałych przedmiotów, niektóre jednakże z nich przenika głębiej, n. p. watę, parafinę, celuidynę, i w takim razie przedmioty te promieniują o wiele dłużej, niż inne.

Jasną jest rzeczą, że starano się także badać wpływ emanacyi na jestestwa żyjące, a chociaż badań w tym kierunku jest jeszcze bardzo mało, to jednak już obecnie na podstawie doświadczeń Londona i Goldberga można twierdzić, że działanie emanacyi jest podobne do działania promieni Becquerela. Niższe ustroje, bakterye i zarodniki giną tak, że emanacya może służyć do wyjaławiania przedmiotów w zwykłej temperaturze. Młode zwierzęta, jak myszy, po kilkunasto godzinnym pobycie w atmosferze nasyconej emanacyi, również giną wśród objawów duszności, przekrwienia skóry i płuc.

Parafina, wata, guma, korki i pierze, nasycone emanacyą i przyłożone na 2—5 godzin do skóry, wywołują zaczerwienienie, które występuje po kilkunastu godzinach lub kilku dniach, łuszczenie się naskórka, a niekiedy nawet zapalenie skóry. To działanie emanacyi już w pierwszych chwilach nasunęło myśl stosowania jej w celach leczniczych, a mianowicie wdychanie powietrza zawierającego

emanacyę toru lub radu w chorobach płuc, w szczególności w gruźlicy (Gordon, Rehens, Gohn Mack i Intyre z Glasgowa), jakoby z dobrym skutkiem.

Organizm ludzki, podobnie jak wata, pochłania także emanacyę; tak Elster i Geitel znaleźli, że osoby, pracujące w zakładach, w których znajduje się rad w postaci soli lub minerałów, wydzielają emanacyę w powietrzu wydychanem i to przez czas dłuższy, chociażby w tym czasie wcale nie oddychały powietrzem, w którem emanacya się znajduje.

Ponieważ wszystkie pierwiastki promieniotwórcze, jak rad, tor, uran i inne wchodzą w skład rozmaitych minerałów, a więc się znajdują w ziemi, przeto nasuwało się pytanie, czy się nie uda wykazać emanacyi w wodach źródlanych wogóle, a w mineralnych w szczególności.

Badania z ostatnich czasów, wykonane w dwóch kierunkach, a mianowicie: badania źródeł mineralnych z jednej strony i badanie eksperymentalne wody, którą przepuszczano przez minerały, zawierające uran, lub rad z drugiej, dały odpowiedź na to pytanie w sensie dodatnim. Okazało się bowiem, że we wszystkich prawie bez wyjątku wodach mineralnych można wykazać większą, lub mniejszą ilość emanacyi, która z natury swojej jest bardzo zbliżona do emanacyi radu. Nadto, ostatnie badania Thomsona wykazały, że wszystkie metale są także substancyami promieniotwórczemi i że według wszelkiego prawdopodobieństwa wszystkie wytwarzają emanacyę.

Cząsteczki tworzące emanacyę, jak już zauważyłem wyżej, są cząsteczkami materyi w ruchu, obdarzonemi ogromną ilością energii; otóż, przynajmniej dla radu, stwierdzono, że jego emanacya w zamkniętych rurkach, tracąc swą energię przez promieniowanie stopniowo zamienia się w hel. Potwierdzenie tego faktu w roku ubiegłym znalazł Dr. Ch. Moureu. Autor ten bowiem wykazał, że w gazach bardzo wielu wód mineralnych można stwierdzić obecność helu.

Sam fakt przejścia emanacyi w hel, jak wiadomo, — pewna część badaczy uważa jako dowód przekształcania się pierwiastków chemicznych jednego w drugi.

Mam nadzieję, że każdy to uzna, że przytoczone fakta, jakkolwiek dotychczas luźne i niezupełnie powiązane z sobą, otwierają jednakże przed nami tak obszerne pole do badań, tak wielkie przestworza tajemnic natury, jak żadne odkrycie naukowe dotychczas.

I w rzeczy samej, przyjmując teoryę atomistyczną i budowę cząsteczkową materyi, przenieśliśmy to pojęcie także na materyę żywą i wszelkie sprawy w protoplazmie i wszelkie działania na nią wyobrażaliśmy jako sprawy chemiczne między- lub wśródcząsteczkowe, a całą energię ustroju, włącznie do stanów psychicznych, wyprowadziliśmy li tylko z powinowactw chemicznych. Wobec zjawisk promienistości materyi, wobec prawdopodobieństwa, że źródłem energii wogóle i to źródłem nieskończenie obfitszem, lecz dla nas jeszcze niedostępnem i nieznanem, mogą być atomy, z czasem te zapatrywania będziemy musieli porzucić. Od tej chwili nasze pojęcia o procesach materyalnych w ustrojach już się nie dadzą wtłoczyć w stare ramy teoryi molekularnej, gdyż badania te będą musiały obejmować także i sprawy zachodzące w atomach, co oczywiście skomplikuje i znacznie utrudni zadanie, lecz według wszelkiego prawdopodobieństwa pozwoli nam się zbliżyć bardziej do dokładnego ujęcia zjawisk natury, które na dotychczasowych podstawach pozostałyby zupełnie nie ujęte. Dla mnie n. p. już obecnie staje się rzeczą wątpliwą, ażali samo zjawisko życia jest wynikiem tylko procesów molekularnych? Jeżeli, jak twierdzi Thomson, wszystkie metale wydają promienie, t. j. wytwarzają emanacyę wskutek rozkładu atomów, a więc są źródłem tej atomowej energii, rozchodzącej się w przestrzeni, to czyż mamy podstawę, czyż możemy zaprzeczać, że rozmaite elementa, rozmaite atomy pierwiastków, wchodzących w skład naszego ciała, nie wytwarzają podobnych emanacyi, której nie dostrzegamy tylko dzięki brakom odpowiednich sposobów badania. A jeżeli dać wolność fantazyi i zgodzić się na to przypuszczenie, to o ileż obszerniejsze staje się zadanie medycyny i lekarzy, jako badaczy zaburzeń w prawidłowych procesach ustroju ludzkiego. Czyż nie można na tej podstawie przypuścić, że zaburzenia mogą zachodzić nietylko w sprawach molekularnych protoplazmy, lecz i w składowych częściach każdej drobiny.

Tak zakreślony punkt widzenia nietylko nadaje znaczenia działaniom dodatnim lub ujemnym promieni Becquerela lub też działaniu samej emanacyi, lecz pozwala nie upatrywać mistycznego przesądu w wzajemnem oddziaływaniu jestestw żyjących na siebie i oddziaływaniu zjawisk kosmicznych na człowieka.

Wracając jednakże do założenia, wypowiedzianego na wstępie: a mianowicie do zakreślenia kierunku i granic terapeutycznego działania materyi promienistej, muszę zaznaczyć, że cały dotychczasowy ruch w tej dziedzinie sprawia wrażenie, przynajmniej na mnie, chaotycznego, grubego empiryzmu.

Z góry chyba przecież można powiedzieć i przewidzieć, że tak w działaniu promieni, jak emanacyi, ludzkość nie znajdzie *panaceum* na wszelkie cierpienia swego ciała i duszy, również z góry można było sobie zdać sprawę, że wprzód nim to nowe, prawie nieznane, zjawisko będziemy mogli z korzyścią stosować w celach leczniczych, wypada poznać jego działanie i wpływ na rozmaite funkcye ustroju. Tego zadania dotychczas niespełniono, a te usiłowania, które istnieją, nie zawsze były przedsiębrane z odpowiednią ścisłością. Mimo to wszystko już i z tych faktów, które znamy, można wyciągnąć pewne konsekwencye, które potrzeba mieć na względzie w dalszych badaniach; i tak stwierdzono, że wogóle twory mniej stałe, lub pozostające w okresie tworzenia się, ulegają łatwiej działaniu tak promieni obu kategoryi, jakoteż emanacyi. Te, z nadzwyczajną szybkością poruszające się nieskończenie małe cząsteczki materyi, jakby rozsadzały organizacyę molekularną protoplazmy, która oczywiście w młodych i mało wyróżnionych tworach musi być inna, niż w tworach stałych. Stąd rzeczywiście można wnosić, że elementy nowotworów, przynajmniej niektórych, jako mniej stałe i mniej wyróżnione mogą także łatwiej ulegać zniszczeniu pod wpływem promieni i emanacyi, niż twory fizyologicznie normalne; lecz i w tym względzie potrzeba było znaleźć sposoby dozowania siły działającej i normowania jej według potrzeby. Słowem wypadało przedtem wytworzyć jednostkę działania i tą jednostką mierzyć tak siłę promieni, jak emanacyi. Tego też dotychczas nie dokonano. Być może więc, że różnice w wynikach rozmaitych autorów mają swe źródło w tym braku miary.

Jakkolwiek bądź, uważam za dobry znak, a dla siebie za wielki zaszczyt i prawdziwą przyjemność, że życie naukowe w tym naszym „Domu własnym“ mogłem zainicyować od przedstawienia Panom tych wielkich i szerokich zadań naukowych, wobec których stają przyszłe pokolenia lekarzy.

II. Z Zakładu wyrobu surowic leczniczych prof. Bujwida w Krakowie.

O jadzie błoniczym, służącym do oznaczania wartości leczniczej surowic przeciwbłoniczych.

Według teoryi Ehrlicha

podała

Janina Gastmanowa,
Mag. Farm.

Od czasu pojawienia się pierwszych prac Behringa i Wernickego nad uodparnianiem i leczeniem zwierząt na błonicę, określanie wartości leczniczej surowicy przeciwbłoniczej przechodziło różne fazy.

Najpierw wspomniani autorowie oznaczali ilość gramów morskich świnek, która mogła być zabezpieczoną przeciw najmniejszej dawce śmiertelnej jadu przez 1 ctm³. surowicy.

Później Behring wprowadził pojęcie „surowicy normalnej“. Normalną surowicą przeciwbłoniczą nazywa taką, która w ilości $^1/_{10}$ ctm.³, zmieszana z 10-krotną najmniejszą dawką śmiertelną jadu błoniczego i wstrzyknięta podskórnie śwince morskiej, ważącej około 300 grm., zabezpiecza świnkę nietylko przed śmiercią, ale i przed wszelkimi objawami chorobowymi.

Jeden ctm.³ normalnej surowicy zawiera jednostkę uodparniającą (Ehrlich). Formuła, podług której długi czas oceniano surowice, przedstawia się tak:

10-krotna najmn. śmiertelna jadu $+ ^1/_{10}$ jednost. uodparniającej antytoksyny — jest mieszaniną obojętną dla świnki.

Jeżeli dla zobojętnienia powyższej dawki jadu wystarczy nam $^1/_{100}$ ctm.³ surowicy, lub $^1/_{2000}$ ctm.³, to mamy surowicę 10-krotną lub 200-krotną, ponieważ w porównaniu z ilością normalnej surowicy ($^1/_{10}$ ctm.³), ilości te ($^1/_{100}$ ctm.³, $^1/_{2000}$ ctm.³) są 10, 200 razy mniejsze, surowica zatem będzie tyleż razy silniejsza; jeden ctm³. takiej surowicy zawierać będzie 10, albo 200 jednostek uodparniających Ehrlicha.

Sposoby powyższe oznaczania wartości surowicy, mając za punkt wyjścia najmniejszą śmiertelną dawkę jadu błoniczego, zawierały w sobie ten zasadniczy błąd, że najmniejsza dawka śmiertelna jadu błoniczego, — jak się okazało, — bynajmniej nie jest wielkością stałą. Jad, który niżej szczegółowo opiszemy, miał w styczniu b. r. najmniejszą śmiertelną dawkę dla świnki ważącej 250 grm. — 0·008 ctm³.; we wrześniu okazał najmniejszą śmiertelną dawkę — 0·016 ctm.³, 2 razy większą od poprzedniej — styczniowej; toksyczność jadu wdwójnasób osłabła. Gdybyśmy jednak, stosując się do powyższej formuły określania wartości surowic, użyli teraz tej zmienionej 10-krotnej najmn. śmiertelnej dawki (t. j. 0·16 ctm.³), to dawka ta związałaby 2 razy więcej antytoksyny, niż poprzednia 10-krotna dawka jadu (0·08 ctm.³) w styczniu, t. j. związałaby nie $^1/_{10}$, lecz $^2/_{10}$ jednostki uodparniającej. W tym razie n. p. moglibyśmy orzec, że surowica zawiera w 1 ctm³. — 100 jednostek, tymczasem w rzeczywistości zawiera ich 200. Jak widzimy z tego przykładu, błąd wyniknąć może bardzo znaczny. I zdarzało się, że jedne zakłady, wyrabiające surowicę przeciwbłoniczą, określały surowicę podług powyższego sposobu, dajmy na to, na 200 jednostek w 1 ctm³, a inne podług tego samego sposobu tę samą surowicę ceniły na 100 jednostek w 1 ctm.³ Powstawało zamieszanie pojęć, zarzuty nieścisłości, niesumienności i t. p.

Formuły powyższej: „10-krotna najmniejsza śmiertelna dawka jadu“ nie można było utrzymać w jej właściwem znaczeniu i zaczęto określać wielkość owej „10-krotnej dawki“ na podstawie znanych surowic. Postępowano w ten sposób: brano $^1/_{10}$ jednostki uodporniającej z surowicy o znanej wartości i z szeregu różnych dawek jadu błoniczego wybierano taką największą, która zmieszana a z $^1/_{10}$ jednostki antytoksyny, nie wywoływała przy podskórnem wstrzyknięciu u świnki 250-gramowej żadnych objawów chorobowych. Jeżeli użyjemy do tego celu jadu naszego, czy to w styczniu, czy też we wrześniu b. r. (lub później), to okaże się, że mimo różnej toksyczności jadów w 2 tych terminach, dawka zobojętniana przez $^1/_{10}$ jednostki antytoksyny pozostaje stale ta sama, t. j. 0·08 ctm.³ O ile w styczniu dawkę tę mogliśmy nazwać „10-krotną śmiertelną“, o tyle we wrześniu nazwa ta byłaby błędną, ponieważ w rzeczywistości jestto dawka tylko 5-krotna śmiertelna (0·08 ctm.³:0·016 ctm³ = 5).

Jad błoniczy jest nader zmienny co do siły toksycznej i nie mamy sposobu przechowywania jadu z określoną stałą wartością trującą. Daleko trwalsze są antytoksyny. Antytoksyna w stanie suchym, w miejscu chłodnem, ciemnem i pozbawionem powietrza (tlenu), nie zmienia się zupełnie. Dlatego też teraz przy ocenie surowicy jako punkt wyjścia dla oceny bierzemy nie śmiertelną dawkę jadu, lecz rozczyn surowicy określonej wartości.

Przygotowanie surowicy suchej, przechowywanie jej w rurkach szklanych, pozbawionych powietrza, dokładnie wysuszonych i zatopionych — przedstawia niemało trudności. Dlatego też poszczególne zakłady wyrobu surowic przeciwbłoniczych korzystają z rozczynów suchej antytoksyny o ściśle oznaczonej wartości, które prof. Ehrlich na żądanie rozsyła. Zakład prof. Bujwida co $2^1/_2$ miesiąca otrzymuje od prof. Ehrlicha rozczyn suchej surowicy w słonej wodzie i glicerynie; rozczyny takie mają tę własność, że przechowywane w miejscu chłodnem i ciemnem przez długi czas nie tracą nic ze swej wartości antytoksycznej. Tych rozczynów używamy stale do badania jadów błoniczych; a mając określony jad błoniczy zapomocą używanej do kontroli surowicy Ehrlicha (Testserum), używamy jadu tego do oznaczania wartości surowic, wyrabianych w celach leczniczych.

Jad błoniczy, który opisujemy, został otrzymany w sposób następujący: Pożywkę płynną przyrządzono podług Sproncka. (Odwar drożdżowy z dodatkiem albumozy, zalkalizowany). Następnie rozlano w kolby litrowe po 250 grm. pożywki, wyjałowiono i dnia 15/XII 1903 r. zaszczepiono zarazkiem błonicy. Zarazek rozrastał się w cieplocie przy 37° C przez dni siedm; po 7 dniach wyjęto hodowle z cieplarki i przesączono pod ciśnieniem przez niepolewaną por-

celanę (filtr Chamberland-Pasteura). Płyn przefiltrowany, a zatem pozbawiony zarazka, — jałowy, z zachowaniem wszelkich ostrożności rozlano w sposób jałowy we flaszeczki 10 ctm ^{3} Kilkaset takich flaszeczek umieszczono na przechowanie w miejscu ciemnem i chłodnem.

W styczniu 1904 r. celem zbadania jadu wstrzyknięto podskórnie szeregowi świnek morskich płyn zawierający jad, oraz mieszaninę jadu z antytoksyną. Do badań używano świnek morskich wagi 250 grm. i świeżo rozcieńczonej antytoksyny prof. Ehrlicha 12-krotnej, t. j. zawierającej w 1 ctm.^{3} płynu 12 jednostek uodparniających.

Tablica I.

Nr.*)	Ilość jadu zastrzyknięta śwince mor.	Wynik**)
9	0·020 ctm.^{3}	świnka padła (†) następnego dnia.
8	0·015 „	„ † następnego dnia.
7	0·010 „	„ † następnego dnia.
14	0·009 „	„ † po 5 dniach.
(T.) 34	0·008 „	„ † po 2$^1/_2$ dniach.
35	0·0075 „	3 dnia w miejscu szczep. obrzęk. Żyje.
15	0·007 „	świnka † po 4 dniach (?).
28	0·007 „	w miejscu szczep. obrzęk. Żyje.
36	0·007 „	w miejscu szczep. obrzęk. Żyje.
16	0·005 „	w miejscu szczep. obrzęk. Żyje.

*) W pierwszej rubryce tablic umieszczono numera, pod którymi zaciągnięte są odpowiednie doświadczenia w książce doświadczeń Zakładu prof. Bujwida.

**) Świnki obserwowano w ciągu tygodnia.

Z powyższych doświadczeń możemy w przybliżeniu określić najmniejszą dawkę śmiertelną dla świnki, ważącej 250 gramów. Z szeregu dawek powinniśmy wybrać tę najmniejszą dawkę jadu, która zabija świnkę morską po 4—5 dniach. Oznaczać będziemy tę ilość przez (T.). Najbliżej tym warunkom odpowiada dawka 0·008 ctm.^{3} jadu (Nr. 34); wprawdzie dawka 0·007 ctm.^{3} (Nr. 15) zabija świnkę po 4 dniach, lecz wobec 3 innych doświadczeń (35, 28, 36) w tym razie śmierć świnki musimy uważać za przypadkową.

Tablica II.

Nr. księgi	Ilość jadu + antytoksyny zastrzykn. śwince morskiej	Wynik szczepienia świnki morskiej
6	2·00 ctm.^{3} + (J)	† następnego dnia.
5	1·50 „ + (J)	† następnego dnia.
42	1·20 „ + (J)	† po 2 dniach.
41	1·10 „ + (J)	† po 3 dniach.
56	1·10 „ + (J)	† po 2 dniach.
85	1·10 „ + (J)	† po 2 dniach.
60	1·09 „ + (J)	† po 2 dniach.
49	1·08 „ + (J)	Obrzęk. Żyje.
L+ { 64	1·08 „ + (J)	† po 3 dniach.
L+ { 63	1·07 „ + (J)	† po 3$^1/_2$ dniach.
27	1·00 „ + (J)	Obrzęk. Żyje.
32	1·00 „ + (J)	Obrzęk. Żyje.
26	0·95 „ + (J)	Obrzęk. Żyje.
33	0·95 „ + (J)	Obrzęk. Żyje.
17	0·90 „ + (J)	Obrzęk. Żyje.
25	0·90 „ + (J)	Obrzęk. Żyje.
24	0·85 „ + (J)	Obrzęk. Żyje.
L_0 23	0·80 „ + (J)	Nic — żyje.
22	0·70 „ + (J)	Nic — żyje.
18	0·70 „ + (J)	Nic — żyje.
19	0·50 „ + (J)	Nic — żyje.

Z tablicy II zaznaczymy dwa ważne dla nas punkta. Mieszanina 0·8 ctm.^{3} jadu i (J) antytoksyny — jest zupełnie obojętną dla świnki morskiej; wszelkie wyższe ilości jadu przy tej samej ilości antytoksyny wywołują obrzęki albo śmierć; przy mieszaninach zaś z dawką jadu mniejszą od 0·8 nie otrzymujemy żadnego odczynu chorobowego u świnki z tej przyczyny, że mamy tu nadmiar antytoksyny wolnej — niezwiązanej. Ilość jadu 0·8 ctm.^{3} oznaczamy znakiem L_0 (*Limite 0*); jest to ilość jadu, którą (J) antytoksyny wiąże i zobojętnia zupełnie. L_0+(J) przedstawia mieszaninę, niezawierającą ani wolnego jadu, ani wolnej antytoksyny. Zdawałoby się, że do tej obojętnej mieszaniny L_0+(J) należy dodać jedną najmniejszą dawkę śmiertelną jadu (T) = 0·008 ctm.^{3} i otrzymamy nową mieszaninę 0·808 ctm.^{3} jadu + (J), po zastrzyknięciu której śwince pod skórę winniśmy spowodować śmierć świnki. Tymczasem do mieszaniny L_0+(J) dodajemy 2, 3, 4... 10... 20... dawek śmiertelnych i wywołujemy tylko obrzęki u świnek; dopiero po dodaniu 34 (T) (0·008 × 34 + 0·8 = 1·07) otrzymujemy mieszaninę, zdolną zabić świnkę morską, mieszaninę zawierającą jedną wolną dawkę śmiertelną jadu 1(T). Mieszaninę tę oznaczamy znakami L_++(J).

Zestawiając ważne dla nas wyniki prób na świnkach, otrzymamy:

$$(T) = 0·008 \text{ ctm.}^3$$

	L_+	1·07 ctm.^{3} =	134 (T)
	L_0	0·80 ctm.^{3} =	100 (T)
różnica	D	0·27 ctm.^{3} =	34 (T).

(Dok. nast.)

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przyczynek do powikłania cukrzycy z ciążą.

Podał

Dr. J. Fels.

W ostatnim czasie [1]) prof. L. Kleinwächter z Czerniowiec ogłosił przypadek powikłania cukrzycy z ciążą, zestawiając równocześnie wszystkie dotychczas ogłoszone przypadki, których nalicza razem ze swoim 30. Jeszcze przed 15—20 laty uważano zastąpienie u chorych na cukrzycę za niemożliwe, gdyż sądzono, że cukrzyca wywołuje tak znaczny zanik jajników i macicy, że czynnościowa sprawność tych narządów ustaje, przez co poczęcie staje się niemożliwem. Dopiero spostrzeżenia Matthewa, Duncana, Lecorche'a i Gaudarda udowodniły bezpodstawność tego twierdzenia. Powikłanie cukrzycy z ciążą może być dwojakie: albo chora na cukrzycę zajdzie w ciążę, albo też ciężarna może dostać cukrzycy. Powikłanie pierwszego rodzaju zdaje się być częstszem i dotychczas spostrzegano 18 tego rodzaju przypadków razem z przypadkiem Kleinwächtera. Przypadków zaś wystąpienia cukrzycy u ciężarnych ogłoszono dotychczas 12. Powikłanie cukrzycy z ciążą pogarsza w znacznym stopniu rokowanie tego cierpienia i staje się niebezpiecznem dla matki i płodu. W 30% dotychczas spostrzeganych przypadków nastąpiło przedwczesne przerwanie ciąży, również często spostrzegano nadmiar potoku (*hydramnion*). Z drugiej strony znowu przebieg cukrzycy z powodu ciąży bądź pierwotnej, lub następowej, zwykle znacznie się pogarsza. Lekkie przypadki mogą się stać ciężkimi, a ciężkie mogą przybrać przebieg ostry i galopujący. Ilość cukru w moczu powiększa się, ciężarna chudnie coraz bardziej, moczenie i pragnienie ciągle się wzmagają, dopóki

[1]) Wiener medic. Presse 1904, Nr. 51.

śpiączka cukrzycza lub inne powikłania nie położą kresu życiu. W dotychczas spostrzeganych 30 przypadkach tego powikłania ośm razy wystąpiła śpiączka cukrzycza, bądź podczas ciąży, bądź też podczas porodu lub połogu, a sześć z tych kobiet umarło.

Jednak pozwolę sobie utrzymywać, że mimo tak ograniczonej ilości ogłoszonych przypadków, owo powikłanie nie musi być nader rzadkie i z pewnością znalibyśmy większą ilość takich przypadków, gdyby dokładnie je spostrzegano i gdyby lekarze praktycy te przypadki ogłaszali. Oczywiście względna rzadkość tych przypadków leży już w przyrodzie samej choroby. Przedewszystkiem z zestawienia cukrzycy u płci obojga wynika, że mężczyźni stanowczo częściej cierpią na nią, niż kobiety. Powtóre cukrzyca zdarza się częściej w wieku późniejszym, najczęściej właśnie między 40—60 rokiem życia, kiedy kobiety są już po, — albo krótko przed zwrotem płciowym, kiedy więc wogóle rzadko tylko zastąpić mogą. Nie mogę jednak przemilczeć, że są autorowie, którzy twierdzą, że u kobiet trzecie i czwarte dziesięciolecie wykazuje znaczniejszy odsetek chorych na cukrzycę, niż piąte i szóste. Wreszcie w ciężkich przypadkach cukrzycy poczęcie oczywiście może tylko nastąpić w początku cierpienia, gdyż później z powodu wyniszczenia następuje stała niesprawność narządu płciowego, a właśnie u osób młodocianych cukrzyca przebiega zwykle o wiele cięższej i szybciej, niż u starszych tak, że do zastąpienia trudno przychodzi.

Miałem raz sposobność spostrzegania ciąży u chorej na cukrzycę; sądzę więc, że przypadek ten powinienem w krótkości tu opisać i przyłączyć go do 30, ogłoszonych dotychczas w piśmiennictwie.

Wywiady z d. 24/X 1898. *Regina B.*, lat 34 licząca, żydówka (przypadek Kleinwächtera, jak się skądinąd dowiedziałem, również dotyczył 22-letniej żydówki w Kołomyi), pochodzi z rodziny zdrowej; ojciec umarł mając lat 67 na zaburzenia sercowe, matka w 62 roku życia na uwiąd starczy. Dwaj bracia starsi i jeden młodszy są zdrowi (później leczyłem kilkakrotnie brata najstarszego na kolkę nerkową i krwiomocz); jedna siostra starsza umarła w 30 r. życia po poronieniu, siostra młodsza jest zdrową. W rodzinie nikt nie cierpiał na cukrzycę. Pacyentka była zawsze zdrową, zamężna od l. 11, rodziła trzy razy, przed dziesięciu, siedmiu laty i przed rokiem. Pierwsze dziecko żyje; drugi raz urodziła bliźnięta, z których jedno żyje, ostatnie dziecko umarło w pierwszym roku życia. (Mimochodem wspomnę tu, że także matka i młodsza siostra pacyentki miały po jednym razie bliźnięta). Oboje dzieci żyjące są zupełnie zdrowe i dobrze rozwinięte. Chora od kilku lat często cierpi na rwę kulszową po stronie prawej i na bole w stawach, na które szukała ulgi w Cieplicach Trenczyńskich i w Lubieniu. Od pewnego czasu żali się na bole w prawem uchu, występujące szczególnie pod wpływem niepogody.

Stan obecny. Kobieta dobrze odżywiona, o wejrzeniu kwitnącem, narządy wewnętrzne zdrowe, w uchu prawem przekrwienie błony bębenkowej. Ruchy w stawach wolne, trzeszczenia nigdzie wyczuć nie można. Mocz poranny, badany przezemnie, jest barwy jasno-winowej, nieco mętny (chora cierpi na upławy białe), o znacznym osadzie ceglastym; ciężar gatunkowy 1036, nie zawiera białka i cukru.

Dnia 23/VII 1899. Chora od kilku dni cierpi na zapalenie sutka lewego, w obrzęku daje się stwierdzić chełbotanie.

D. 25/VII. Prof. Schramm przeciął ropień sutka, rana zagoiła się gładko.

D. 30/III 1900. Chora żali się na świąd sromu, trwający od kilku miesięcy, z powodu czego zbadano mocz i stwierdzono 7% cukru. Natychmiast zarządzono ścisłą dyetę białkowo-tłuszczową; pacyentka udała się w lecie do Karlsbadu i wróciła zdrowa, w moczu nie było cukru.

D. 19/III 1901. Pacyentka jest w szóstym miesiącu ciąży; do niedawna czuła się całkiem dobrze, straciła tylko w ostatnim czasie dwa zęby. Przed tygodniem bardzo się przeraziła, kiedy dziecko jej spadło ze znacznej wysokości i od tego czasu cierpi znowu na świąd sromu i całego ciała. Badanie moczu wykazało ciężar gatunkowy 1045, białka brak i 6% cukru. Po ścisłej dyecie białkowo-tłuszczowej wkrótce cukier ustąpił, a chora w czerwcu tego roku urodziła zupełnie prawidłowo żywe dziecko. W lecie 1902, 1903 i 1904 bawiła dla kuracyi w Karlsbadzie, lecz po ostatnim tamże pobycie nie odzyskała już zupełnego zdrowia, nieco kaszlała, mimo to była zajęta budową nowego domu; w październiku 1904 r. zapadła na śpiączkę cukrzyczą i po dwóch dniach umarła.

Jak z tego przedstawienia wynika, chora zaszła w ciążę w 37 r. życia, cierpiąc od roku na cukrzycę; donosiła bez wszelkich przeszkód do końca, urodziła prawidłowo żywe dziecko i dopiero dwa lata i cztery miesiące po porodzie umarła na śpiączkę cukrzyczą. Że zresztą ciąża u cukrzyczych nie musi być nader rzadką, wynika to z zasadniczej reguły, że chorej na cukrzycę nie wolno samej karmić dziecka. Dziecko tej chorej, urodzone podczas cukrzycy, było do końca trzeciego roku źle odżywione, w znacznym stopniu krzywicze i dopiero w czerwcu 1904 r. zaczęło chodzić i mówić. Obecnie ma cerę żółtą, twarz nalaną, ciastowatą, chód chwiejny z powodu obustronnego krzywiczego kolana koślawego; łaknienie jest bardzo dobre, je wszystko i pije wiele, zwłaszcza wody, której bardzo często i wśród nocy pożąda. Cierpi na nadmierne moczenie, oraz bezwiedne moczenie nocne; w dzień nawet często jeszcze mocz popuszcza; mocz barwy winowej, ciężar jego gatunkowy 1023, białka nie zawiera, a cukru dotychczas nie stwierdziłem.

IV. Oceny i sprawozdania.

Heermann (Kiel). **Die Bedeutung der aktuellen Frage über die Behandlung der Otitis media acuta für den praktischen Arzt.** *(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten.* T. VIII, Z. 2. Carl Marhold. Halle a/S.

W 5 rozdziałach rozstrząsa autor w sposób treściwy i przystępny znaczenie, historyę i stan obecny leczenia ostrego zapalenia ucha środkowego, ze szczególnem uwzględnieniem nakłucia błony bębenkowej. Wprawdzie H. występuje otwarcie w obronie metody Zaufala, występującej, jak wiadomo, o ile możności przeciw przebiciu tej błony, zastrzega jednak dla tego postępowania tyle ograniczeń i warunków, że i przeciwnicy tej metody zupełnie z nim zgodzić się mogą. I tak autor wykonywa nakłucie błony bębenkowej w tych przypadkach, w których występują drgawki, jako objaw towarzyszący zapaleniu ucha środk., przy wysokiej ciepłocie i zgrubiałej błonie bęb.; dalej czyni zależnem przystąpienie do tego zabiegu od ogólnego stanu zdrowia, wysokości ciepłoty, ciężkości objawów miejscowych i współcierpienia wyrostka sutkowego. Jeżeli się uwzględni te wszystkie zastrzeżenia, to nasuwa się pytanie, na czemby polegała odrębność postępowania Zaufala? Mało chyba jest dziś jeszcze lekarzy, którzy wykonywują ten zabieg, nawet w stanie bezgorączkowym, przy dobrym stanie ogólnym i t. d., i t. d., a zatem pod każdym warunkiem i w każdym przypadku ostrego zapalenia ucha środkowego. Między tymi lekarzami a stanowiskiem Zaufall-Piffla istnieje szeroki przedział, zajęty właśnie przez większość otyatrów, a także i przez autora, aczkolwiek tenże sam liczy się do zwolenników tego ostatniego.

Autor potępia używanie strzykawki w ostrem ropieniu uszów i w tem jest on w zgodzie z większością lekarzy: natomiast nie można się z nim zgodzić, gdy zaniechuje zatykania przewodu ucha zewnętrznego w tej chorobie; zaniechanie takie może powodować zaleganie ropy w przewodzie usznym i w następstwie zmacerowanie w nim skóry, zwłaszcza jeżeli się temu nie zapobiega przez wysuszanie przewodu wacikami; wkładanie suchej waty lub gazy wyjałowionej do przewodu przez wsiąkanie wydzieliny zapobiega nadgryzaniu skóry przewodu usznego. *Spira.*

V. Wyciągi.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. R. Schaeffer. **W sprawie alkoholu przeciwko sublaminowi.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.*, XXI, Z. 2, 1905). Jest to dalszy ciąg uporczywej polemiki, jaką od dłuższego czasu prowadzi S. z Krönigem co do wartości odkażającej sublaminu. Ażeby poprzeć swoje twierdzenie, że sublamin w tych rozcieńczeniach i w tym przeciągu czasu, jakiego się zwyczajnie używa do odkażenia rąk, nie wpływa zupełnie zabójczo na drobnoustroje, a nawet na ich jadowitość, prze-

prowadził S. szereg doświadczeń. I tak zakażał perełki szklane lub też nitki jedwabiu drobnoustrojami i następnie działał na nie 10‰ roztworem wodnym sublaminu. I mógł się przekonać, że drobnoustroje nietylko nie ginęły, ale nawet ich żywotność i jadowitość niewielkiej ulegały zmianie, gdyż myszki, którym wprowadzono w ten sposób odkażane nitki jedwabiu, ulegały zakażeniu tymi drobnoustrojami, którymi właśnie zanieczyszczony był jedwab. Dalsze doświadczenia tyczyły rąk. I tak sublamin, stosowany na ręce przez 5—10 minut w wodnym roztworze 10‰, rąk zupełnie nie odkaża, gdyż z rąk takich udało się wyhodować około 22.000 zupełnie żywotnych bakteryi. Dalsze doświadczenia z rękami były robione w ten sposób, że zakażał ręce „tetragenusem", mył je przez 10 minut w wodzie gorącej, ostatecznie przez 6 minut w 5‰ wodnym gorącym roztworze sublaminu. Następnie brał mieszaninę gruboziarnistego piasku w bulionie i tem tarł ręce przez 12 minut i następowo mieszaninę tę wstrzykiwał myszkom; przekonał się, że wszystkie myszki po 3—13 dniach padły, a użyta z nich krew dała typowy i nader obfity rozwój tetragenusa. To, że sublamin w roztworach alkoholowych działa znacznie energiczniej, aniżeli w tych samych wodnych, nie przypisuje S. działaniu sublaminu, ale działaniu alkoholu, według niego bowiem, a wbrew twierdzeniu innych autorów, sublamin w alkoholu zupełnie się nie rozpuszcza. Załatwiwszy się w ten sposób z własnościami bakteryobójczemi sublaminu, przystępuje autor do omówienia alkoholu, jako środka służącego do odkażania rąk. Przemawia za jego własnością odkażania mechanicznego, gdyż alkohol bajcuje niejako rękę, powoduje ściąganie się naskórka, a tem samem zamykanie się drobnych otworków w naskórku, przez które drobnoustroje wydobywają się z głębi na powierzchnię rąk. Według niego alkohol, jakkolwiek nie posiada zbyt wybitnych własności bakteryobójczych, ze względu na wybitną własność mechanicznego odkażania nadaje się w wysokim stopniu do mycia rąk. Tem samem zdradza się S., jako zwolennik odkażania rąk metodą Ahlfelda, polegającą na myciu rąk tylko gorącą wodą i alkoholem z zupełnem pominięciem przetworów odkażających. *Dr. Cetnarowski.*

B. Credé. **W sprawie zapobiegania gorączce połogowej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 6). Znane przepisy zapobiegawcze bywają stosowane przed, względnie wśród porodu. Uznając ich wartość, radzi C. także po porodzie nie zachowywać się bezczynnie i nie czekać objawów zakażenia, lecz zapobiegać gorączce połogowej przez wprowadzenie wysoko do pochwy lub do szyi, a nawet do jamy macicznej gałki kolargolowej i przez luźne założenie wejścia do pochwy gazą wyjałowioną. W ten sposób można niekiedy zapobiedz zakażeniu, lub też odrazu osłabić jego nasilenie. W razie wystąpienia pierwszych miejscowych lub ogólnych objawów zakażenia przepłókuje C. macicę wodą kolargolową 1—2: 5000 i zakłada gałkę do pochwy lub pręcik kolargolowy do jamy macicy, raz lub dwa razy dziennie. Przy objawach zakażenia ogólnego dalej posuniętego stosuje wcierania maści kolargolowej, a w jeszcze poważniejszych przypadkach wstrzykuje 8—10 sz. cm. 2% roztworu kolargolu do żył. (Także przy laparotomiach ginekologicznych stosuje C. zapobiegawczo kolargol, polewając odsłonięte części jamy brzusznej małą ilością 1% roztworu). Gałka zawiera 0·05—0·1, pręcik zaś grubości 4 mm., a długości 8 cm., 2% kolargolu. *B. Wojciechowski.*

F. Michel. **Cięcie cesarskie z powodu włókniaka, wychodzącego z tylnej ściany szyi i wycięcie całkowite macicy.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1905, Nr. 6). Kobieta 41-letnia rodzi na czasie po raz 12-ty. Poprzednie porody prawidłowe. Bóle porodowe słabe od 3 dni. Zewnętrznie stwierdza się położenie czaszkowe II., nie ustalone; płód żywy. Badanie wewnętrzne wykazuje guz wielkości główki dziecka, zajmujący miednicę małą i wypychający tylną ścianę pochwy, przesuwalny na boki; ujście półksiężycowate, drożne dla 2 palców, tylna warga nie zaznaczona; palec dochodzi do pęcherza płodowego i wyczuwa powyżej ruchomą główkę. Odprowadzenie guza, który uważano za jajnikowy, nie udaje się. Wśród cięcia cesarskiego przekonano się, że guz jest włókniakiem, wychodzącym z tylnej ściany szyi, zajmującym dno zatoki Douglasa. Wycięto całkowicie macicę. Chora wyzdrowiała. Preparat wskazuje, że guz rozwijał się podotrzewnowo w tkance przymacicznej od tyłu. Jako powód, dla którego nie ograniczono się do wyłuszczenia guza po cięciu cesarskiem od strony brzucha lub pochwy, lecz usunięto całą macicę, przytacza autor wielkość guza, trudny dostęp od strony jamy brzusznej, jakoteż to, że chora rodziła już 3 doby, była często badaną, że była w późniejszym wieku i cieszyła się już licznem potomstwem. *B. Wojciechowski.*

C. Fleischmann. **Zmiany anatomiczne po „atmokausis".** (*Zentr. f. Gyn.*. 1895. Nr. 6). Rzadko zdarza się sposobność do badania dokładnego wnętrza jamy macicznej po zadziałaniu pary. U kobiety 39-letniej wykonał przed 1½ rokiem inny ginekolog skrobankę i wyparzenie jamy macicznej z powodu bardzo obfitej miesiączki. Po kilkomiesięcznej poprawie wróciły krwotoki tak silne, że zniewoliły F. do wycięcia macicy. Badanie gołem okiem i drobnowidowe poucza, że gorąca para wywiązuje w różnych miejscach jamy macicy bardzo niejednostajne działanie. Dolne części uległy tak silnemu sparzeniu, że wytworzone blizny zamknęły ujścia pozostałych częściowo gruczołów, wskutek czego potworzyły się małe torbielki, — błona śluzowa w części środkowej została zniszczona aż do warstwy mięsnej i niema tam śladu gruczołów, — podczas gdy w części górnej było oparzenie tylko nizkiego stopnia; pozostała błona śluzowa zgrubiała, gruczoły bujają. (Stosowano ciepłotę 110° C. przez 1 minutę). Podobnie, jak po wyskrobaniu łyżeczką odnawia się i tu nabłonek z pozostałych resztek gruczołów i zastępuje wkrótce ubytki błony śluzowej warstwą młodych komórek nizkich walcowkowych lub sześciennych. *B. Wojciechowski.*

O. Herff. **W sprawie możności wysłuchania tętna płodowego przed połową ciąży.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 5). H. występuje przeciw twierdzeniu Sarweya, jakoby już przed 18 tygodniem ciąży można było prawie zawsze przy pilnem i długiem osłuchiwaniu macicy wybadać tętno płodu i uzyskać w ten sposób wczesny i zupełnie pewny szczegół rozpoznawczy. Mimo częstego zwracania na to uwagi już od 14 lat, raz tylko jeden zdawało się autorowi, że słyszy tętno płodu w 18 tygodniu ciąży, lecz było ono tak słabe, niewyraźne, iż obawia się, czy nie uległ wówczas złudzeniu. Być może, że ktoś wyposażony wyjątkowo dobrym słuchem jest w stanie wybadać szczegóły dla ogółu niedostępne, lecz wówczas nie można przypisać temu objawowi wartości praktycznej, jaką posiada wczesne wybadanie ruchów płodu. *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. Trousseau. **Historya zajmującego przypadku raka powieki.** (*Annales d'Oculistique*, 1905, Nr. 1). Autor opisuje szczegółowo dzieje chorej 68-letniej, która zgłosiła się do niego w 8 lat po wystąpieniu owrzodzenia rakowego na powiece dolnej oka lewego. Chora wzbraniała się stanowczo poddać się jakiejkolwiek operacyi autor był więc zmuszony przez dalszych 8 lat leczyć nowotwór sposobami niechirurgicznymi. W tym czasie owrzodzenie zabliźniło się zupełnie — 5 razy po użyciu różnych środków miejscowych, mianowicie: sinku potasu w połączeniu z arystolem, błękitu metylenowego, chloranu potasowego, arszeniku, stosowanego metodą Czernego, wreszcie promieni Roentgena. Za każdym razem, po upływie krótszego lub dłuższego czasu, owrzodzenie otwierało się na nowo. Po ośmiu latach udało się autorowi przełamać opór pacyentki, która poddała się wreszcie doszczętnej operacyi. Historya tego przypadku poucza, jak trzeba się wystrzegać przedwczesnych wniosków o skuteczności zalecanych przeciw rakowi leków. *K. W. Majewski.*

Eliasberg. **Przyczynek do higieny ocznej.** (*Archives d'Ophtalmologie*, 1904. Nr. 12). Autor podaje wyniki swych badań, odnoszących się do warunków, jakim pod względem higieny wzroku powinien odpowiadać druk książek. Posługiwał się przytem metodą Cohna, która polegała na tem, że się przykłada do zadrukowanej stronnicy kartonik z wyciętym otworkiem, wielkości 1 ctm.². W takiem kwadratowem okienku nie powinno się widzieć naraz więcej, niż dwa wiersze druku. Jeśli się w niem mieszczą trzy, lub jak to często bywa, nawet cztery wiersze, wtedy druk należy uznać za zbyt drobny i dla wzroku szkodliwy. Metodą tą skontrolował autor wielką liczbę książek, wydawnictw peryodycznych i gazet rosyjskich, francuskich, i przekonał się, że tylko wyjątkowo spotyka się w nich druk, odpowiadający wymaganiom higieny ocznej. Charakterystycznem jest to, że pomiędzy źle drukowanemi wydawnictwami znalazły się także niektóre podręczniki higieny i czasopisma okulistyczne. *K. W. Majewski.*

Dr. C. Bahr. **O operacyi i sztucznem dojrzewaniu zaćmy soczewkowej.** (*Münchener med. Wochs.*, Nr. 7, 14 luty, 1905). Autor mniema, iż operacya zaćmy lepsze daje wyniki, gdy się operuje bez irydektomii, niż gdy równocześnie wycina się część tęczówki. Do operacyi takiej nadają się jednak tylko zaćmy zupełnie dojrzałe i o małem stosunkowo jądrze. Po typowem cięciu płatowem z płatkiem spojówkowym ku górze i otwarciu torebki soczewkowej, naciska autor małą łyżeczką ebonitową tak długo na dolną część rogówki, aż jądro wydostanie się na zewnątrz, resztki kory wydobywa łyżeczką Daviela. Masując następnie rogówkę, odprowadza tęczówkę na właściwe miejsce. Po operacyi nie stosuje żadnego leku zwężającego źrenicę, lubo w przeddzień operacyi zakrapla atropinę. Wprawdzie zdarzają się niekiedy przy tym sposobie operacyjnym zrosty przednie tęczówki z rogówką; zdaniem autora nie mają one jednak żadnego znaczenia. W przypadkach zaćmy niedojrzałej lub zaćmy nie postępującej dokonywa autor sztucznego dojrzewania w ten sposób, iż otworzywszy typowem cięciem

płatowem przednią komorę i wypuściwszy jej ciecz, masuje soczewkę przez rogówkę laseczką szklaną, zagiętą nakształt pastorału. W kilka dni po tym zabiegu soczewka zupełnie się zaćmiewa. Na piąty dzień po tym pierwszym zabiegu wydobywa zaćmę z oka. Zazwyczaj rana po pierwszej operacyi jest już zaklejoną i nie pęka. Przeszkadza tylko dość silny krwotok z przekrwionej spojówki, który można jednak opanować adrenaliną. *L.....*

Dr. Julius Fejér. **O krwotoku do ciałka szklistego w obu oczach.** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, styczeń, 1905). Do chorób ogólnych, które tego rodzaju krwotoki wywołują, należą niedokrewność złośliwa, kiła, zimnica, gruźlica, — choroby, które powodują zmiany w ścianach naczyniowych wnętrza oka. Autor opisuje przypadek, w którym u 33-letniego silnego mężczyzny wystąpiły bez danej jakiejkolwiek przyczyny krwotoki do wnętrza obu gałek tak obfite, iż dna oka przez nie zupełnie nie można było widzieć. Chory przed laty rzekomo miał przechodzić kiłę, obecnie jednak wszelkie leczenie, a nawet wcierania szarej maści żadnego nie odniosły skutku, a nawet w ciągu leczenia nowo pojawiły się wybroczyny. Wreszcie polecono choremu ogólne leczenie wzmacniające. *L......*

Prof. W. Goldzieher. **O „conjunctivité infectieuse de Parinaud“.** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, styczeń, 1905). Choroba ta daje pod pewnym względem bardzo charakterystyczny obraz; równocześnie bowiem z zapaleniem spojówki, lub kilka dni później, obrzmiewają gruczoły na szyi i karku. W lżejszych przypadkach tej choroby możnaby ją pomieszać z jaglicą, zazwyczaj jednak guzy są daleko większe i mogą dochodzić nawet do wielkości grochu. Po odwróceniu górnej powieki widać górny załamek znacznie wybujały, sterczący w postaci grzebienia ku dołowi. Gruczoły szyjne niejednokrotnie ulegają zropieniu. Choroba ta pozwala na dobre rokowanie, gdyż nie przechodzi na rogówkę, a spojówka wraca po pewnym czasie do prawidłowego stanu. Badanie histologiczne, dokonane przez autora tej pracy, wykazuje, iż wspomniane guzy znajdujące się w spojówce, składają się z gęstego komórkowego nacieku, ponad którym przybłonek wykazuje w wielu miejscach zwyrodnienie śluzowe. Pod względem terapeutycznym stosował autor miejscowo maść kseroformową, podając równocześnie wewnętrznie arsen. Zropiałe guzy na szyi wymagają osobnego leczenia chirurgicznego. *L......*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Hofman i Schulz. **Przyczynek do poznania sposobu działania na ustrój zwierzęcy lecytyny, naświetlonej promieniami Roentgena.** (*Wiener klinische Woshenschrift*, Nr. 5, 1905). Autorowie do swych doświadczeń używali trojakiego rodzaju rozczynów lecytyny. Rozczyn lecytyny w stosunku 10 : 300, naświetlany promieniami Roentgena przez 2 godziny, oznaczyli literą *A.*; rozczyn dziesięcioprocentowy, ale naświetlany przez trzy godziny, — literą *B.*; wreszcie lecytynę, rozpuszczoną w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej w stosunku 20: 300 — literą *C.*; rozczyn ten naświetlano przez 5 godzin. Rozczynów tych lecytyny po zagotowaniu używano do wstrzykiwań podskórnych u szczurów. Po wstrzyknięciu lecytyny *A.* w jedenastu miejscach u tego samego zwierzęcia występowało w dziesięciu miejscach między siódmym a dziewiątym dniem od czasu wstrzyknięcia wypadanie włosów, które, rozszerzając się w otoczeniu, trwało do trzeciego tygodnia, poczem zaczynał się pojawiać świeży porost włosów. Lecytyna *B.* po wstrzyknięciu wywoływała znacznie słabszy odczyn, bo na trzy miejsca wstrzyknięcia tylko w jednem powstał niewielki przeczos. Po wstrzyknięciu lecytyny *C.* w ilości 0·8—2·0, w ciągu ośmiu dni nie było wcale odczynu i dopiero po powtórnych wstrzykiwaniach w tych samych miejscach powstawały owrzodzenia. Z tych więc doświadczeń okazało się, że najkrócej naświetlana lecytyna działała najsilniej, rozczyny zaś dłużej naświetlane *B.* i *C.* lecytyny, świeżo wyprodukowanej, okazywały się wtedy co do działania silniejsze, jeżeli je używano do wstrzykiwania po dłuższym upływie czasu. *Dr. Stopczański.*

Schein. **Leczenie szyszkowin kończystych** (*condylomata acuminata*) **zapomocą mrożenia.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1905). Dotychczasowe leczenie szyszkowin kończystych środkami żrącymi, lub leczenie operacyjne, proponuje autor zastąpić mrożeniem zapomocą chlorku etylu. Postępowanie to, nadzwyczaj pojedyncze, nie w każdym jednak przypadku można zastosować, a mianowicie w szyszkowinach bardzo wielkich, lub zajmujących znaczną powierzchnię, mrożenie nie wystarcza do ich usunięcia. Natomiast przy szyszkowinach kończystych, występujących pojedynczo i niezbyt wielkich, jednorazowe zamrożenie usuwa po kilku dniach zupełnie dokładnie narośle. Zaletą tego sposobu jest nadzwyczaj pojedyncze, czyste postępowanie, nie wymagające większego przygotowania i nie sprawiające dolegliwości. *Dr. Stopczański.*

P. G. Unna. **Leczenie toczniа w przeszłości i przyszłości.** (*Therapie der Gegenwart*, Nr. 1, 1905). Podczas gdy 10 lat wstecz każdy lekarz wychwalał swój własny sposób leczenia tocznia, obecnie wszyscy są zgodni, że wobec uporczywości i wielokształtności cierpienia nie zawsze jeden i ten sam środek doprowadza do celu, tylko że nieraz trzeba użyć aż kilku środków, a zatem metody wyżej wspomniane tylko nawzajem się uzupełniają. Doświadczenie ostatnich lat poucza, że zachodzą różnice pod względem leczenia toczni ograniczonych i znajdujących się zdała od błon śluzowych, a tych, które zajmują rozległe przestrzenie, lub położone są w pobliżu błon śluzowych. Tak, jak nie istnieje 2 zdań co do możności wyleczenia tocznia pierwszej kategoryi, tak z drugiej strony nikt nie zapoznaje trudności leczenia tocznia, wychodzącego z błony śluzowej nosa, jamy ustnej, gardzieli, krtani, albo który zajmuje całą twarz, uszy, lub wogóle dużą przestrzeń ciała, albo też występuje w więcej, niż 100 ogniskach, jak to ma miejsce w t. zw. *lupus multiplex.* Prawdziwy postęp dermatologii w tym zakresie polega na wynalezieniu takiego postępowania leczniczego, któreby w tych przypadkach usuwało chorobę doszczętnie, nie pozostawiało znacznych oszpeceń i trwało krótko. Zanim to nastąpi, musimy wedle autora stosować wszystkie nam znane sposoby, i dlatego radzi, by sobie chirurdzy i specyaliści chorób nosa i krtani z jednej strony, a lekarze chorób skórnych z drugiej, nawzajem pomagali w tak ciężkich przypadkach, jakie chorzy, cierpiący na tocznia nosa lub gardła przedstawiają; w tych razach zwykle i galwanokaustyka i żrący jakiś przetwór chemiczny (bez wstrzykiwania tuberkuliny lub z niem) doprowadzi do wyniku doszczętnego, chociaż kosmetycznie nie zawsze zadawalającego. Po tych ogólnych uwagach przytacza U. przegląd wszystkich przetworów chemicznych, przeważnie żrących, jakie od najdawniejszych czasów, (bo od roku 1835) w przypadkach raka i tocznia bywają stosowane. *Korn.*

Fedszenko. **O działaniu maści rtęciowych, używanych w leczeniu kiły.** (*Berliner klinische therapeutische Wochenschrift*, 1904, 15). Wcierania, jeden z najważniejszych sposobów leczniczych, polegają dotychczas na grubej empiryi, gdyż nietylko dawkowanie ich nie daje się dokładnie oznaczyć i zależy od osobistych zapatrywań lekarza, ale nie oznaczono dotąd nawet w przybliżeniu, ile rtęci dostaje się do skóry przy różnych sposobach wcierania i z różnych do tego używanych przetworów. F. próbował doświadczalnie rozstrzygnąć przynajmniej niektóre z tych zagadnień, zastrzega się jednak, że wyniki jego doświadczeń nie mogą być uważane za zupełnie ścisłe. Aby oznaczyć wpływ czasu, sposobu wcierania, oraz jakości użytego przetworu na wynik wcierania, używał F. następującego sposobu. Wcierano stale, jednakowe dawki różnych maści. Każda z tych maści zawierała 33% rtęci, a tylko zaprawa maści była różna. Porównywano wyniki wcierania tylko na takich okolicach ciała i u takich osobników, u których jedna i ta sama maść wcierała się równie łatwo. Wynik wtarcia oceniano w stosunku do 1 ctm.² powierzchni, zmierzywszy dokładnie powierzchnię skóry chorego, w którą wcierano, i powierzchnię rąk wcierającego, a obliczano ten wynik według ilości maści, pozostałej na powierzchni skóry po upływie półgodzinnego wcierania, zbierając tę resztę w odpowiedni sposób i ile możności dokładnie ją ważąc. Dopiero oznaczywszy w ten sposób łatwość, z jaką ta lub owa maść wciera się w równych zresztą warunkach, próbował F. oznaczyć, jak wpływa na wynik długość wcierania, jego rodzaj, zwiększenie dawki maści i t. p. Wyniki doświadczeń F. zdają się dowodzić, że panujące o wcieraniach wyobrażenia są w wielu względach błędne. Okazuje się n. p., że do skóry dostaje się znacznie mniej maści, niż się pospolicie przypuszcza (a więc i znacznie mniej Hg). Z sześciu badanych przez F. rodzajów 33% maści rtęciowych, najgorzej wcierała się maść szara na lanolinie (po ½ godzinie wtarło się jej 24%), lepiej zwykła szara maść, świeżo przyrządzona (26%), prawie tak samo mydła rtęciowe (27%), a wbrew utartemu przekonaniu wcierała się stara maść szara lepiej, niż świeża (29%). Najlepiej jednak wcierała się maść resorbinowa (49%), a po niej vasogen rtęciowy (44%). Wyniki te, oparte na 150 doświadczeniach, należałoby jednak jeszcze skontrolować, używając do doświadczeń samych maści (bez rtęci). Dalej stwierdził F., że każda maść wciera się stosunkowo tem lepiej, im większą powierzchnię skóry użyto do wcierań, im dłużej wcierano (po 50—60 minutach wtarto o 8—12% więcej, niż po 30). Niżej kwadransa wciera się bardzo mało, najwięcej w drugim kwadransie wcierania; nalepiej wcierać po ½ godzinie, bo dłuższe wcieranie jest uciążliwe dla obu stron. U ludzi lekko się ubierających i mało kąpiących, jest wynik wcierań gorszy. Można go poprawić przez częste kąpiele. Dodatek oliwy do maści wcieranej nie zmienia wyników; polepsza je natomiast (o 5—7%) dodatek olejków eterycznych. *L.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Umber. **Wydzielanie się soku żołądkowego u człowieka (z przetoką żołądkową) w czasie rzekomego karmienia i podczas lawatyw odżywczych.** (*Berl. klin. Wochenschr.*, Nr. 3, 1905). Niesłychanie ciekawe, a dla nauki nader ważne badania Pawłowa nad wydzielaniem się soku żołądkowego były, jak wiadomo, wykonane na psach. Rzeczą niezmiernie pożądaną było sprawdzić, o ile wyniki, otrzymane przez Pawłowa na psach, mają znaczenie i dla fizyologii trawienia człowieka. Sprawą tą zajął się między innemi Umber, stąd badania jego zasługują na pilną uwagę. Autor wykonywał swe doświadczenia na 59-letnim mężczyźnie, któremu z powodu zwężenia przełyku, — zapewne wskutek nowotworu złośliwego, — zrobiono przetokę żołądkową sposobem Kadera. Odżywiany przez rzeczoną przetokę, chory miał się całkiem dobrze i w ciągu szeregu miesięcy stale przybierał na wadze. Doświadczenia na chorym były czynione za zupełną jego zgodą. — Przekonawszy się, iż ruchowe i wydzielnicze czynności żołądka wspomnianego chorego były zupełnie prawidłowe, przystąpił autor do rzekomego karmienia. Chory w ciągu 6 godzin przed doświadczeniem nie dostawał żadnego pokarmu, a na pół godziny przed doświadczeniem płókano mu żołądek wodą. Przed samem rozpoczęciem doświadczenia stwierdzał autor, iż żołądek wcale soku nie zawierał, poczem chory dostawał odważoną ilość jadła, które dokładnie przeżuwał, a następnie wypluwał, unikając skrzętnie połykania śliny. Sok żołądkowy, w miarę jak się wydzielał, zbierał autor zapomocą wprowadzonego do żołądka przez przetokę cewnika Nelatona. Zazwyczaj po upływie trzech minut, — a więc wcześniej, niżeli miało to miejsce u psów Pawłowa, zaczynało się wydzielanie soku żołądkowego. Po zaprzestaniu żucia wydzielanie soku trwało jeszcze przez pewien czas. — W dwóch doświadczeniach chory żuł po 100 grm. surowego mięsa wołowego. Czczy od kilku godzin żołądek, w trzy minuty od początku żucia zaczął wydzielać sok z obfitą ilością kwasu solnego i pepsyny. W trzy kwadranse po zaprzestaniu żucia ustało wydzielanie się soku. — W następnych dwóch doświadczeniach dostawał chory do żucia po 100 grm. chleba, posmarowanego masłem. Ilość wydzielanego soku była mniejsza, niż w czasie rzekomego karmienia mięsem, lecz za to ilość kwasu solnego była większa. Co się tyczy fermentów, to sok, otrzymywany w czasie rzekomego karmienia chlebem, nie różnił się od soku, wydzielanego podczas przeżuwania mięsa. — Raz przed rozpoczęciem rzekomego karmienia, nagle z cewnika zaczął wypływać zupełnie przeźroczysty sok, zawierający spore ilości kwasu solnego, pepsyny i fermentu podpuszczkowego. Autor zauważył, iż właśnie wtedy chory, godzinami głodzony, skierował swój wzrok na przyniesiony i obok niego położony chleb z masłem. Gdy chleb usunięto z przed oczu chorego, sok żołądkowy przestał się wydzielać. A więc w tym przypadku miał autor istotnie do czynienia z t. zw. sokiem psychicznym. — Dalej zauważył autor, iż po kilkakrotnem przepłókaniu ust alkoholem wydzielał się u jego chorego sok żołądkowy z małą zawartością kwasu solnego. — Natomiast żucie w ciągu 10 minut gumy, lubo wywołało znaczne wydzielanie się śliny, na wydzielanie się soku żołądkowego żadnego zgoła wpływu nie miało: soku żołądkowego nie wydzieliło się ani jednej kropli. Autor badał także wpływ lawatyw odżywczych na wydzielanie się soku żołądkowego. Okazało się, iż bardzo rychło po zastosowaniu rzeczonych lawatyw, bo już po upływie 4 minut, następowało wydzielanie się soku żołądkowego czynnego. *A. Wrzosek.*

A. Marie. **Badania nad surowicą przeciwwściekliźnianą.** (*Annales de l'Institut Pasteur*, Nr. 1, 1905). Autor uodparniał barany i króliki przez wstrzykiwanie podskórne zawiesiny jadu stałego we wzrastających ilościach, ale tak, że daną dawkę wstrzykiwał w kilku miejscach, aby tym sposobem ułatwić wessanie tkanki nerwowej. Ze zwierząt, w ten sposób uodpornianych, krew, brana 15 dni po ostatniem zastrzyknięciu, dawała surowicę czynną, działającą swoiście przeciw jadowi wścieklizny, ale tylko w bardzo ścieśnionych granicach. Z badań przeprowadzonych *in vitro* zdaje się wynikać, że jad wścieklizny wiąże ciało swoiste surowicą, tracąc temsamem właściwość szkodliwego działania. Surowica prawidłowa ssaków nie posiada własności zobojętniających jadu wściekliźnianego, natomiast surowica prawidłowa pewnych ptaków własność tę posiada, jednakowoż w ilościach znacznie większych, niż surowica swoista. Ssaki dostarczają surowicy swoistej tylko wtedy, gdy uodpornianie trwa długo, przytem chudną i po pewnym dłuższym lub krótszym czasie giną nagle bez widocznej przyczyny śmierci. *Droba.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Teocynę jako lek moczopędny, działający rychlej i pewniej od aguryny, zaleca Dibajłow (*Prakt. Wracz*, 1904, 36), zauważając jednak, że lek ten sprawia często skutki uboczne. Podobnie porównywali teocynę z aguryną Beco i Gilkinet (*Ann. de la Soc. méd. de Liège* 1904, VIII). Według swych 70 spostrzeżeń uważają oni agurynę za lek, działający bezpośrednio moczopędnie, a użyteczny szczególnie wobec zastojów i obrzęków w toku niewyrównanych wad serca. Aguryna działa wprawdzie wolniej, ale lepiej, niż diuretyna. Natomiast dzielniej jeszcze od aguryny działa teocyna, jak się o tem B. i G. przekonali w 33 przypadkach: jednakże działanie jej, acz szybkie, trwa krótko. Nadto wywołuje teocyna łatwo zaburzenia żołądkowe; można ich jednak uniknąć, używając przetworu nowszego: *theocin-natrium aceticum.* Potwierdza to Hackl (*Therapie der Gegenwart*, 1904, grudzień), zauważając, że i czysta teocyna nie wywołuje tak łatwo zaburzeń żołądkowych, jeżeli się ją podaje w roczczynie (nie w proszku!), i nie naczczo. Według H. lepiej jednak używać *theocin-natr. acet.*, którą podaje się w dawce 0,3—0,5 grm., 3 razy dziennie po jedzeniu. Można jej też używać w postaci czopków lub w kołaczykach (à 0,25 i 0,1). *Lb.*

Winterberg (*Mediz. Blätter*, 1904, Nr. 45) stosował u szeregu chorych na III. oddziale chorób wewnętrznych szpitala powszechnego w Wiedniu sapomentol wyrobu Matuli (Radomyśl). Środek ten składa się z 500 grm. mydeł stearynowych, 1550 grm. wyskoku, 300 grm. olejków eterycznych, 150 grm. mentolu, tyleż kamfory i 100 grm. amoniaku, zawiera przeto znaczną ilość mentolu, znanego powszechnie jako dobry lek kojący ból. W. użył sapomentolu w 11 przypadkach gośćca mięśniowego, 5 rwy kulszowej, 5 migreny, 6 postrzału lędźwiowego (lumbago) i wreszcie w 6 przypadkach gośćcowego zapalenia stawów, w których chorzy nie znosili przetworów salicylowych. Wcierając sapomentol, wykonywa się równocześnie masowanie; potem zawija się miejsce wcierania w watę lub flanelę. Wyniki były dobre. *A.*

Georgi (*Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung* 1904, Nr. 20) omawia obszernie zastosowanie soli srebrowych w różnych gałęziach lecznictwa. Zewnętrznie stosuje się 1% roczczyny kolargolu do przepłukiwania aseptycznych ran, n. p. przy laparotomiach, i zakażonych jam ciała. W proszku zaleca się kolargol do posypywania otworów szwów i świeżych skaleczeń i ran; kołaczyki kolargolowe wkłada się do zaułków ran i używa do sporządzania roczczynów. 1—2% maść kolargolowa działa skutecznie w chorobach spojówek, oparzeniach i zakaźnych chorobach skórnych. 2% pręciki (*bacilli*) nadają się do przetok, do cewki moczowej i macicy. W pochwie i odbytnicy stosuje się czopki z 0,5 kolagolu: 20,0 masła kakaowego. Wewnętrznie wstrzykuje się kolargol do żył (5—15 ctm.³ roczczynu 2%, lub 3—9 ctm.³ 5%), podaje przez usta (1% roczczyn, 3—4 razy dnia po łyżeczce, — w durze, czerwonce), dalej jako lawatywy, wreszcie przez wcieranie w skórę (15% maść Crédégo, 1—4 razy dnia po kwadransie wcierania 2—3 grm. u dorosłych, 1 grm. u dzieci). Po stosowaniu kolargolu nie zdarzała się nigdy srebrzyca. Jako wewnętrzny środek odkażający wskazany jest kolargol we wszystkich sprawach zakaźnych; wstrzykiwań do żył używa się wtedy, gdy zależy na szybkiem działaniu. *H.*

Toczeń rumieniowy (*lupus erythematosus*) leczył Oppenheim (*Wiener klin. Wochs.*, 1905, 3) za wzorem Holländera równocześnie chininą i jodem. Stwierdziwszy próbną dawką 0,5 chininy, że niema w danym przypadku idyosynkrazyi do tego leku, usuwał O. naprzód strupy z miejsc zmienionych zapomocą wyskoku i eteru i rozpoczynał energiczne pędzlowania tych miejsc nalewką jodową. Potem podawano chininę, podnosząc co trzy dni dawkę dzienną o 0·5 i dochodząc aż do 8 × 0·5 *pro die.* Gdy przy tej dawce po pewnym czasie zmiany ustępować zaczęły, zmniejszał ją O. znowu stopniowo aż do 2 × 0·5 dziennie. Leczenia tego nie przerywano; w razie szumu w uszach zmniejszano tylko chwilowe dawkę; cięższych objawów ubocznych nie było ani razu. Doświadczeniami na zwierzętach stara się O. udowodnić, że krążąca w ustroju chinina wiąże się z jodem, ustalając się przez to w miejscach chorych; zapomocą prób z jothionem przekonał się zaś O., że ilość ustalającej się w chorej tkance chininy stoi w prostym stosunku do ilości wcielonego w tkankę jodu, gdyż skóra, pędzlowana jothionem (zawierającym 80% jodu), zawiera dwa razy tyle chininy, niż nie pędzlowana, a o połowę więcej, niż pędzlowana nalewką jodową. Na tem wiązaniu chininy przez jod w skórze polega skuteczność sposobu Holländera. *B.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 17 lutego 1905 r.

Obecnych członków 50. Przewodniczy: kol. Wechsler.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. doc. Bednarski przedstawia preparat torbiela powieki dolnej, połączonego ze szczątkową gałką oczną. Przypadków takich jest opisanych zaledwie dziesięć, zwykle zaś wyłuszczano i badano torbiele same. Gałka oczna w tym przypadku rozwojem odpowiada wtórorzędnemu pęcherzykowi ocznemu, jest wielkości pestki wiśni; torbiel zaś wielkości śliwki. Oko drugie zewnętrznie prawidłowe, koło tarczy nerwu wzrokowego nieco jaśniejsze zabarwienie, najprawdopodobniej nie szczelina *(coloboma)*.

III. Kol. Nowicki przedstawia preparat aorty i tętnic wieńcowych z daleko posuniętem zwapnieniem na tle przymiotowem. Ujście tętnicy wieńcowej lewej tak zwężone, że ledwo da się przezeń przeprowadzić włosie. Chory, u którego za życia rozpoznano: *arteriosclerosis praecip. art. coronar., lues, tabes incip.*, zmarł nagle przy kaszlu wśród objawów zatoru tętnicy wieńcowej.

Kol. prof. Gluziński omawia powyższy przypadek. Przymiot rozpoznano na podstawie tego, że wystąpiły zmiany w tętnicy głównej u człowieka młodego, jak również objawy nerwowe w postaci wiądu rdzenia. Dziwnem jest, że pomimo tak znacznego zwężenia tętnicy wieńcowej nie było objawów dusznicy piersiowej, a stan chorego poprawił się tak, że mógł pracować, gdy nagle wystąpił zator. Przebieg zaczopowania tętnicy wieńcowej jest taki, że nagle występuje zwolnienie tętna, potem niemiarowość, wreszcie spadek jego i śmierć. U ludzi trwa to około kwadransa, u psów, na których prelegent robił doświadczenia z podwiązaniem, znacznie krócej, może dlatego, że doświadczalnie zaciska się odrazu w zupełności naczynie. To dotyczy tętnicy wieńcowej lewej; jeżeli podwiążemy prawą, to zwierzę na to nie oddziaływa. Leczenie przeciwprzymiotowe u młodszych ludzi, dotkniętych zmianami w tętnicy głównej, daje znakomite wyniki.

Kol. doc. Marischler opisuje dwa podobne przypadki, w których na mocy objawów myślano o zaczopowaniu tętnicy wieńcowej; sekcya zaś wykazała tylko zwężenie tych tętnic.

Kol. Pisek opisuje kilka przypadków, w których leczenie przeciwprzymiotowe nie doprowadziło do żadnego wyniku. Nie przypuszcza zresztą, w jaki sposób tak daleko posunięte zmiany bliznowate mogłyby dać się usunąć. Leczenie takie da się najwyżej uzasadnić w przypadku, gdy zmiany są świeże, a chory dość odporny.

Kol. prof. Gluziński zgadza się z kol. Piskiem i również ma na myśli tylko takie przypadki, gdzie osobnik młody, w narządzie krążenia nie okazuje się nic prócz szmeru skurczowego i napięcia tętna, a przytem często zmiany nerwowe. Pamięta przypadek, w którym był szmer skurczowy i tętnienie nad mostkiem, a zmiany te przy leczeniu zupełnie znikły.

IV. Kol. doc. Sołowij: „Nowy cyrkiel do mierzenia wymiaru prostego wchodu miednicy". Panowie koledzy mają jeszcze zapewne żywo w pamięci dyskusyę, jaka się wywiązała przy sposobności wykładu kolegi Bylickiego „O nowym sposobie oznaczania wymiaru prostego wchodu miednicy zapomocą dźwigni kątowych". W dyskusyi między innemi podniosłem, że — jeżeli chodzi o mierzenie instrumentalne miednicy, — nie widzę powodu, dla którego nie możnaby bezpośrednio mierzyć wymiaru prostego wchodu miednicy zapomocą cyrkla, zrobionego na zasadzie skrzyżowanych ramion. Gdy podniesiono przeciw temu poważne wątpliwości, zająłem się konstrukcyą podobnego cyrkla i dzięki gotowości tutejszej firmy Georgeona i Trepczyńskiego udało mi się w ciągu dni kilku uzyskać model cyrkla, który dowodzi nietylko możności rozwiązania tego zadania, t. j. bezpośredniego mierzenia wymiaru prostego wchodu miednicy, ale przewyższył moje oczekiwania, bo obok łatwości zastosowania daje wyniki mierzenia tak dokładne, jakich dotychczas żadnym innym przyrządem ani zapomocą palców nie było można osiągnąć.

Panowie Koledzy mają przed sobą model mojego cyrkla. Zastosowanie jego jest bardzo łatwe, wymaga jednak pewnej rutyny w mierzeniu miednicy wogóle, tudzież nabrania pewnej specyalnej wprawy w używaniu samego przyrządu. Mierzenie odbywa się w następujący sposób: wprowadziwszy palec wskazujący i trzeci do pochwy, wsuwa się po nich ramiona cyrkla, ile możności zamknięte i ustala zapomocą palca trzeciego guziki ramienia tylnego cyrkla na najbardziej do wewnątrz wystającem miejscu wzgórka kości krzyżowej. Następnie zapomocą łagodnego ucisku, wywartego palcami ręki drugiej, na obydwie rękojeści cyrkla, zbliża się je do siebie tak długo, aż uczujemy opór, występujący w chwili, gdy guzik ramienia przedniego spocznie na najbardziej do wewnątrz wystającem miejscu górnego wewnętrznego brzegu spojenia łonowego. Wówczas odczytuje się na skali otrzymany wymiar sprzężnej wchodu miednicy. Dokładne zastosowanie cyrkla mojego do osi miednicy, tudzież ustalenie guzika ramienia tylnego na wzgórku kości krzyżowej, dają rękojmię, że guzik ramienia przedniego podczas zbliżania się rękojeści do siebie znajdzie się w istocie na najbardziej do wewnątrz wystającem miejscu górnej wewnętrznej krawędzi spojenia łonowego. Chcąc zaś jeszcze dokładniej postąpić, możemy z łatwością kontrolować zachowanie się guzika ramienia przedniego cyrkla zapomocą palca wskazującego tej samej ręki, podczas gdy palec trzeci ustala guzik ramienia tylnego cyrkla na wzgórku kości krzyżowej.

Możność bezpośredniego mierzenia wymiaru prostego wchodu miednicy zapomocą narzędzia, nadającego się do każdej miednicy, potrzebującego tylko jednorazowego wprowadzenia do pochwy, a nie wymagającego ani znieczulenia, ani asystencyi, oznacza znaczącą korzyść i jest zaletą mojego cyrkla w przeciwstawieniu do innych skomplikowanych przyrządów. Pomimo jednak tak zadowalniających wyników mierzenia, dających się osiągnąć zapomocą mojego cyrkla, nie wolno nam lekceważyć mierzenia ręcznego wymiaru prostego wchodu miednicy. Przeciwnie, jak już poprzednio podniosłem, możemy przy wielkiej wprawie oznaczyć wymiar prosty wchodu miednicy ze względną dokładnością zapomocą badania ręcznego i dla celów praktycznych pozostanie wynik badania ręcznego i nadal prawie we wszystkich przypadkach wystarczającym — tem bardziej, że —, co z naciskiem podnieść należy, — wskazanie do postępowania przy miednicy ścieśnionej (zwłaszcza powyżej 6 ctm. c. v.) nie da się ująć w pewne matematyczne prawidła, lecz wymaga w każdym danym przypadku indywidualnego traktowania. Wszak poucza doświadczenie, że przebieg różnych porodów u tej samej kobiety ze ścieśnioną miednicą może być każdego razu inny, tak samo, jak poród przy miednicy bardziej ścieśnionej może być szczęśliwie ukończony siłami natury, podczas gdy poród przy miednicy o korzystniejszych wymiarach wymaga nieraz operacyjnego zabiegu i przebiegać może nieszczęśliwie, chociby tylko dla płodu.

Muszą być zatem uwzględnione i inne w grę tu wchodzące, a bez mała równie ważne czynniki, mianowicie: wielkość i podatność główki, tudzież siła bolów porodowych i dopiero ścisła obserwacya przebiegu porodu i należyte uwzględnienie tych trzech ważnych czynników (miednica, główka i bole) dadzą nam w danym przypadku możność trafnego ocenienia niestosunku porodowego.

Korzystając z łaskawego pozwolenia pana kol. prof. Marsa, miałem sposobność mierzyć moim cyrklem miednice u kilkunastu klinicznych ciężarnych i rodzących. Łatwość i dokładność, z jaką każdego razu potrafiłem oznaczyć sprzężną wchodu miednicy, upoważniają mnie do nadziei, że mój cyrkiel znajdzie niebawem zastosowanie, jako nietylko przydatny, ale i niezbędny przyrząd kliniczny, zwłaszcza tam, gdzie zależy nam na możliwie jak najdokładniejszem oznaczeniu wymiaru prostego wchodu miednicy (*Autoreferat.*)

Kol. doc. Bylicki przypomina, że kiedy przedstawił swój sposób mierzenia prostego wymiaru wchodu, sposób ten spotkał się z krytyką kol. Sołowija, który wtedy powiedział, że wynajdowanie nowych metod jest o tyle niepotrzebne, że się to mierzenie da uskutecznić prostem skrzyżowaniem przyrządu Colinowskiego. Twierdzenie to wydaje się być nieco dziwnem, albowiem miednicomierz Colina jest przyrządem nożycowatym, zbudowanym tak, aby nim można dotknąć odrazu obu punktów wytycznych wchodu. Wszyscy, którzy na takiej zasadzie obmyślali swoje przyrządy, zarzucili je jeszcze przed dwudziestu laty, albowiem wymagają one kontroli palców. Obu punktów jednocześnie absolutnie nie można kontrolować; jeżeli się zaś kontroluje przedni, to tymczasem przesunie się tylny i naodwrót. Tę kardynalną wadę posiada też instrument kol. Sołowija, gdy tymczasem przyrząd kol. Bylickiego przedstawia te zalety, że ma pewną skalę, usuwa konieczność odczytywania, czego żaden przyrząd dotąd nie podawał; nie wymaga kontrolowania drugiego punktu, bo dźwignia sama

się przyciska do spojenia łonowego. Opis tego przyrządu wystarczył, aby go wprowadziło siedem zakładów, a Pankow z Hamburga mówi o nim, że okazuje nadzwyczajną zgodność wyników.

Kol. doc. Sołowij zastrzega się przeciw zarzutowi czynienia ostrej krytyki. Bronił wtedy tylko mierzenia ręcznego, nie uznając wielkiej wartości mierzenia instrumentalnego w praktyce. Inaczej ma się rzecz w klinice. Więc też cyrkiel ten jest nie tyle wyrazem potrzeby, ile wynikiem polemiki z kol. Bylickim, który oświadczył, że na tej zasadzie zbudować cyrkla nie można. Cel został osiągnięty, a wyniki okazują nadspodziewaną zgodność, jak tego dowiodły mierzenia porównawcze. Co się tyczy twierdzenia, że nie można kontrolować jednocześnie obu punktów miednicy, to sprzeciwia mu się stanowczo, gdyż często to wykonywa. Zresztą nie jest ono nieodzowne, robi się je tylko w interesie dokładności. *Zawadzki.*

VIII. Kronika zakładu medycyny sądowej Uniw. Jag. od roku 1895—1905.

Zestawił

Doc. Dr. Stefan Horoszkiewicz,
asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Powstały w ten sposób nowy zakład medycyny sądowej zajmował całe prawe skrzydło wysokiego parteru *Collegii medici* z wyjątkiem tylko części tego skrzydła, leżącej po za prosektoryum i podręczną pracownią, a zajętej przez kaplicę przedpogrzebową, sięgającą od nizkiego parteru aż po pierwsze piętro.

Wzdłuż zakładu biegnie korytarz, zamknięty drzwiami od klatki schodowej, którego część, przytykająca do prosektoryum i podręcznej pracowni, odcięta jest od reszty korytarza, a tem samem i od reszty zakładu półoszklonemi drzwiami, co zapobiega przedostawaniu się do pracowni wyziewów, połączonych z każdorazową sekcyą. Z korytarza prowadzi troje drzwi: jedne na lewo do dużego pokoju, uzyskanego z połączenia dwóch poprzednio istniejących pokojów, a stanowiących mieszkanie asystenta zakładu anatomii patologicznej. Pokój ten o czterech oknach, niemający prócz wspomnianych drzwi łączności z resztą zakładu, zamieniono na salę muzealną. Drugie drzwi z korytarza prowadzą do pracowni o jednem oknie, przeznaczonej na pracownię histologiczną, stąd zaś jednoskrzydłowe drzwi na lewo do izby o trzech oknach, przeznaczonej na pracownię dyrektora zakładu, na prawo zaś drzwi w tym celu wybite do izby o jednem oknie, mającej stanowić pracownię bakteryologiczną. W pokoju tym, stanowiącym poprzednio mieszkanie asystenta zakładu medycyny sądowej, zamurowano drzwi wchodowe od korytarza, a przez postawienie cienkiej drewnianej ścianki utworzono z odciętej w ten sposób części pokoju ciemnię fotograficzną o zaczernionych ścianach. Trzecie drzwi z korytarza prowadzą do dużej pracowni o dwu oknach, mieszczącej poprzednio bibliotekę medyków, a połączonej obecnie drzwiami z wymienioną poprzednio pracownią i resztą zakładu Pokój ten zamieniono na pracownię chemiczną, tu też pomieszczono *digestoryum*, urządzając je równocześnie wygodniej, niż dotychczas, przez przeniesienie kurków dla regulowania dopływu gazu i wody na zewnątrz.

W nowopowstałym zakładzie nie znaleziono jednak miejsca na utworzenie sali wykładowej. Z tego też powodu musiały się wykłady odbywać i nadal w sali wykładowej na pierwszem piętrze. Tego rodzaju stan rzeczy ujawnił jednak dwie ujemne strony: pierwsza polegała na znacznem utrudnieniu wykładów przez niemożność demonstrowania ich okazami muzealnymi, które, pomieszczone w słojach z płynami, należało przenosić do sali wykładowej na pierwszem piętrze, narażając je przez to na możliwość uszkodzenia. Również szkodliwem było przenoszenie przez zimną klatkę schodową przyrządów precyzyjnych, jak spektroskopów, mikroskopów. Drugą ujemną stronę stanowiło położenie sali muzealnej, której okna zwrócone były ku wschodowi i południowi, czego następstwem było podnoszenie się ciepłoty w lecie w tej sali w godzinach popołudniowych do 30° R. W tak wysokiej ciepłocie parowały płyny w słojach, mieszczących preparaty, a słoje szczelnie zamknięte rozsadzały. Należało więc koniecznie postarać się o stosowniejszą, t. j. chłodniejszą salę dla muzeum i salę wykładową.

Wyżej wspomniano, iż część tylną prawego skrzydła wysokiego parteru, leżącą poza prosektoryum i pierwotną podręczną pracownią, zajmowała kaplica przedpogrzebowa, sięgająca od nizkiego parteru po pierwsze piętro. Światła kaplicy udzielało 7 okien, leżących na wysokości okien wysokiego parteru. Gdy rozmiary kaplicy na wysokość były zbyteczne, przewietrzanie kaplicy przez otwieranie niedostępnych okien było niemożliwem, a nie było innych środków wentylacyjnych, gdy zaś nadto zakład medycyny sądowej potrzebował nieodzownie jeszcze jednej sali na pomieszczenie zbiorów, względnie na salę wykładową, przeto przedłożył Prof. Wachholz Wydziałowi lekarskiemu, a następnie Senatowi akademickiemu wniosek przepierzenia kaplicy przedpogrzebowej w poziomie wysokiego parteru i połączenia uzyskanej w ten sposób dnżej sali o 7 oknach przez wybicie drzwi w podręcznej pracowni z zakładem medycyny sądowej; równocześnie zaś przedstawił plan co do odpowiedniego przerobienia obniżonej w ten sposób kaplicy przedpogrzebowej. Wniosek ten, uzyskawszy przychylne poparcie Wydziału lekarskiego, uniwersyteckiej Komisyi budowlanej i Senatu, został zatwierdzony reskryptem Namiestnictwa z 11 lutego 1904 z poleceniem wykonania potrzebnych robót w ciągu feryi wielkanocnych t. roku, co też istotnie nastąpiło. Uzyskaną salę przez przepierzenie kaplicy przedpogrzebowej zamieniono na salę muzealną, pierwotny zaś pokój, mieszczący zbiory, na salę wykładową, zdolną pomieścić do 50 słuchaczów.

Obecnie zajmuje przeto zakład medycyny sądowej całe prawe skrzydło wysokiego parteru w *Collegium medicum* i składa się z sali wykładowej, pięciu pracowni, prosektoryum, sali muzealnej, składu zwłok, pracowni laboranta zakładu, utworzonej z pierwotnego składu zwłok, z mieszkań asystenta i służącego.

Urządzenie wewnętrzne zakładu medycyny sądowej, w szczególności meble i sprzęty, jak stoły, szafy biblioteczne, szafy na szkło, na pomieszczenie preparatów muzealnych, zakupiono z funduszów, przeznaczonych na urządzenie *Collegii medici* za łączną kwotę 2,437 kor. 65 hal. Już w ten sposób z chwilą przeniesienia zakładu medycyny sądowej do gmachu *Collegium medicum* uległ inwentarz znacznemu zwiększeniu, a wzrastał on odtąd stale dzięki uzyskanemu podwyższeniu dotacyi zwyczajnej i kilkurazowym dotacyom nadzwyczajnym. Dotacyę zwyczajną, wynoszącą w chwili objęcia kie-

rownictwa zakładu przez Doc. Dr. Wachholza 400 kor. rocznie, podniesiono rozporządzeniem c. k. Ministerstwa W. i O. z d. 26 stycznia 1897, począwszy od 1 stycznia 1898 roku do wysokości 800 koron. Temże rozporządzeniem przyznano zakładowi nadzwyczajną dotacyę 1000 koron na rok 1897 i 1898. W roku 1900 uzyskał zakład nadzwyczajną dotacyę w kwocie 600 koron, wreszcie w roku 1903 nadzwyczajną dotacyę w kwocie 1000 koron.

Wzrost inwentarza odnosił się nietylko do mebli, sprzętów i przyrządów naukowych, lecz dotyczył on także w znacznym stopniu biblioteki zakładowej, oraz naukowych zbiorów. Do powiększenia biblioteki zakładowej przyczynił się w niemałym stopniu dar rodziny ś. p. prof. Halbana, która cały księgozbiór, pozostały po zasłużonym profesorze, ofiarowała zakładowi medycyny sądowej. Księgozbiór ten, złożony z 390 dzieł w 506 tomach i poszytach, a przedstawiający łączną szacunkową wartość 693 koron 64 hal., został zainwentaryzowany w inwentarzu zakładowym, jako „księgozbiór z daru ś. p. Prof. Halbana“, jako dział I inwentarza. Względnie obfity materyał sekcyjny dozwolił również na zwiększenie liczby okazów muzealnych.

Jakiego rodzaju był wzrost inwentarza zakładowego we wszystkich jego działach w ostatnich dziesięciu latach, wykazują poszczególne liczby. I tak, podczas gdy inwentarz zakładu medycyny sądowej składał się w chwili przeniesienia go do gmachu *Colegii medici* z 614 sztuk, a to z 49 sprzętów, 66 narzędzi i przyborów sekcyjnych, 23 przyrządów naukowych, 386 dzieł, atlasów i broszur w 517 tomach i poszytach, wreszcie z 90 okazów muzealnych, mianowicie 45 okazów kości i 45 okazów, przechowanych w alkoholu, a przedstawiał wartość łączną 5320 kor. 74 hal., to z końcem roku 1904 spotykamy się w inwentarzu zakładu medycyny sądowej z następującemi liczbami:

Biblioteka zakładowa składa się z dwóch działów: dział I stanowi księgozbiór z daru ś. p. prof. Halbana, o którym już wyżej wspomniano; dział II — księgozbiór powstały z corocznych zakupów i darów dyrektora zakładu, i innych autorów. Ten dział drugi składa się z 713 dzieł w 878 tomach i poszytach, wartości 4084 koron 51 hal. Tak więc biblioteka zakładowa składa się obecnie z 1103 dzieł w 1384 tomach i poszytach i przedstawia wartość 4778 koron.

Dział III stanowią meble, sprzęty i narzędzia, obejmujące 331 liczb inwentarza; z liczb tych przypada na meble 95, na sprzęty 110, na narzędzia sekcyjne 81, wreszcie na precyzyjne przyrządy naukowe 45. Ogólna wartość działu III wynosi 14,308 koron 71 hal. (C. d. n.)

IX. Dr. Teodor Jarnatowski.

Dnia 8 marca zakończył życie w Poznaniu Teodor Jarnatowski, lekarz szerokiego wzięcia i działacz społeczny, odgrywający wybitną rolę w społeczeństwie wielkopolskiem. Urodził się w Zaniemyślu roku 1832; do szkół uczęszczał w Poznaniu; nauk lekarskich słuchał w Wrocławiu, Gryfii, Wiedniu i Berlinie; dyplom doktorski uzyskał w Berlinie r. 1856. Po odbyciu służby wojskowej osiadł 1858 r w Koźminie (pow. krotoszyński), skąd w r. 1869 przeniósł się do Poznania, gdzie dokonał żywota. W latach 1866 i 1870—1 brał udział w ówczesnych wojnach jako lekarz. Ogłosił 11 prac w czasopismach lekarskich. Cześć jego pamięci.

X. Listy otwarte.

I. Lwowskie Towarzystwo lekarskie, przyjąwszy na siebie obowiązek dostarczania sprawozdań z polskiego piśmiennictwa lekarskiego dla roczników Virchowa-Hirscha, poleciło wykonanie tego zadania osobnej Komisyi sprawozdawczej.

Jakkolwiek Komisya dołoży wszelkich starań, aby w swych sprawozdaniach objąć wszystkie polskie prace lekarskie, jednakże celem uniknięcia mimowolnych przeoczeń, czuję się w obowiązku prosić szanownych autorów o łaskawe przesyłanie odbitek swoich prac pod niżej podanym adresem.

Prof. Dr. A. Beck,
Lwów, Zakład fizyologiczny Uniw. lwow.,
ul. Piekarska, 52.

Wszystkie polskie pisma lekarskie uprasza się o powtórzenie niniejszej odezwy.

II. „Przegląd Zdrojowy“, pismo poświęcony sprawom zdrojowisk i miejsc klimatycznych krajowych, rozpoczyna z dniem 1 kwietnia b. r. czwarty rok wydawnictwa pod redakcyą Dr. Z. Pelczara z Truskawca i Dr. J. Frączkiewicza z Krakowa. Dotychczasowa praca „Przeglądu Zdrojowego“, a szczególnie zawodowe jego artykuły zeszłego roku, zjednały temu pismu tyle życzliwych i szczerych przyjaciół, że nie wątpimy, iż i w roku bieżącym pismo to dozna tego samego poparcia. *(Redakcya „Przeglądu Zdrojowego“.)*

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 16 marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Browicz mówił: O funkcyi wydzielniczej jądra komórki wątrobnej“. Po posiedzeniu odbyło się pierwsze we własnym domu męzkie zebranie koleżeńskie, którego swobodny i ożywiony przebieg dał w całej pełni odczuć i towarzyskie korzyści własnego przybytku.

* Kursa przygotowawcze do egzaminu fizykackiego w terminie majowym w Krakowie rozpoczną się w pierwszych dniach kwietnia (farmakognozya i medycyna sądowa dnia 3 kwietnia).

* Dr. Żychoń, kierownik sanatoryum „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem, donosi, że z powodu wyjazdu lekarza pomocniczego posada ta w tym zakładzie jest do obsadzenia. Zgłaszać się należy do Dr. Żychonia w Zakopanem.

* Towarzystwo higieniczne we Lwowie odbyło dnia 12 b. m. posiedzenie, na którem wybrało nowy zarząd: prezesem wybrany został prof. Szpilman; wiceprezesami: Dr. Zgórski i Dr. Mikołajski; do Wydziału weszli: Dr. Bądzyński, Dr. Zgórski, Dr. Włodzimirski i Dr. Merunowicz.

* „Radca medycyny“ czy „radca lekarski“ — taki nowy tytuł ma być nadawany lekarzom, których rząd postanowi odznaczyć.

* „Bulletin officiel“, organ urzędowy Komitetu XV międzynarodowego Kongresu lekarskiego, który ma się odbyć w Lizbonie 19—26 kwietnia 1906 r., opuścił prasę z datą 20 lutego i zawiera wiele cennych informacyi. Liczba odczytów na posiedzenia sekcyjne i posiedzenia ogólne, oraz referatów przedstawia się znakomicie. Odczytów do tej pory zgłoszono 205; referaty opracowują pierwszorzędni specyaliści. Obok spisu sekcyi i zgłoszonych odczytów, „Bulletin“ umieszcza uzupełnienia w Komitetach narodowych, przyczem wymienia reprezentantów prasy lekarskiej polskiej. W dalszym ciągu ogłasza stanowiska delegatów różnych instytucyi na Kongres i zakończa drobnemi wiadomościami kronikarskiemi.

* Prof. Czerny ofiarował 100,000 marek na założenie Instytutu w Heidelberdze dla badania raka. W Instytucie ma się mieścić 47 łóżek i obszerne pracownie. Instytut ten będzie częścią składową tamtejszej kliniki chirurgicznej.

* Na posiedzeniu austryackiej Rady państwa w dniu 8 marca posłowie Schuhmeier i tow. uczynili wniosek nagły, żeby parlament wybrał Komisyę z 36 członków, któraby zbadała stan szpitali wojskowych, w szczególności w Gracu. Komisya miałaby prawo dobrać członków zawodowych z kół lekarskich. Na temże posiedzeniu minister oświaty odpowiedział na interpelacyę posła Daszyńskiego i tow. w sprawie upośledzenia krakowskiego uniwersytetu ze strony rządu. Porównywując budżet uniwersytetów niemieckich z budżetem austrya

ckich, przyznał minister mniejsze uposażenie tych ostatnich; twierdził atoli, że wychowańcy uniwersytetów austryackich pod względem naukowym są wysoce cenieni w Niemczech. Specyalnie zaś co do uniwersytetu Jagiellońskiego, to pan minister z naciskiem zaznaczył, że dotacya czterech klinik tego uniwersytetu jest wyższą, niż dotacya analogicznych klinik w innych uniwersytetach.

* Między 12 a 25 lutego doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w Galicyi, mianowicie w powiatach: bialskim, cieszanowskim i żółkiewskim. Dur osutkowy stwierdzono w następujących powiatach: brzeżańskim (1 gm.); czortkowskim 2 gm.), dobromilskim (1 gm.), dolińiańskim (2 gm.), drohobyckim, gródeckim, husiatyńskim, jarosławskim, jaworowskim (po 1 gm.), kamioneckim (3 gm.). lwowskim (2 gm.), myślenickim (1 gm.). nadwórniańskim (2 gm.), rawskim, stanisławowskim, stryjskim, tarnopolskim (po 1 gm.), tłumackim (2 gm.), zaleszczyckim, zborowskim (po 1 gm), żółkiewskim (2 gm.). W mieście Krakowie 14 przypadków.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Sachsalber mian. profesorem nadzwyczajnym okulistyki w Gracu.

Nekrologia Zmarli: Dr. Thomson, prof. wewn medycyny — w Glasgowie.

Bibliografia

— *Medycyna* Nr. 8. Karwacki: O łatwym sposobie dokonywania badań serodyagnostycznych w praktyce codziennej. Rybicki: Przyczynek do kazuistyki drgawek porodowych z uwagami, tego przedmiotu dotyczącemi.

— *Gazeta lekarska* Nr. 8. Ołtuszewski: Obrazy patologii mowy w świetle nauki współczesnej, oraz zasady leczenia zboczeń mowy (dok.). Majewski: Badania nad zakażeniem ustroju gołębia przecinkowcem Miecznikow-Gamaleïa (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 5. Sędziak: O postępach w laryngologii i rynologii. Niedzielski: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki (c d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 10. Reinsberg: Otrucie lyzolem. Thomayer: Úvahy therapeutické (dok.). Deyl: O rakovině ústroji očního (c. d.). Ostrčil: Dva zajimavé případy ze školy prof. Rubešky.

— *La Presse médicale* Nr. 17. Bergeron: Prątek Kocha i krew chorych na gruźlicę. Sikora: Ropień ściany brzusznej w następstwie wędrowania glist. Clerc: Studyum nad patologią i etyologią ospy i krowianki (praca zbiorowa).

Nr. 18. Terrier i Desjardins: Skopolamina jako przetwór znieczulający w chirurgii. Broca: Mechanizm oderwania nasady kostnej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 10. Karewski: Wzajemna zależność między cukrzycą a zabiegami chirurgicznymi. Sadler: O wpływie wysokiej ciepłoty 55° C na aglutynacyę przy badaniach metodą Fickera i Widala. Aaser: Mikroskopowe próby aglutynacyi w gorączce durowej. Juliusberg: Leczenie chorób skórnych mrożeniem. Herzfeld: Zapalenie surowicze błon mózgowych i mózgu, pochodzące z nosa.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 10. Bartel: W sprawie utajonej gruźlicy. Wagner v. Jauregg. Psychiatryczne i neurologiczne wskazania do wczesnego przerwania ciąży. Haberda: Prawne upoważnienie do przeprowadzenia sztucznego poronienia. Gross: O ile wobec nerwicy lub psychozy wskazane jest ze stanowiska lekarskiego, a dozwolone — z prawnego sztuczne przerwanie ciąży? Ruff: W sprawie śpiączki cukrzycej po zabiegach operacyjnych.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 10. Franqué: Wskazania do cięcia kości łonowej metodą Gigli'ego. Rommel: Sprawność sutków kobiecych. Saul: Przyczynek do morfologii chorobotwórczych drobnoustrojów błonicy rzeczywistej i rzekomej. Auerbach: Zapalenie opłucnej i jego znaczenie dla rozpoznawania i leczenia schorzeń brzusznych. Huismans: Stosunek zakażenia schorzenia naczyń i gruczołów krwiotwórczych do twardziny skóry (*sclerodermia*). Ruppel: Różniczkowe rozpoznanie pląsawiczych zaburzeń umysłowych. Kindt: Przypadek rozsianej martwicy (*necrosis*) tłuszczowej po postrzałowem zranieniu trzustki. Aronheim: Przypadek udawania kurczów padaczkowych przez 13-letniego ucznia. Schäfer: Nowa lampa elektryczna do oświetlania i badania. Doerfler: Zapobieganie gorączce połogowej (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 10 Binswanger: Podstawy leczenia chorób umysłowych Barth: Nasze postępy w pojmowaniu i leczeniu ropnego dziurawiącego zapalenia otrzewnej. Dirk: O znieczuleniu skopolaminowo- morfinowem. Kaiserling: Spożytkowanie fonendoskopu do ścisłego oznaczanie granic narządów. Goldscheider: O opukiwaniu serca. Brüning: Znaczenie plam Koplika dla rozpoznania wogóle i różniczkowego rozpoznania odry.

Redakcya otrzymała. Tomaszewski: 1) Szkarlatyna (płonica). 2) Tyfus brzuszny. Skalski: 1) Ospa. 2) Błonica. 3) Świerzba. 4) O porodzie i połogu.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 10 (od dnia 5/III do 11/III) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 31, dziew. 25; nieżywo: chł. 1, dz. 1 — **Zmarło**: miejscowych: męż. 29, kob. 23; zamiejscowych: męż. 21, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 4, obcych —. 2) gruźlica: miej. 18, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 9, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. 2, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —. ob. —. 6) ospa: miej —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 2. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. 1, ob. 1. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 4, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 2. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 4. 21) nowotwory: miej. —, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem**: miejscowych 52, obcych 31.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 22 marca, o godzinie 6 po południu *(ul. Radziwiłłowska, 4)* posiedzenie nadzwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: I. kol. Teodor Cybulski: „Przyczynek do etyologii czerwonki." II. Kol. doc. Majewski: „O niektórych nowszych sposobach oznaczania refrakcyi" (z demonstracyą przyrządów).

Rok XLIV. Kraków 25 Marca 1905. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób wewnętrznych Radcy Dworu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego w Krakowie.

Chlorek barowy jako środek nasercowy.

Podał
Dr. Erwin Mięsowicz
asystent kliniki.

W połowie roku 1905 ukazała się rozprawa doświadczalno-terapeutyczna, napisana przez Dra H. Schedela z Nauheim, specyalistę chorób sercowych, poprzedzona przedmową profesora farmakologii Dra K. Koberta, pod tytułem *Beiträge zur Kenntniss der Wirkung des Chlorbaryums, besonders als Herzmittel*. Gruntowność tej obszernej pracy, przedmowa poprzedzająca rozprawę Schedela, jakoteż więcej niż pochlebna ocena działania nowego środka sercowego, stały się pobudką do wykonania i napisania niniejszej rozprawki.

Chlorek barowy *(baryum chloratum, baryta muriatica* lub *terra ponderosa salita)* odkryty został przez Scheelego w r. 1675. Czystego baru w stanie rodzimym nie spotyka się w przyrodzie; znajdujemy go tylko w połączeniach, jako siarkan barowy lub jako węglan barowy czyli witeryt. Z tych połączeń fabrycznie otrzymuje się chlorek barowy.

Chlorek barowy jest silną trucizną i to dla wszystkich gatunków zwierząt kręgowych, w szczególności zaś dla zwierząt ciepłokrwistych. Z tych znowu najbardziej czułe na jego działanie są zwierzęta mięsożerne. W doświadczeniu na zwierzętach działanie jego przypomina działanie naparstnicy [1].

Zastosowany na serce żaby w małych dawkach, wywołuje wzmożenie czynności serca, w większych ruchy robaczkowe (peristaltyczne) mięśnia sercowego, a w końcu zatrzymanie czynności jego wśród objawów tężcowego skurczu. Przeciwnie jednakowoż od działania naparstnicy, na odosobnionem sercu żaby nie można wykazać pod wpływem działania chlorku barowego, pomimo spotęgowanej czynności serca, zwiększenia się wydatności jego pracy [2]. Zastosowany w małych dawkach u zwierząt ciepłokrwistych, obniża częstość tętna, w większych — przyspiesza ją, w bardzo zaś dużych, znowu zwalnia, powodując równocześnie znaczne osłabienie akcyi serca. Działanie to na mięsień sercowy przychodzi do skutku bez współudziału układu nerwowego [3]. Pod wpływem działania chlorku barowego zwężają się naczynia krwionośne, a zwężenie to ma być następstwem bezpośredniego działania na mięśnie gładkie naczyń, bez współudziału nerwów naczyniowo-ruchowych [4]. Po małych i średnich dawkach chlorku barowego podnosi się również ciśnienie krwi w naczyniach obwodowych, co należy uważać za następstwo wzmożonej akcyi serca i zwężenia naczyń obwodowych. Z powodu tego działania baru tętno staje się często twardem, drutowatem i czyni wrażenie silnego napięcia.

Prócz tego działania na narząd krążenia, chlorek barowy wywołuje skurcz wszystkich mięśni gładkich ustroju, a przedewszystkiem mięśni przewodu pokarmowego i mięśni pęcherza. Działa także na mięśnie prążkowane, ale dopiero po zastosowaniu wielkich dawek, a to prawdopodobnie za pośrednictwem ośrodków nerwowych, przez podniecenie których wywołuje drgawkowe skurcze mięśni.

Zatrucia ludzi chlorkiem barowym znane są w piśmiennictwie. Zwyczajnie bywały one przypadkowemi. Objawy towarzyszące zatruciu [5]) wynikają z różnorodności działania tego przetworu w wielkich dawkach. W następstwie działania miejscowego występują nudności, ślinotok, wymioty, bole w okolicy żołądka. Podrażnienie splotów Auerbacha i Meissnera wywołuje skruczenie, przelewanie się w jelitach, biegunkę. Zadrażnienie ośrodków nerwowych sprowadza drgawki i porażenia. Działanie na narząd krążenia uwydatnia się bardzo znacznem zwolnieniem tętna, uczuciem bicia serca; tętno jest drutowato twarde i nie łatwo daje się ucisnąć. Ciśnienie krwi jest spotęgowane. U osób starszych powstają drobne wybroczyny lub krwotoki w najrozmaitszych narządach. Połowa przypadków zatrucia kończy się śmiercią. Badanie pośmiertne wykazuje: liczne wybroczyny w zakresie jelit; przepełnienie krwią płuc i serca; niekiedy przekrwienie opon mózgowych i mózgu.

Wydzielanie się chlorku barowego odbywa się według Schedela *(l. c.)*, Baryego [6]), Koberta *(l. c.)* drogą jelit, nerek i gruczołów ślinnych. Z tkanek ustroju, po zatruciu większemi dawkami chlorku barowego, można go wykazać w wątrobie, nerce, śledzionie, płucach, mięśniach i kościach.

Terapeutyczne zastosowanie chlorku barowego sięga jeszcze XVIII-go wieku. Crawford [7]), Armstrong [8]) poczęli go pierwsi stosować w Anglii, Hufeland w Niemczech. Polecano wówczas gorąco ten przetwór, jako lek działający swoiście w zołzach, oraz w niektórych chorobach

[1]) Offele. Bibliothek der gesammten med. Wissenschaften. Pharmakologie und Toxicologie.

[2]) Schedel: Beiträge zur Wirkung des Baryum chloratum, S. 20 Verlag v. F. Enke 1903.

[3]) Ringer und Sainsbury: Brit. med. Journal. 1883. Virchow-Hirsch XVIII Jh. 1883.

[4]) Kobert: Lehrbuch der Pharmakotherapie.

[5]) Kobert: Lehrbuch der Intoxicationen S. 242.

[6]) Bary: Beiträge zur Bariumwirkung. Inaug. Diss. 1888.

[7]) Crowford: Med. comm. Cit. podług A. Bary.

[8]) Armstrong: Duncans Med. annals. Cyt. podług Therapie Wörterb. 1840.

skórnych [9]). Wkrótce jednak zaczęły się odzywać głosy ostrzegające i wykazujące trujące jego działanie.

Campbell [10]), Orfila [11]) wykazali niezbicie, że chlorek barowy jest silna trucizną, a po badaniach J. Blakego [12]), który zwrócił uwagę na działanie chlorku barowego na układ naczyniowy, przez dłuższy czas nie zajmowano się nim zupełnie. Dopiero w r. 1883 S. Ringer i H. Sainsbury (*l. c.*) stwierdzili doświadczalnie na zwierzętach, że między działaniem chlorku barowego a działaniem naparstnicy zachodzi pewne podobieństwo. W dwa lata później Neumann [13]) wykazał obecność baru w kościach zatrutych nim królików; Kobert [13]) stwierdza działanie zwężające naczynia krwionośne, a Hare [14]) poleca stosowanie w chorobach serca i opisuje siedem przypadków chorobowych, w których stosował chlorek barowy z dobrym wynikiem. Sommer [15]) przestrzega przed używaniem chlorku barowego, wskazując na rozległe wybroczyny, powstające w następstwie zażywania tego leku.

Po kilku pracach doświadczalnych, dokonanych na zwierzętach przez różnych autorów, ukazuje się w r. 1903 praca Dra H. Schedela, o której na wstępie wspomniano. Autor badał ponownie wpływ chlorku barowego, tak na ustrój zwierzęcy, jak i na ludzki, przyczem szczególniej uwzględniał działanie jego na układ krążenia. Badania, dokonane przez niego, dały tak pomyślne wyniki, że stawia on wartość leczniczą chlorku barowego na równi z wartością naparstnicy, w niektórych zaś przypadkach ceni ją nawet wyżej.

Przegląd wszystkich leków nasercowych poucza nas, że jak dotąd, to najpewniejszym i najdzielniejszym środkiem w chorobach serca jest naparstnica i że leczenie chorób serca w okresie niewyrównania byłoby bez stosowania tego leku co najmniej bardzo trudnem do przeprowadzenia. Mimo to jednak pełnem zaufaniem obdarzać nie możemy ani tego leku, ani też jego przetworów, a to z powodu kilku jego ujemnych stron. Działanie naparstnicy jest powolnem, a skuteczność dawek nieobliczalna, albowiem tak czas, jak i miejsce zbioru i sposób przechowania tego leku w stanie surowym są czynnikami, które w wysokim stopniu wpływają na ilość skutecznych, zawartych w nim składników. Nieznoszenie przez niektórych chorych naparstnicy, nawet w jej przetworach, wyrabianych fabrycznie, jest także często przeszkodą w stosowaniu tego leku. Drugi z najbardziej używanych i cieszących się uznaniem środków sercowych, strofantus, działa wprawdzie szybko, ale nigdy tak wybitnie i trwale jak naparstnica. Często zaś działanie jego jest niepewnem, bo i strofantus nie posiada jednolitego składu co do zawartości skutkujących glikozydów. W przypadkach, gdzie naparstnica była stosowaną bez skutku, zwyczajnie i strofantus nie działa. Zupełnie niepewnie działają inne leki sercowe, jak: *adonis vernalis*, *cactus grandiflorus*, *convallaria majalis*, *coronilla scorpioides*, *nerium oleander*, *scilla maritima* i dla tego mogą być stosowane tylko jako środki pomocnicze lub też w przerwach pomiędzy okresami podawania naparstnicy. We wszystkich cięższych przypadkach zaburzeń w narządzie krążenia jesteśmy zawsze zmuszeni powracać do użycia naparstnicy. Jeżeli nadto zwrócimy uwagę na przewlekłe trwanie chorób sercowych i uciążliwość ich dla chorych, to za zupełnie usprawiedliwione należy uważać poszukiwania za nowymi lekami sercowymi. Z tego powodu praca Schedela i wyniki przezeń uzyskane bardzo mogły zachęcać do zastosowania chlorku barowego w chorobach serca na ściśle obserwowanym materyale klinicznym.

Podawałem chlorek barowy chorym klinicznym, okazującym zmiany w narządzie krążenia i to w okresie niedomogi serca znaczniejszego stopnia; nadto dwom chorym, z których jeden okazywał stale bardzo nizkie ciśnienie krwi, drugi zaś ciągłe przyśpieszenie tętna. Sam, oraz jeden z moich kolegów, zażywaliśmy również chlorek barowy pod kontrolą tętna, ciśnienia krwi i diurezy. Chorych świeżo przyjętych do kliniki ze zmianami w narządzie krążenia pozostawiałem przez kilka dni w łóżku, stosując li tylko leki obojętne, a to w tym celu, by być zupełnie pewnym, że niedomoga mięśnia sercowego, która u nich wystąpiła, nie zniknie pod wpływem korzystnych warunków zewnętrznych, leżenia w łóżku i spokojnego zachowania się. Doświadczenie bowiem, uzyskane z obserwacyi chorych, pochodzących z warstw ciężko pracujących, żyjących w bardzo złych warunkach zdrowotnych, poucza, że nader często w przypadkach niedomogi serca, przy zmianie ciężkich warunków życia na korzystniejsze niedomoga sama przez się ustępuje. Łatwoby więc można, nie przestrzegając powyższej ostrożności, policzyć ustępowanie niewyrównania na karb działania leków. Gdy po kilku dniach leżenia w łóżku stan chorego nie ulegał zmianie, rozpoczynałem podawanie chlorku barowego w dawkach po 0·03 lub 0·05 grama 2—3 razy dziennie w 2 godziny po jedzeniu. Po upływie dwóch godzin po podaniu leku sprawdzałem jego działanie liczeniem tętna oraz mierzeniem ciśnienia krwi. Mierzenia tego dokonywałem zapomocą tonometru Gärtnera, przestrzegając przy tem wszelkich ostrożności, zaleconych przez samego twórcę przyrządu, celem uniknięcia możebnych pomyłek. Mierzenia robiłem zawsze kilkakrotnie, a z dat, w ten sposób uzyskanych, obliczałem średnią, którą notowałem, jako przeciętne ciśnienie krwi. W podobny sposób postępowałem z oznaczaniem liczby tętna. Nie polegałem jednakowoż na samem oznaczaniu tętna i ciśnieniu krwi, lecz zwracałem równocześnie uwagę na dobową ilość moczu, jego ciężar gatunkowy, na wagę ciała i ogólny stan chorego, pomny pracy Hensena [16]), że należy wystrzegać się stawiania wniosków z różnic w oznaczaniu ciśnieniu krwi, wahających się między 10—20 mm. Hg., albowiem już normalnie różnice w ciśnieniu krwi dochodzą do 25 mm. Hg. na godzinę, a 40—60 na dobę.

(Dokończenie nastąpi).

[9]) Wendt: Kinderkrankheiten. Breslau 1826. Cyt. podług Therap. Wösterb. 1840.

[9]) [10]) Przytoczony podług A. Bary: Beiträge zur Baryumwirkung. Inaug. Diss. 1888.

[11]) Jahresberichte über die Fortschritte der Pharmakotherapie. Strassburg 1885. Przytoczony podług Koberta.

[12]) Ueber den Verbleib der in den thierischen Organismus eingeführten Salze. Pflügers Archiv. Bd. XXXVI.

[13]) R. Kobert: Archiv für experim. Path. und Pharm. 1887 Bd. XXII.

[14]) H. A. Hare: The us of Barium chlorid in heart disease. Cyt. podług Virchow-Hirsch. Bd. XXIV.

[15]) Sommer F.: Beiträge zur Kenntniss der Baryumwirkung. Diss. Würzburg 1890.

[16]) Hensen: Beiträge zur Pathologie u. Physiologie des Blutdruckes. Deutsches Archiv für klin. Medizin. Bd. 67.

II. Z zakładu ortopedycznego Doc. Dr. W. Chlumskyego w Krakowie.

Przyczynek do ortopedycznego leczenia kolana koślawego *(Genu valgum)*.

Podał
Dr. Cezar Komorowski,
asystent zakładu.

Dobre wyniki, jakie dotychczas otrzymujemy przy stosowaniu ortopedycznej metody leczenia zniekształtnienia, znanego pod nazwą kolana koślawego (*genu valgum*), skłoniły mnie do ogłoszenia niniejszego artykułu. Pragnąłbym tym sposobem przyczynić się do ustalenia wskazań leczniczych tego cierpienia i zwrócić uwagę na pewną najbardziej dla danego przypadku odpowiednią metodę, sądząc, że ten racyonalny, a stosunkowo bardzo prosty sposób zyska sobie zwolenników.

Kolano koślawe stanowi wedle naszej statystyki 4%, wedle niektórych większych statystyk europejskich nawet 8% wszystkich chorób, wchodzących w zakres ortopedyi. Kolano koślawe znane już było w starożytności i, jako upośledzenie i jako kalectwo, było przedmiotem zabiegów leczniczych z jednej, a ścisłych studyów teoretycznych z drugiej strony. Na podstawie tych mozolnych badań i nadzwyczaj ścisłych pomiarów, wykonanych przez pierwszorzędnych chirurgów, głównie przez Mikulicza i Macewena, poznaliśmy, że zmiany anatomiczne i czynnościowe tego cierpienia są wypływem nieprawidłowego i nierównomiernego wzrostu kości, tworzących staw, a leżą raczej na zewnątrz stawu, niż w stawie samym tak, że fałszywy termin techniczny, służący do oznaczenia tego zboczenia, utrzymuje się tylko prawem swej historycznej powagi.

Co się tyczy etyologii, to kwestya ta nie jest jeszcze zupełnie wyjaśnioną. Musimy przyjąć rozmaite czynniki etyologiczne, które powodują pośrednio lub bezpośrednio tworzenie się kolana koślawego, a nie posiadamy dotychczas jakiejś jednolitej teoryi, któraby każdy przypadek powstania tej choroby zdołała nam objaśnić. Wiemy, że zboczenie to może powstać na tle krzywiczem, po urazach, po sprawach zapalnych stawu kolanowego; znamy t. zw. kolano koślawe zawodowe u kelnerów, piekarzy, w ogóle u osób, zmuszonych ustawicznie być na nogach. W przeważnej liczbie przypadków tłómaczymy sobie powstanie tego zniekształtnienia najracyonalniejszą, ale i najogólniejszą teoryą mechanicznego zwichnięcia równowagi dwóch sił, stale w jednym kierunku w ustroju na siebie działających, t. j. niestosunkiem wytrzymałości budowy kośćca, a siły ciężkości tułowia. Wskutek tego powstają nieprawidłowe warunki wzrostu kości, tworzących staw, które rosną najszybciej w tę stronę, gdzie napotykają na najmniejszy opór. Teorya Mikulicza dopatruje przyczyny nieprawidłowego wzrostu w zboczeniach inerwacyi nerwów odżywczych, powstających pod wpływem owych zmian mechanicznych.

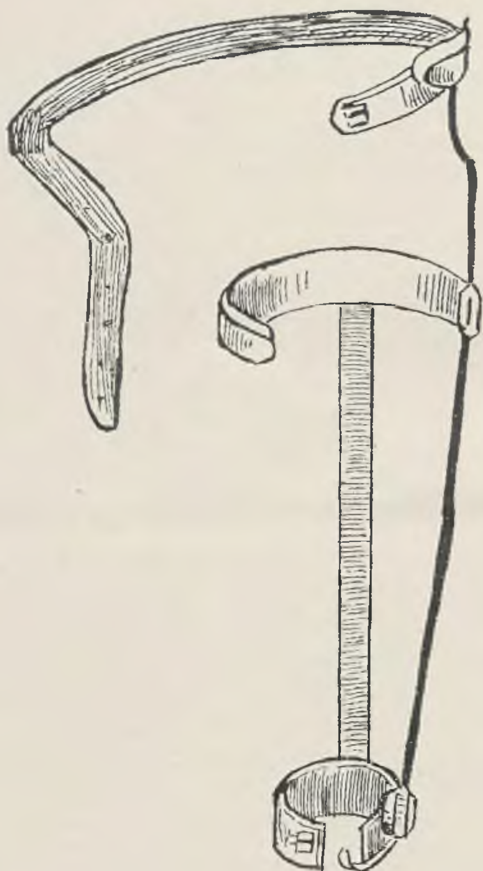
Z ram tych teoryi wysuwają się i pozostają dla nas zagadką nierzadkie przypadki wrodzonych krzywych kolan, które rozwijają się już w łonie matki, gdzie o istnieniu warunków działania na nie jakichś sił, dla braku stałego punktu oparcia i mowy być nie może. Ale ta różnorodność etyologii ma dla terapii niewielkie znaczenie; służy nam na razie chyba tylko w celu ustalenia rokowania; we wszystkich bowiem przypadkach zmiany anatomiczne i czynnościowe są prawie identyczne. Choroba, raz rozpoczęta, postępuje z niepowstrzymaną konsekwencyą, wytwarzając w miarę powiększającego się zniekształtnienia szkieletu stopniową zmianę warunków statycznych dla mechanizmu chodzenia. Utrudnienie w staniu, chodzeniu przechodzi w końcu w niemożność używania kończyn, gdy do zmian kostnych dołączą się stałe zmiany w stawach, znane pod nazwą zniekształtniającego zapalenia stawów. Wprawdzie znane są w piśmiennictwie rzadkie przypadki samowyleczenia tej choroby, a Dr. Veit (*Archiv für klin. Chir.*) dochodzi na podstawie statystyki berlińskiej polikliniki do wniosku, że zwłaszcza w przypadkach, zw. *Genu valgum simplex*, u tych dzieci, które okazują skłonność do prawidłowego wzrostu i równomiernego rozwoju całego kośćca, takie samoistne wyzdrowienie następuje najpóźniej w 6-tym roku życia i jest prawie regułą; lecz w zwykłych warunkach trudno się kierować tą zasadą, bo owa skłonność do prawidłowego wzrostu nie da się ani stwierdzić, ani przewidzieć, a zawsze pozostaje wielkością nieznaną. Jeżeli zaś w tych przypadkach istnieje dążność ustroju do samowyleczenia, to racyonalniej postąpimy, gdy zamiast zajmować stanowisko wyczekujące, przyjdziemy jak najwcześniej ustrojowi w pomoc i będziemy się starać wspierać tę jego naturalną dążność. Wtedy zyskamy jeszcze jedno: opanujemy chorobę w samych jej początkach i możemy się spodziewać na pewne doskonałych wyników leczniczych.

Sposobów leczenia kolana koślawego jest wielka liczba; w ogólności podzielić je można na dwie grupy. Do I grupy należą sposoby leczenia krwawego, do II metody ortopedyczne. Pośrednie miejsce zajmowałoby t. zw. łamanie umyślne (*brisement forcé*).

O ile zakres wskazań leczenia sposobem krwawym coraz bardziej się ścieśnia i dziś ogranicza się do przypadków wyjątkowo uporczywych, gdy zniekształtnienie przybiera wprost potworne rozmiary, a dotyczy osobników dojrzałych, po ukończonym procesie kostnienia, o tyle ortopedyczna metoda dziś już kusi się o wyleczenie przypadków bardzo ciężkich i to nie bez powodzenia. I nic dziwnego, że odnosi zwycięstwo nad metodą chirurgiczną, bo dając równie dobre, a często i lepsze wyniki, nie naraża pacyenta na niebezpieczeństwa, a przynajmniej przykre powikłania, jakie mu bądź co bądź przy operacyjnem leczeniu grożą i często niweczą dobre wyniki zabiegu. Do takich powikłań należą: częste stosunkowo porażenia nerwu strzałkowego, stężenie (*ankylosis*) stawu kolanowego, nieprawidłowy zrost kości, skaleczenie naczyń szczególnie tętnicy podkolanowej, a nawet stworzenie pewnego, dziś już kazuistycznie stwierdzonego usposobienia do nowotworów kośćca, oddziaływującego na uraz; pomijam już niebezpieczeństwo znieczulania narkotycznego i możliwość zakażenia rany i t. p. Mniej więcej te same czynniki wchodzą w grę przy stosowaniu łamania umyślnego (*brisement forcé*). Obie zaś te metody, mając tyle stron ujemnych, których nie posiada metoda ortopedyczna, — mają nad nią przewagę odnośnie do czasu trwania leczenia, lecz tylko pozorną; leczenie bowiem któregokolwiek powikłania, n. p. zrośnięcia stawu, trwa nieraz dłużej, niż prawidłowe leczenie ortopedyczne właściwej choroby. To ostatnie ma jeszcze tę dobrą stronę, że powolny i racyonalny system stwarzania prawidłowych warunków

rozwoju wzmacnia i daje siłę odporności całemu narządowi ruchowemu tak, że prawdopodobieństwo nawrotu staje się minimalnem, gdy przeciwnie metody operacyjne, usuwając nagle zboczenie, nie dają ustrojowi należytego czasu do przeprowadzenia tych najważniejszych w samej drobinowej budowie tkanin tkwiących przeobrażeń, jako podstawy trwałego wyleczenia; dlatego nawroty po operacyi kolana koślawego nie są tak rzadkie.

Leczenie ortopedyczne polega na działaniu mięsienia w celu wzmocnienia osłabionych tkanek i na prostowaniu (*redressement*) początkowo ręcznem, a następnie za pośrednictwem odpowiednio zrobionych przyrządów. Mięsienie odbywa się, jak zwykle, w kierunku dośrodkowym, ugniatając (*petrissage*) i klepiąc (*tapottement*) poszczególne grupy mięśni, a więc mięśnie łydki, potem m. uda, a wreszcie m.



talerza biodrowego. Prostowanie ręczne uskutecznia się w ten sposób, że jedną rękę kładziemy na stronę wewnętrzną kończyny tuż powyżej kolana, rękę drugą na stronę zewnętrzną, mniej więcej w połowie łydki i wywieramy nią kilkakrotnie krótki elastyczny nacisk w kierunku wewnątrz; kończynę prostujemy w ten sam sposób, jak krzywy metalowy drążek. W cięższych przypadkach uzupełniamy siłę rąk działaniem przyrządów. Z modeli, służących ku temu celowi, wspomnieć należy tylko o dwóch, najczęściej używanych: jeden z nich pomysłu Beeylego okazuje się w praktyce nieodpowiednim, gdyż przy każdem żywszem poruszeniu pacyenta zesuwa się z nadanego mu położenia, a próby stosowania go przez całą noc potwierdzają jedynie wątpliwą skuteczność jego działania. Racyonalniej obmyślony model H. O. Thomasa ogranicza się do użytku w dzień z powodu stałego połączenia z bucikiem, co tylko utrudnia zakładanie tego przyrządu.

Doc. Chlumský sprowadził konstrukcyę tych dwóch przyrządów do jednego wspólnego typu, odpowiadającego pod każdym względem celowi i dającego się zakładać o każdej porze. Zmodyfikowany przez niego przyrząd do ortopedycznego leczenia kolana koślawego składa się (patrz rysunek) z podłużnej stalowej cienkiej sztabki, kończącej się w górze wyścieloną pelotą, wspierającą się na talerzu biodrowym; jej dolny koniec, ujęty w obręcz, obejmuje nogę w okolicy kostek. Druga większa obręcz z podatnego nieco metalu, obszyta irchą, przytwierdzona jest do wspomnianej głównej sztabki w okolicy, odpowiadającej fałdowi siedzeniowemu. Obie zaś obręcze łączy dodatkowo poprzeczna listwa stalowa. Przy zakładaniu przyrządu trzeba zwrócić główną uwagę na to, aby podłużna sztabka przypadła naprzeciw największej wklęsłości skrzywienia kolana. Samo przez się rozumie się, że kolano musi być przytem w zupełnem wyprostowaniu (*extensio*). Następnie przyciągamy zapomocą opaski kolano do owej sztabki, z początku z lekka tylko i na krótki przeciąg czasu. W miarę jak tkanki przez mięsienie się wzmacniają, zwiększamy stopniowo nacisk opaską aż do zupełnego wyrównania skrzywienia. Równocześnie przedłużamy stopniowo i czas działania przyrządu na kończynę; rozpoczynamy bowiem od pół godziny, przechodzimy do 2—4 godzin, wreszcie pozostawiamy w nim kończynę przez całą noc, uwzględniając stan tkanek i wytrzymałość pacyentów.

Na 16 dotychczas leczonych przypadków otrzymaliśmy zapomocą tej metody zupełne wyleczenie 6 razy w ciągu 2—6 miesięcy; druga połowa jest jeszcze w leczeniu. Wedle przyjętego zwyczaju wszyscy tacy chorzy uczęszczają codziennie do zakładu tylko przez trzy pierwsze tygodnie. Czas ten okazał się wystarczającym, by kogokolwiek z najbliższego otoczenia pacyenta wyćwiczyć w mięsieniu i zapoznać go ze sposobami obchodzenia się z przyrządem, który bywa wykonywany podług miary w warsztatach zakładowych i przymierzany w obecności owej osoby z otoczenia domowego, poczem poleca się wykonywać dalsze leczenie w domu i tylko co pewien czas zgłasza się pacyent do zakładu dla kontroli. Postępowanie takie okazało się praktycznem, a dla stron bardzo wygodnem.

III. Z Zakładu wyrobu surowic leczniczych prof. Bujwida w Krakowie.

O jadzie błoniczym, służącym do oznaczania wartości leczniczej surowic przeciwbłoniczych.

Według teoryi Ehrlicha

podała

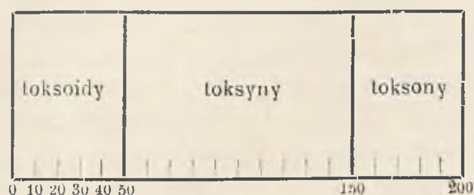
Janina Gastmanowa,
Mag. Farm.

(Dokończenie.)

Daty te posłużą nam do złożenia składu jadu błoniczego, czem zajmiemy się poniżej, a tymczasem, aby wytłómaczyć sobie niezrozumiałe napozór zjawiska (dla czego do L_0 należy dodać aż 34(T), by wywołać śmierć świnki?) rozpatrzymy skład jadu.

Jad nasz zawiera w sobie 3 składniki: 25% toksoidów, 50% toksyn i 25% toksonów. Widmo ilości L^0 jadu tego przedstawia się tak:

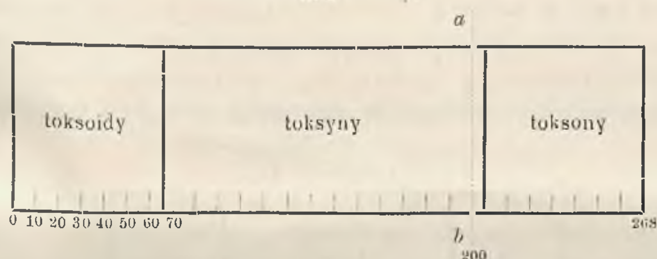
Widmo I L_0[1]).



Jednostka antytoksyny (J) zawiera w sobie 200 równych cząsteczek, które się wiążą z 200 równoważnikami ilości L_0 jadu, tworząc 200 cząsteczek nowego połączenia chemicznego jadu antytoksyny. Najsilniejsze powinowactwo do antytoksyny przedstawiają toksoidy, mniejsze nieco toksyny, a najmniejsze toksony. Z 3-ch powyższych składników jadu toksyny mają własności zabójcze, trujące dla zwierząt; toksoidy i toksony są odmianami atoksycznemi; atoksyczność tokson jest zresztą rzeczą względną; właściwie obok toksyn jestto drugi jad, wydzielany przez prątek błoniczy, wywołujący wiotkie obrzęki i późne porażenia, w wyższych dawkach śmierć po 2—3 tygodniach.

A teraz rozpatrzymy, jak przedstawiać się będzie widmo ilości L_+ jadu. Przedewszystkiem będzie dłuższe, będzie w niem nie 200 cząsteczek, lecz 268 $\left(\frac{1{\cdot}07}{0{\cdot}80} = \frac{X}{200}; X=268\right)$

Widmo I L_+.



Odsetkowy udział poszczególnych składników pozostaje naturalnie ten sam. Dodajemy do poprzednich 200 cząsteczek jeszcze:

17 cząsteczek toksoidów
34 „ toksyn
17 „ toksonów.

Czyli będziemy w nowem widmie mieć:

50+17 cz. toksoidów
100+34 cz. toksyn
50+17 cz. toksonów, razem 268 cząsteczek.

Jeżeli teraz tę ilość L_+ jadu zmieszamy z (J) antytoksyny, to (J) antytoksyny zwiąże 200 pierwszych cząst. w widmie (do przecięcia a—b), t. j. wszystkie toksoidy i 133 cz. toksyn; pozostaną niezwiązane wolne: 1 cz. toksyn i 67 cz. toksonów. Jeżeli teraz mieszaninę L_++(J) zastrzykniemy podskórnie śwince morskiej, to wolna, niezwiązana jedna cząsteczka toksyn (równa jednej najmniejszej śmiertelnej dawce toksyn — (T), wywoła śmierć morskiej świnki po 4—5 dniach.

Analizując jad błoniczy, otrzymaliśmy 3 dane (L_+, L_0, (T).), z których wyliczyć możemy, ile w jadzie błoniczym mamy toksonów, a ile toksyn i toksoidów.

[1]) Wyrazu tego nie należy brać w znaczeniu widma optycznego. Jest on użyty przez Ehrlicha tylko przez analogię do widma optycznego.

Ilość toksyn, zawartych w L_0 jadu, określamy z łatwością, dzieląc L_0 przez (T)

$$\alpha = \frac{L_0}{(T)} \text{ czyli } \frac{0{\cdot}8}{0{\cdot}008} = 100.$$

Przez D oznaczyliśmy różnicę L_+—L_0, wyrażoną w dawkach śmiertelnych jadu. Oznaczmy znakiem β ilość D—1.

A teraz wyobraźmy sobie widmo jadu dla ilości L_+—(T). W widmie tem toksoidy i toksyny zajmą 200 pierwszych podziałek; poza podziałką 200 znajdą się tylko toksony. (Tutaj przypominamy, że w widmie ilości L_+ toksoidy i toksyny zajmowały 201 podziałek).

Aby otrzymać z widma L_0 nowe widmo L_+—(T) między innemi do pierwotnej ilości α toksyn dodać musimy β czyli $\frac{\beta}{\alpha} . \alpha$.

W takim samym stosunku przybywa i innych składników. Jeżeli przez z oznaczymy pierwotną ilość toksonów w widmie L_0, to w widmie L_+—(T) tych toksonów mieć będziemy $z + \frac{\beta}{\alpha} z$; a ponieważ toksony w tem widmie wszystkie znajdują się poza podziałką 200, ilość cząsteczek, którą one reprezentują, stanowi cały przyrost cząsteczek do 200 cz. widma L_0. A zatem możemy napisać równanie:

$$z + \frac{\beta}{\alpha} . z = \frac{\beta}{\alpha} . 200,$$

z którego łatwo oznaczamy ilość toksonów w widmie L_0

$$z = \frac{200\beta}{\alpha+\beta} \text{ czyli } \frac{200 . 33}{100+33} = 50 \text{ (prawie).}$$

Toksoidy stanowić będą resztę 200—α—z czyli 200—100—50=50.

W częściowem nasycaniu jadu antytoksyną mamy doskonały środek sprawdzenia, czy skonstruowane widmo jadu na podstawie doświadczeń i obliczeń jest prawdziwe.

Dodając (J) do ilości L_0 jadu, otrzymamy mieszaninę, w której wszystkie 200 cz. jadu mamy dokładnie przez antytoksynę związane; mieszanina ta L_0+(J) jest zupełnie obojętna.

$L_0 + \frac{200}{200}$ (J) nie może ani zabić, ani wywołać żadnego objawu chorobowego u świnki morskiej.

Gdy jednak weźmiemy $L_0 + \frac{199}{200}$ (J), otrzymamy 1 cz. jadu niezwiązaną, będzie to wolna cz. składnika o najmniejszem powinowactwie do antytoksyny, a zatem 1 cz. wolnego toksonu. Wolne toksony wywołać mogą tylko obrzęk u świnki, nie są w stanie jej jednak zabić. Dodając do L_0 coraz mniejsze ilości antytoksyny, otrzymamy:

$L_0 + \frac{198}{200}$ (J) śmierć 0 świnek

$L_0 + \frac{197}{200}$ (J) śmierć 0 świnek

i gdy wszystkie cz. toksonów będą wolne, otrzymamy mieszaninę (nie zawierającą jednak 1 dawki śmiertelnej):

$L_0 + \frac{150}{200}$ (J) śmierć 0 świnek

Dopiero $L_0 + \frac{149}{200}$ (J) śmierć 1 świnki, ponieważ zawiera w sobie 1 dawkę śmiertelną wolnych, niezwiązanych toksyn (oprócz tego 50 cz. toksonów wolnych).

$L_0 + \frac{148}{200}$ (J) zabija 2 świnki

$L_0 + \frac{147}{200}$ (J) „ 3 „

. . . .

$L_0 + \frac{100}{200}$ (J) „ 50 świnek

$L_0 + \frac{70}{200}$ (J) „ 80 „

$L_0 + \frac{50}{200}$ (J) „ 100 „

Wszystkie mniejsze ilości antytoksyny w związku z L_0 przedstawiają mieszaniny, zawierające stale po 100 śmiertelnych dawek:

$L_0 + \frac{50}{200}$ (J) zabija 100 świnek

$L_0 + \frac{49}{200}$ (J) „ 100 „

$L_0 + \frac{1}{200}$ (J) „ 100 „

We wrześniu wznowiono próby z jadem błoniczym. Jak widać z załączonej tabl. III najmniejsza dawka śmiertelna jadu zwiększyła się wdwójnasób. Z 0·008 ctm.³ podniosła się na 0·016 ctm.³ Ilość toksyn właściwych dwa razy zmalała $\alpha = \frac{L_0}{(T)} = \frac{0{\cdot}8}{0{\cdot}016} = 50.$

Tablica III.

	Nr.	Ilość jadu zastrzyknięta śwince mor.	Wynik
we wrześniu 1904	151	0·008 ctm.³	Obrzęk. — Żyje.
	152	0·009 „	„ „
	153	0·010 „	„ „
	166	0·011 „	„ „
	167	0·012 „	„ „
	182	0·014 „	„ „
	(T)183	0·016 „	† po 5½ dniach.
w grudniu	272	0·014 ctm.³	Obrzęk. — Żyje.
	(T)273	0·016 „	† po 5 dniach.
	274	0·018 „	† następnego dnia.

Badania jadu, podjęte we wrześniu, nie mogły być w tym czasie ukończone. W grudniu okazało się, że (T) dawka śmiertelna utrzymuje się na tej samej wysokości, czyli przez ostatnie 4 miesiące 1904 roku jad badany nie zmienił się wcale.

Tablica IV.

Nr.	Ilość jadu + antytoksyny zastrzykn. śwince morskiej.	Wynik
155	1·20 ctm.³ + (J)	† po 2 dniach.
269	1·15 „ + (J)	† po 2 dniach.
278	1·15 „ + (J)	† następnego dnia.
299	1·15 „ + (J)	† po 2 dniach.
279	1·14 „ + (J)	† następnego dnia.
300	1·14 „ + (J)	† po 2 dniach.
301	1·135 „ + (J)	† po 2 dniach
302	1·13 „ + (J)	† po 2 dniach.
303	1·12 „ + (J)	† po 2 dniach.
2	1·11 „ + (J)	† po 2 dniach.
304	1·10 „ + (J)	† po 2 dniach.
3	1·10 „ + (J)	† po 2 dniach.
4	1·09 „ + (J)	Obrzęk; † po 4 dniach.
L+ 5	1·08 „ + (J)	Obrzęk; † po 5 dniach.
1	0·85 „ + (J)	Nic.
275	0·85 „ + (J)	Nic (bolesność w miejscu szcz.).
L_0 154	0·8 „ + (J)	Nic.

Tablica IV wykazuje, że $L_+ = 1{\cdot}08$. L_0 — jak wiadomo z tabl. II w styczniu 1904 r. równało się 0·8 jadu. Wszystkie wyższe dawki (n. p. 0·85) z (J) — wywoływały obrzęk u świnek; tymczasem we wrześniu i grudniu 1904 dawki 0·85 jadu +(J) nie dawały obrzęku. Sądząc jednak, że bądź co bądź dawka L_0 pozostaje ta sama, t. j. 0·8 ctm.³, przypuścić musimy, że od września zaszła jakaś zmiana w toksonach; prawdopodobnie toksony zamienić się musiały na odmianę zupełnie niejadowitą, niezdolną wywołać nawet obrzęku u świnki morskiej (toksonoidy). Przypadek ten dowodziłby, że w pewnych razach niemożliwą jest rzeczą zbadanie składu jadu błoniczego, szczególnie gdy to badanie uskuteczniamy nad jadem nieświeżym, ponieważ nie możemy określić L_0. Gdybyśmy ilości L_0 nie określili w świeżym jadzie w styczniu 1904 r., to we wrześniu tegoż roku ilości tej określić nie bylibyśmy w stanie.

$$(T) = 0{\cdot}016 \text{ ctm.}^3$$

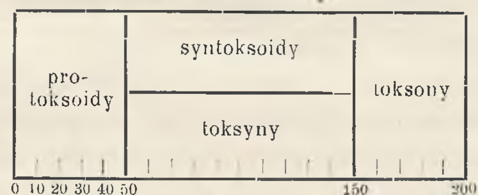
$$\begin{aligned} L_+ \; 1{\cdot}08 \text{ ctm.}^3 &= 67{\cdot}5 \text{ (T)} \\ L_0 \; 0{\cdot}80 \text{ ctm.}^3 &= 50{\cdot}0 \text{ (T)} \\ \hline D \quad &= 17{\cdot}5 \text{ (T)} \end{aligned}$$

$$\beta = 16{\cdot}5.$$

$$z = \frac{200\beta}{\alpha + \beta} = \frac{200.16.5}{50 + 16{,}5} = 50 \text{ (prawie).}$$

Skład więc jadu przedstawia się jak następuje: 50% toksoidów, 25% toksyn i 25% toksonów. Porównywując skład jadu w końcu r. 1904 ze składem jego na początku roku, widzimy, że ubyła połowa toksyn, natomiast ilość toksoidów zwiększyła się dwa razy. Najprawdopodobniej widmo przeobrażonego jadu przedstawiać się będzie tak:

Widmo II L_0.



Wszystko pozostało tak, jak w widmie I, tylko ½ toksyn zamieniło się na syntoksoidy. Syntoksoidy, również jak i protoksoidy, są pozbawione jadowitości, a różnią się wzajemnie tem, że protoksoidy posiadają silniejsze powinowactwo do antytoksyny, niż syntoksoidy; powinowactwo tych ostatnich jest takie, jak powinowactwo toksyn do antytoksyn.

Na zakończenie badania należało jeszcze sprawdzić powyższe przypuszczalne widmo zapomocą częściowego nasycania jadu. W tym kierunku dokonano kilka doświadczeń:

$L_0 + \frac{148}{200}$ (J) zabiło świnkę po 4 dniach

$L_0 + \frac{146}{200}$ (J) zabiło świnkę po 2 dniach

$\frac{1}{50}\left[L_0 + \frac{50}{200}\text{ (J)}\right]$ zabiło świnkę po 5 dniach.

Doświadczenia te jednak nie są dostateczne, a dalsze próby musiały być przerwane z powodu nowego osłabienia jadu błoniczego (w połowie stycznia 1905 r.).

Powracając do kwestyi oznaczania wartości leczniczej surowic przeciwbłoniczych, wyłożymy sposób, jakiego się obecnie trzymamy przy ocenie surowic w Zakładzie prof.

Bujwida. Jestto ulepszony sposób Ehrlicha, — dziś powszechnie niemal uznany i przyjęty.

Przechowujemy stale do oznaczeń jad błoniczy o znanym składzie. W każdym czasie musi być znana przynajmniej wysokość dawki L_+ jadu. Wysokość tej dawki co 2 miesiące sprawdzamy zapomocą surowicy kontrolnej Ehrlicha. Gdy chcemy określić wartość surowicy, różne dawki tej surowicy mieszamy z L_+ jadu i mieszaniny te zastrzykujemy podskórnie morskim świnkom wagi 250 grm.; następnie obserwujemy, przy jakiej dawce surowicy świnka pada po 4—5 dniach. Dawka ta równa sie jednostce antytoksycznej (J). Jeżeli L_+ jadu zmieszana z $^1/_{200}$ ctm.³ surowicy zabija świnkę po 4—5 dniach, to znaczy, że surowica w ilości $^1/_{200}$ ctm.³ zawiera (J); a zatem w 1 ctm.³ surowicy mieć będziemy 200 jednostek uodparniających. Surowicę taką należy rozlewać we flaszeczki po 5 ctm.³, aby otrzymać porcye zawierające 1000 jednostek; jeżeli zaś L_+ jadu zabija świnkę nie z $^1/_{20}$ ctm.³ surowicy, ale n. p. z $^1/_{500}$ ctm.³ naówczas surowica przedstawia wartość 500 jednostek w 1 ctm.³ i rozlewać należy po 2 ctm.³, ażeby uzyskać zwykłą dawkę 1000 jednostek.

Piśmiennictwo. 1. Ehrlich: Die Werthbemessung d. Diphtherieheilserums. „Klin. Jahrb.“ 1897. — 2. Ehrlich: Ueber die Constitution des Diphteriegiftes. „Deutsche med. Wochenschr.“ 1898. — 3. Madsen: La constitution du poison diphtérique. „Ann. de l' Inst. Past.“ 1899. — 4. Spronck: Préparation de la toxine diphtérique. „Ann. de l' Inst. Past.“ 1898. — 5 F. Eisenberg: O nowszych teoryach odporności. „Przegląd lekarski“ 1902.

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawa leczenia białaczki promieniami Roentgena.

(Sprawozdanie zbiorowe.)

Sprawą obecnie żywo roztrząsaną, szczególnie zagranicą, w zakresie roentgenoterapii jest kwestya działania *X*-promieni na białaczkę i pokrewne białaczce postacie chorobowe. Pierwsze spostrzeżenia ogłosili autorowie angielscy, a za nimi poszli głównie Niemcy. Bodźcem dla autorów niemieckich zdają się być prace H. Heinekego, który się zajmował działaniem *X* promieni i promieni radu na tkanki zwierzęce. W Nr. 18 „Münch. med. Woch.“ podał Heinecke, że promienie Roentgena, działając na szpik kostny, gruczoły, grudki chłonne i grasicę, niszczą tkankę limfatyczną wogóle, w szczególności zaś komórki miąższu śledzionowego i szpiku kostnego. Tkanka limfatyczna oddziaływa zupełnym rozpadem już na jedno naświetlenie, który się rozpoczyna w kilka godzin po wystawieniu, a dosięga końca po upływie około 24 godzin. Podobnie działają promienie radu (Heineke: *Zur Kenntnis der Wirkung der Radiumstrahlen auf thierische Gewebe*. „Münch. med Wochenschr.“ Nr. 31, 1904, p. 1382). Zwierzęta, zabite promieniami radu, okazują śledzionę pomniejszoną (potwierdza to także London: w „Berl. klin. Wochenschr.“ Nr. 23, 1903 i w „Arch. d'éléctricité méd.“ 25. V. 1904 i Boden: „Münch. medic. Woch.“ 1904). Pod drobnowidem można się przekonać, że śledziony te są jakby wypłókane z komórek, widać tylko wyraźne beleczki tkanki łącznej, ciałka Malpigiusza, przeważnie pozbawione limfocytów. Autor zatem udowodnił, że *X* promienie działają na narządy wewnętrzne, narządy krwiotwórcze i to nawet przez powłoki.

W ślad za temi doświadczeniami na zwierzętach poszły próby lekarzy, stosujące *X* promienie jako środek leczniczy dla spraw chorobowych narządów krwiotwórczych, wśród których okazują zmiany patologiczne lub rosną do nieposlednich nieraz rozmiarów właśnie owe tkanki i narządy, a więc szpik, śledziona i gruczoły chłonne. Należy tu przedewszystkiem białaczka.

Z dostępnego mi piśmiennictwa zebrałem dotychczas prace w tym zakresie, tyczące się 30 przypadków białaczki, leczonych w powyższy sposób.

1. Nicolas Senn: *Case of splenomedullary Leukaemia successfully treated by the use of the Röntgen ray.* „Medical Record“, 22. Aug. 1603. Wedle referatu w „Folia haematolog.“ Nr. 3. 1904. Str. 202.

2. Bryand and Crane-Bangor: *Two cases of Splenomedullary Leukaemia, treatment and recovery.* „Med. Record“. 9. April 1904. (Jeden tylko z tych dwóch przypadków był leczony *X* promieniami).

3. Krone: *Über die Einwirkung der Roentgenstrahlen auf innere Orygne.* „Münch. med. Wochschr.“ Nr. 21. 1904.

4. Ahrens: *Über einen Fall von Heilung einer schweren lienalen Leukaemie mit grossen Milztumor durch Roentgenstrahlen.* „Münch. med. Wochschr.“ Nr. 24. 1904.

5. Fried: *Vorläufiges Ergebniss der Roentgenbehandlung zweier Leukaemiker.* „Münch. med. Woch.“ Nr. 40. 1904.

6. Rhode: *Ein Fall von Leukaemie, erfolgreich behandelt mit Roentgenstrahlen.* (V Nord. Kongr. f innere Med. 1904). Referat w „Deut. med Woch.“ Nr 40. 1904.

7. Schweinburg: *Roentgenbehandlung der Leukaemie.* (76 Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte, Breslau 1904). Referat w „Münch. med. Woch.“ Nr. 42. 1904. p. 1895.

8. Krause: *Über therapeutische Versuche bei Kranken mit Leukaemie und Pseudoleukaemie durch Bestrahlung mit Roentgenstrahlen.* Ibidem.

9. Schenck: *Über Behandlung der Leukaemie durch Roentgenstrahlen.* „Münch. med. Woch.“ Nr. 48. 1904. p. 2133.

10. Stone: *Roentgenbehandlung der Leukaemie.* London of. Amer. Assoc. Nr. 1 — wedle referatu w „Deut. med Woch.“ Nr. 31. 1904. p. 1147.

11. Cahen: *Ein Fall von Leukaemie mit Roentgenstrahlen behandelt.* „Münch. med. Woch.“ Nr. 48. 1904. p. 2138.

12. Joachim i Kurpjuweit: *Über die Behandlung der Leukaemie mit Roentgenstrahlen* „Deut. med. Woch.“ 49 1904. p. 1796.

13. Hoffmann: *Über therapeutische Beeinflussung der Leukaemie durch Roentgenstrahlen.* „Münch. med. Wochenschr.“ Nr. 50. 1904. p. 2251. (Wykład w Tow. reńsko-westfal w Duisburgu). W dyskusyi opisują swoje dwa przypadki Leick i Kleinschmidt.

14. Guerra: *Gazeta degli ospedali.* Nr. 94. 1904. Wedle referatu w „Münch. med. Wochschr.“ Nr. 50. p. 2246.

15. Meyer i Eisenreich: *Die Behandlung der Leukaemie mit Roentgenstrahlen.* „Münch. med Woch.“ Nr. 4. 1905.

16. Wendel: *Zur Roentgenbehandlung der Leukaemie.* Ibidem.

17. Schieffer: *Weitere Beiträge zur Behandlung der Leukaemie mit Roentgenstrahlen.* Ibid.

18. Selig: *Roentgenbehandlung einer Leukaemia myelolienal.* „Prag. med. Woch.“ Nr. 51. 1904.

Przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że stosunkowo niewielu autorów podaje dokładny obraz krwi, że przeważnie zadowalniają się określeniami takiemi, jak n. p. „białaczka śledzionowa“, które ani z punktu widzenia hematologicznego, ani klinicznego nie są dokładne. A szkoda, bo z wyników leczenia moglibyśmy wnioskować, jakie postacie krwinek białych więcej, a które mniej są na *X*-promienie wrażliwe, czyli jakie postacie białaczki więcej, a jakie mniej do tego rodzaju leczenia się nadają. Niektórzy autorowie podają także i takie określenie: „typowa białaczka.“

Z przytoczonych powyżej 30 przypadków nie mogą wchodzić w rachubę dwa przypadki Hoffmana (13), które dostały się w zupełnie beznadziejnym stanie do leczenia. Z pozostałych 28 zmarł chory Stona (10) po kilku dniach leczenia z powodu nagłego upadku sił. Sekcya wykazała typowy obraz białaczki; autor nie wspomina, iżby znalazł jakąś przyczynę inną zejścia, którąby mógł odnieść do naświetlania. Ponadto zmarł jeden chory Hoffmanna (13) *ex intercurrente pneumonia* i chory Schenka (9) wśród gorączki, biegunki i wymiotów.

Pozostaje przypadków 25, które przeważnie doznały znacznej poprawy. Hoffmann (13) opisuje jeden przypadek, dotyczący 43-letniego mężczyzny, u którego stwierdził białaczkę szpikową, ze stosunkiem krwinek białych do czerwonych 1 : 40, Hb 75% (Fleischl), ilością krwinek czerwonych 3,950,000. Po codziennem ćwierćgodzinnem naświetlaniu śledziony i mostka (bo tylko mostek był na opukiwanie tkliwy) przez niespełna miesiąc stan krwi tak się zmienił, że był zupełnie prawidłowy. Przypadek ten podaje autor jako wyleczony, chociaż się zastrzega, że nie wie, czy wyleczenie będzie trwałe. Podobne wyleczenia podają Bryant-Crane (2) i Ahrens (4).

Niezwykłą poprawę opisują także Meyer i Eisenreich (15) w jednym z swoich dwóch przypadków, gdzie wejrzenie mikroskopowe krwi tak się zmieniło, że niktby nietylko z obrazu krwi nie rozpoznał białaczki, ale nawet nie podejrzywał. W przypadku tym jednak, podobnie jak i w drugim, który doznał wybitnej poprawy, obraz krwi zaczął znowu z zaprzestaniem leczenia przyjmować charakter białaczkowy.

We wszystkich innych przypadkach, razem 22, uzyskali autorowie przeważnie znaczną poprawę.

Ogólnie zatem można powiedzieć, że śmierć nastąpiła w 10% przypadków, 10% przypadków wyleczyło się „tymczasowo", zaś w 80% przypadków uzyskało się znaczną poprawę.

Na czem polegała ta poprawa?

Wszyscy chorzy wracali do sił, tracili gorączkę, przybierali na wadze ciała; — w jednym z przypadków Joachima i Kurpjuweita (12) przybytek na wadze wynosił 13 kg. Dość często notowany jest powrót zdolności do pracy, we krwi przybywa hemoglobiny i krwinek czerwonych, a ilość białych opada. I tak n. p. w przypadku Cahena (11) było z początku leczenia krwinek czerwonych 3,925,000, a białych 98,560, czyli stosunek 1:40, a po 22 posiedzeniach był stosunek 1:1073 (4.625.000:4375). Zaś w jednym przypadku Joachima i Kurpjuwejta (12) stosunek białych do czerwonych z liczby 1:3,5 (2.500,000: 693.000) poprawił się na 1:540 (3.400,000 czerwon.: 6,300 biał.). Później znów opadł na 1:166. W tym samym przypadku przybyło Hb 28% (z 40% na 60% przy stosunku 1:166). Wszyscy autorowie notują dalej pomniejszenie śledziony, względnie gruczołów, nawet w tych przypadkach, gdzie krew się jakościowo nie poprawia, a nawet gdzie krew zupełnie zachowuje charakter białaczkowy (Guerra (14), Joachim i Kurpjuweit (12). W ostatnim przypadku Joachima i Kurpjuweita, mimo że krew zachowała przez cały czas leczenia charakter białaczkowy, chory przybrał na wadze 13 kg., w istocie znacznie więcej, zważywszy, że śledziona wybitnie zmalała. W przypadku Cahena (11) śledziona z początku leczenia wypełniała prawie całą jamę brzuszną, a po leczeniu tak się zmniejszyła, że jej nie można było wymacać.

Z załączonych do historyi chorób obrazów krwi, — a jest ich bardzo niewiele, — nie możemy, jak już wyżej napomknąłem, stwierdzić, które krwinki białe, ziarniste, czy też nieziarniste, jedno- czy wielojądrzaste, X promieniom ulegają. Podnieść jednak należy fakt, że w przypadkach białaczki szpikowej pod wpływem leczenia krwinek czerwonych przybywało, zaś w obu dokładnie spostrzeganych przypadkach białaczki limfatycznej: przewlekłej Joachima i Kurpjuweita (12) i ostrej Schencka (9) ilość krwinek czerwonych wciąż opadała. W przypadku Joachima z 3,200,000 na 1,600,000, przyczem % Hb spadł z 55% na 35%, a w przypadku śmiertelnym Schencka z 1,500,000 na 632,000, przyczem % Hb z 30 opadł na 10.

Nawet autorowie bardzo optymistycznie patrzący na sprawę leczenia białaczki X promieniami, a więc i tacy, którzy wyleczenie uzyskali, nie chcą rozstrzygać, czy wyleczenie będzie trwałe i uważają wyleczenie za tymczasowe. Przeważnie notują badacze, że po zaprzestaniu naświetlania sprawa się pogarsza, n. p. Meyer i Eisenreich (15), Wendel (16), a nawet Guerra (14) podaje, że widział, że liczba krwinek białych wzmaga się do ilości większej, niż przed leczeniem. Niektórzy jednak autorowie widzieli poprawę mimo zaprzestania leczenia. I tak Joachim i Kurpjuweit (12) podają, że ich przypadek przewlekłej białaczki limfatycznej opuścił klinikę ze znaczną poprawą 5/IX z następującym obrazem krwi

$$\frac{\text{Krwinek czerw. } 1,750,000}{\text{Krwinek biał. } 22.700}\ \frac{B}{Cz} = \frac{1}{78,1}$$

Wielojądrzast. neutrof	3,4%.	Jednojądrzast. białych	0,6%.
Wielkich limfocytów	1,2%.	Tucznych	0,2%.
Małych limfocytów	94,2%.	Eozynofilnych	0,4%.

Chory po 2 miesiącach, wśród których nie był leczony, wrócił; nawrotu nie było, gruczoły i śledziona pomniejszone jak były z początkiem września, krew jeszcze bardziej straciła charakter limfatyczny i przedstawiała się tak:

$$\frac{\text{Krwinek czerw. } 1,600,000}{\text{Krwinek biał. } 8.800}\ \frac{B}{Cz} = \frac{1}{182}$$

Wielojądrzast. neutrof.	20.5%.	Małych limfocyt.	45,5%.
Wielkich limfocyt.	30,5%.	Jednojądrz. wielkich	2.5%.
Eozynofilnych 1%.			

A więc ilość krwinek białych prawie prawidłowa (8,800), a nadto poprawa była o tyle, że przybyło wybitnie wielojądrzastych, z 3,4% na 20.5%, a ubyło limfocytów z 95,4% na 76%.

Tak samo Selig (18) zaznacza korzystny dalszy wpływ, mimo przerwy w naświetlaniu.

Przeważnie naświetlali autorowie okolicę śledziony, inni kości długie, inni znowu naprzemian śledzionę i kości długie.

Szczegóły, tyczące się techniki naświetlania, znaleźć można w pracy Frieda (5), Schencka (9), w dodatku do pracy Meyera i Eisenreicha (15) p. t. *Zur Technik der Behandlung der Leukaemie mit Roentgenstrahlen* von Dr. Winkler i w pracy Wendla (16).

W jaki sposób działają X promienie w białaczce? różni autorowie różnie tłómaczą. Senn tłómaczy sobie sprawę działaniem pasorzytobójczem X promieni i w tem, że X promienie mają dodatni wpływ na białaczkę, widzi dowód, że białaczka jest przyrody pasorzytniczej. Inni przypuszczają, że X promienie zabijają enzymy chemotaktyczne, krążące we krwi chorych na białaczkę, a więc, że działają na krew. Jeszcze inni wierzą w działanie X promieni nie na krew, ale na tkankę białaczkowochorą. Za tem przemawiałoby spostrzeżenie Joachima i Kurpjuweita, którzy, naświetlając tylko wątrobę w świeżym przypadku białaczki szpikowej, nawet po 2 tygodniach nie widzieli żadnej poprawy. Autorowie, upatrujący poprawę w działaniu X promieni na tkankę białaczkowo chorą, nie rozstrzygają, czy X promienie działają tylko na śledzionę, czy tylko na szpik kostny, czy na oba. Działanie na śledzionę wydaje się pewnem.

Jakkolwiek sprawa nie jest dotąd wyświetloną dostatecznie, jednakże wyniki dotychczas otrzymane są tak zachęcające, że każdy przypadek białaczki powinno się poddać leczeniu X promieniami, tembardziej, że nie mamy dotąd żadnego pewnego sposobu leczenia tego cierpienia. Mógłby ktoś zarzucić, że samoistne poprawy wydarzają się w białaczce i bez żadnych zabiegów; na to jednak można odpowiedzieć, że jeśli się wydarzają, to bez porównania rzadziej, niż wskutek naświetlania X promieniami i nigdy nie dochodzą tak wysokich stopni, jak pod promieniami Roentgena.

Leczenie X promieniami białaczki da się porównać jak słusznie zauważył Schieffer (17), ze stosowaniem naparstnicy w wadach serca, — a przecie niema lekarza, któryby sercowo choremu w odpowiedniej chwili nie podał naparstnicy dlatego, że chorego lek ten gruntownie nie wyleczy.

Pozwalam sobie w końcu zaznaczyć, że białaczka nie jest postacią chorobową, odgraniczoną ściśle w około od innych cierpień narządu krwiotwórczego, ale że czasem spotykamy się także z cierpieniami, które okazują cechy już to białaczki, już to złośliwej niedokrewności obok siebie, czyli z t. zw. „leukanemiami" (Leube) (porównaj Hans Luce: *Über Leukanaemie.* „Arch. f. kl. Med." 77, 3, 4 p. 215, 1903), dalej — że często inne cierpienia mogą przechodzić w białaczkę (porównaj S. M. Zypkin: *Ein Fall von Anaemia splenica mit Ubergang in Lymphocytenleukaemie.* „Wien. klin. Wochschr." 24 Sptbr. 1903). Z powyższych słów wynika, że nietylko sama białaczka i najbliższe białaczki postacie chorobowe, jak białaczka rzekoma, ale cały szereg różnych cierpień narządu krwiotwórczego, cierpień, dla których dotąd prawie, że nie mamy w aptece lekarstwa, powinno się zacząć leczyć promieniami Roentgena.

Dr. Stahr.

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Eichhorst. **Posocznica rtęciowa.** (*Medizinische Klinik*, Nr. 4, 1905). Przy odpowiedniem i ostrożnem stosowaniu rtęci rzadko się przydarzają nieżytowe zapalenia dziąseł, a tem mniej dzięgna. Jeżeli się już wytworzą, to stanowić mogą doskonałe wrota dla wtargnięcia do ustroju rozmaitych drobnoustrojów i być punktem wyjścia następowej posocznicoropnicy, jak tego dowodzą dwa wyjątkowe, śmiercią zakończone przypadki, opisane przez autora. Jeden z nich dotyczył młodego, 25-letniego technika, który, pracując w fabryce, miał wiele do czynienia z rtęcią. Kiedy po upływie roku pojawił się ślinotok i zmiany zapalne na dziąsłach, a w krótkim czasie później kilkakrotne dreszcze, gorączka zwalniająca, znaczny upadek sił, wreszcie bicie serca i duszność, przewieziono chorego do kliniki, gdzie umarł w przeciągu dni 8. W dniu przyjęcia stwierdzono u chorego obok innych, mniej ważnych objawów, typowe rtęcicze zapalenie jamy ust, zwłaszcza dziąseł, z bardzo silnem cuchnieniem z ust, znaczne powiększenie rozmiarów serca, skurczowy szmer nad zastawką dwudzielną, rozkurczowy szmer nad aortą, tętno 108, ciepłotę 39·3. Na podstawie całego zbioru objawów rozpoznano: *stomatis merc., endocarditis c. insuff. valv. aortic. et mitr. Septicopyaemia.* Badanie bakteryologiczne następnego dnia wykazało obecność we krwi gronkowca złocistego, czem z jednej strony potwierdziło rozpoznanie kliniczne, z drugiej zaś strony odjęło nadzieję ewentualnego skutecznego leczenia surowicą, gdyż, — jak wiadomo, — odpowiedniej przeciwgronkowcowej surowicy dotychczas nie posiadamy. W ciągu ośmiodniowego pobytu w klinice stan chorego pogarszał się z dnia na dzień. Sekcya, wykonana w kilkanaście godzin po śmierci, potwierdziła rozpoznanie kliniczne w zupełności, wykazując świeże naloty i owrzodzenia na zastawkach dwudzielnej i półksiężycowych aorty, a obok tego niewielką ilość wypociny [za]palnej w obu jamach opłucnowych, w worku osierdziowym i w jamie brzusznej, liczne drobne ogniska zapalne w płucach, po narządach wewnętrznych rozsiane zawały krwawe, śledzionę powiększoną z miąższem rozpływającym się; badanie bakteryologiczne nalotów na zastawkach wykazało podobnie, jak za życia, obecność we krwi gronkowca złocistego. W drugim przypadku punktem wyjścia choroby nie było już zawodowe zatrucie rtęcią, ale stosowanie jej w celach leczniczych: młodemu, silnie zbudowanemu mężczyźnie, zgłaszającemu się z objawami drugorzędnej kiły zaczęto od pierwszego dnia wstąpienia do kliniki wcierać codziennie szarą maść w ilości 5 grm., a prócz tego posypywać kalomelem lepiężę znajdujące się na worku mosznowym; równocześnie miał chory polecone pilne płukanie jamy ustnej 2% roczynem chloranu potasowego. Zaledwie chory wziął 11 wcierań, musiano je, jak również i posypywanie kalomelem, usunąć z powodu rozpoczynających się objawów zapalenia jamy ustnej. W dalszym ciągu, — pomimo zupełnego zaprzestania stosowania rtęci, — rozwinęła się typowa dzięgna z rozległemi owrzodzeniami policzków, dziąseł i języka, z obfitym ślinotokiem i nieznośnem cuchnieniem z ust, chory zaczął gorączkować; niebawem potworzyły się coraz rozleglejsze i obfitsze wybroczyny podskórne, wystąpiły stolce krwawe i objawy ostrego krwotocznego zapalenia nerek. Wśród coraz szybciej postępującego upadku sił, chory zmarł w miesiąc po przyjściu do kliniki, wziąwszy tu zaledwie 11 wcierań. W ostatnich dniach życia rozpulchnienie i obrzęk błony śluzowej jamy ust znacznie się zmniejszyły, a owrzodzenia zaczęły się nawet oczyszczać. Sekcya potwierdziła rozpoznanie kliniczne.

Oba przypadki bardzo pouczające; w obu punktem wyjścia dołączającego się zakażenia posoczniczego były zmiany na błonie śluzowej jamy ust; że zmiany te w drugim przypadku tak szybko się ujawniły, tłómaczyć to tylko można niezwykłą wrażliwością i nieznoszeniem rtęci. *Wilczyński.*

Doc. Clemens. **Kliniczne znaczenie odczynu dwuazowego Ehrlicha.** (*Medic. Klinik.* Nr. 5). Odczyn dwuazowy, odkąd zaczęto wykonywać go na większą skalę prawie u każdego chorego gorączkującego, niema dziś wprawdzie tego znamiennego znaczenia, jakie mu dawniej po pierwszej publikacyi Ehrlicha przypisywano dla duru brzusznego; w każdym jednak razie jest ważnym pomocniczym środkiem rozpoznawczym w rozmaitych stanach chorobowych. Dla łatwiejszego i pewniejszego osądzenia o dodatnim wyniku odczynu poleca autor używać zamiast kwasu sulfanilinowego (według pierwotnego przepisu: *2·5 acidi sulfanilici + 50 ac. hydrochlor + 1000 aq. dest.*) *paramidoacetophenon* w ilości 0·5 grm., a do samego wykonania odczynu radzi posługiwać się rurką odczynnikową Rankego, na której, podobnie jak w albumimetrze Esbacha, podane są na szkle kreski, granice, do jakich dodawać należy pojedynczych odczynników. Dodatnim można nazwać wynik odczynu tylko wtedy, gdy piana przybiera barwę wyraźnie czysto czerwoną lub niebieskawo-czerwoną, a sam płyn wiśniowo-, malinowo-, czasem niebieskawo-czerwoną. W razie wątpliwości, osad zielony lub fioletowy, tworzący się po upływie 24 godzin w rurce odczynnikowej przemawia za dodatnim, żółto-czerwony natomiast lub czerwony za ujemnym wynikiem odczynu. Dodatni wynik odczynu spotyka się po dużych dawkach makowca i morfiny, przy używaniu naftaliny, chrysarobiny, gujasanolu, purgatyny i t. p. środków; przetwory kreozotowe i gwajakolowe dają zabarwienie żółto-czerwone. Z drugiej strony pamiętać trzeba, że niektóre związki chemiczne, jak: sole jodowe, fenole, kwas garbnikowy, znajdujący się n. p. w rozmaitych odwarach, jakoteż niektóre stany chorobowe, jak zapalenie nerek, przytłumiają czasem dodatni wynik odczynu. Badania chemiczne do dziś dnia nie określiły bliżej tej substancyi, którą właściwie odczyn Ehrlicha wykazuje; prawdopodobną jest tylko rzeczą: że jest to istota białkowata, która tylko w warunkach patologicznych w moczu się ukazuje. Z chorób zakaźnych najczęściej spotyka się odczyn dwuazowy w odrze, rzadziej w płonicy, jeszcze rzadziej w kurze (*rubeola*). W durze brzusznym, nawet w przypadkach przebiegających bez gorączki, występuje odczyn Ehrlicha w 50—90% przypadków, — zależnie od charakteru epidemii: — rzadziej w durze rzekomym (*paratyphus*) i osutkowym, w zimnicy, żółtej febrze, posocznicoropnicy; we wszystkich rodzajach gruźlicy, mających zwłaszcza charakter ostry, postępujący, tak n. p. w gruźlicy prosówkowej, jest prawie stałym objawem. Dalej pojawia się czasem odczyn Ehrlicha w róży, w ciężkich przypadkach zapalenia płuc, grypy, we wrzodziejącem zapaleniu wsierdzia, w zgorzeli i ropniu płuc, w promienicy, w nowotworach złośliwych, w niedokrewności złośliwej, w białaczce. Przechodząc wszystkie powyższe stany chorobowe, w których mniej lub więcej często przydarza się dodatni wynik odczynu dwuazowego, przyznać musimy, że pierwszorzędnego znaczenia rozpoznawczego mieć on nie może; w każdym jednak razie, wykonany dokładnie, może dać w wielu razach cenne bardzo wskazówki. Tak n. p. jeżeli odczyn Ehrlicha znajdujemy w przebiegu zapalenia którejkolwiek z błon surowiczych, to okoliczność ta według zgodnego zapatrywania wielu klinicystów przemawia za przyrodą gruźliczą, albo nowotworową danego cierpienia. *Wilczyński.*

E. Hoennicke. **Przyczynek do historyi zmiękczenia kości i chorób gruczołu tarczykowego.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1904, Nr. 44). Autor w swem doniesieniu tymczasowem stawia teoryę związku zmiękczenia kości ze schorzeniem gruczołu tarczykowego. Przemawia za tem nierzadkie powikłanie rozmiękczenia kości z chorobami gruczołu tarczykowego, jak obrzękiem śluzakowym, tężyczką, a zwłaszcza chorobą Basedowa. Dotyczy to wszystkich postaci mięknienia kości, także przyrody połogowej. Dokładne badanie rozmieszczenia geograficznego mięknienia kości doprowadziło H. do wniosku, że pojawia się ono wraz z wolem, przyczem ważne jest pochodzenie i miejsce urodzenia chorego, a nie miejscowość, gdzie uczyniono rozpoznanie. Stan gruczołu tarczykowego jest w licznych przypadkach nieprawidłowy; u przeważnej części bywa mierne powiększenie gruczołu, w nielicznych większy wól, w innych zaś są w rodzinie chorzy, dziedzicznie obciążeni chorobami gruczołu tarczykowego. *Blassberg.*

Dr. S. Sterling. **O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu.** (Łódź 1905, str. 125). Jakkolwiek gruźlica jest chorobą najczęstszą i lekarze najwięcej mają z nią do czynienia, to jednak leczenie jej wogóle, a zwłaszcza w szpitalach, trzyma się niezmiennie i uporczywie na tym samym poziomie, co i przed laty i nie wychyla się niemal na włos poza wszechwładny gwajakol i jego pochodne, oraz trójcę odżywczą: mleko, mięso i jaja. Na wyniki leczenia fizykalno-dyetetycznego, wyrobionego w sanatoryach i ujętego w system, dość zresztą prosty, — większość lekarzy patrzy z pewnego rodzaju pobłażliwością i niestosowanie go usprawiedliwia brakiem warunków i środków w naszych szpitalach. Przytem większość lekarzy mniej lub więcej jawnie uważa gruźliczych za balast i wszelką pracę dla nich za nieprodukcyjną. Dr. Sterling postawił sobie za zadanie zapoznać w krótkości ogół lekarzy z systemem leczenia fizykalno-dyetetycznego i wskazać drogę, jak z małymi, zwykłymi szpitalnymi środkami można ten system stosować. Zadanie swe spełnił Sterling doskonale i dał niemal krótki podręcznik terapii gruźlicy. W części, poświęconej, leczeniu ogólnemu, traktuje naprzód o najważniejszych zagadnieniach z dyetetyki, a więc: o braku łaknienia, o przyprawach, o racyi dziennej, o poszczególnych produktach spożywczych i przetworach odżywczych, a dalej omawia lecznictwo fizykalne wraz z urządzeniem leżalni i niezbędną hidropatyę. Ta część jest najważniejszą i zawiera bardzo wiele wskazówek cennych dla lekarzy, przedewszystkiem szpitalnych. Leczenie objawowe, traktowane z wzorowym krytycyzmem, oraz leczenie powikłań, dopełniają treści książki, która powinna znaleźć się w ręku każdego praktyka. *Z. Czaplicki* (Zakopane).

Kernig. **O przedmiotowo wykazalnych zmianach w sercu, zwłaszcza na osierdziu, po napadzie dusznicy bolesnej.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1, 1905). Po ciężkich napadach dusznicy bolesnej dają się w wielu przypadkach wykazać pewne zmiany w sercu, które dotychczas nie były dostatecznie uwzględniane w piśmiennictwie, a które w wielu razach tłómaczyć mogą przyczynę nagłej śmierci po napadzie. Tutaj należą w pierwszym rzędzie lekkie wzniesienia gorączkowe, łącznie z powiększeniem rozmiarów serca po napadzie. Po wykluczeniu wszystkich innych możliwych przyczyn odnieść należą gorączkę i rozstrzeń serca do wytworzenia się ognisk rozmiękczynowych lub zapalnych w mięśniu sercowym. Do drugiej grupy zalicza autor te przypadki, w których po napadzie rozwija się stopniowo wśród spostrzegania rozstrzeń pojedynczych odcinków serca, — najczęściej lewego przedsionka, podobnie jak ją sztucznie wywoływał Sammelsen w doświadczeniach nad zaciskaniem tętnic wieńcowych. Do trzeciej grupy należą przypadki, w których po napadzie rozwija się ostre zapalenie osierdzia. Przyczyny jego szukać należy podobnie, jak i samych napadów dusznicy bolesnej w miażdżycy tętnic, względnie w ich zwężeniu, lub zamknięciu przez zakrzep lub zator, które bądź drogą wytworzonych ognisk rozmiękczynowych, bądź drogą zawału krwawego, bądź też wreszcie skutkiem przenikania drobnoustrojów przez ściany naczyń mięśnia sercowego wywołują na powierzchni osierdzia stan zapalny. Wreszcie zaznaczyć wypada, że po napadach dusznicy bolesnej rozwinąć się może obraz niedomogi czynnościowej mięśnia sercowego, jakkolwiek badaniem fizykalnem nie jesteśmy w stanie stwierdzić żadnych świeżych zmian w sercu. O wszystkich powyższych możliwych, a groźnych następstwach lekarz zawsze pamiętać powinien, a po każdym napadzie dusznicy bolesnej chorego nie wypuszczać dłuższy czas z opieki, zalecając w pierwszym rzędzie bezwzględny spokój, gdyż w ten tylko sposób można uniknąć owych niespodzianych i nagłych wypadków śmierci, jakie bezpośrednio po napadzie dusznicy bolesnej niestety zbyt często dotychczas się przytrafiały. *Wilczyński.*

A. M. Zapasiewicz. **Sposób praktyczny obliczania wskaźnika (indeks) ciałka czerwonego.** (*Medycyna*, Nr. 7, 1905, Nr. 7, 1905). Autor podaje jako nowy sposób oznaczania wskaźnika ciałka czerwonego (jabym raczej »*Faerbeindex*« u Niemców, »*Valeur globulaire*« u Francuzów nazwał po polsku „wskaźnikiem hemoglobiny“, boć nam liczba ma wskazywać, ile Hb jest w ciałku badanej krwi) następujący wzór: liczbę wyrażającą w odsetkach Hb, podzielić przez podwojone 2 pierwsze cyfry liczby wyrażającej, ile ciałek czerwonych mieści w 1 mm.³ badana krew.

$J = \frac{Hb}{2E}$. n. p. Liczba krwinek czerwonych 3,000.000 — Hb 48

$$\text{To } J = \frac{48}{2 \cdot 30} = 0 \cdot 8.$$

(Sposób istotnie bardzo praktyczny, tylko że nie nowy: porównaj Türka: „Vorlesungen über klinische Haematologie“. Wien und Leipzig, 1904, str. 87. — *Przyp. refer.*). *Stahr.*

Haubner. **Uleczenie zapalenia oskrzeli włosowatych zawijaniami gorczycznemi.** (*Therapie der Gegenwart*, Nr. 1. 1905). Autor chwali ten sposób leczenia w przypadkach, tyczących się dzieci małych, zwłaszcza w niebezpieczeństwie uduszenia się w razie spóźnionej pomocy lekarskiej. Takie powikłania wydarzają się dość często w odrze i krztuścu, mianowicie u dzieci wątłych o krzywiczej budowie klatki piersiowej. U chorych tego rodzaju oddech jest bardzo przyśpieszony, 70—80, a nawet i 100 razy na minutę; tętno drobne i częste, ciepłota albo wysoka, albo mierna. Zabieg leczniczy polega na tem, iż do 1½ litra ciepłej wody (40°C) dodaje się funt lub więcej świeżej mączki gorczycznej, rozrabiając ją cierpliwie, dopóki się nie wydostanie olejek gorczyczny, co się uwydatnia zadrażnieniem błony śluzowej nosa i ócz; taką wodą zwilża się należycie kawał płótna odpowiednich rozmiarów i po wywykręceniu rozpościera się go na wełnianym kocu; dziecię zupełnie nagie zawija się od szyi do nóg w płótno, a potem w koc, pozostawiając je w tem zawinięciu 10—20 minut, zależnie od stanu sił i odczynu chorego dziecka; skoro ono bowiem zaczyna się niepokoić i ruszać pleckami, jest to znak silnego podrażnienia skóry i zarazem pora, aby dziecko z tego kompresu wyjąć i celem oczyszczenia ciałka z mączki gorczycznej, bądź zmyć ciepłą wodą, bądź też wprost wsadzić do ciepłej kąpieli, poczem znowu zawija się dziecko w kompres, zwilżony letnią wodą, w którym powinno zostać 1—2 godzin, aż wystąpi pot, gdyż idzie o jak najdłuższe utrzymywanie przekrwienia skóry. Ostatni ten zabieg przysparza gorączkę, nieraz nawet bardzo wysoką, która tak, jak zbytnie poty, wymaga koniecznego dozorowania ze strony lekarza. Dopiero po drugiej (a względnie trzeciej) kąpieli ciepłej osusza się dziecko i pozostawia w spokoju przez cały dzień, jeśli następuje poprawa, znikają drobne rzężenia już następnego dnia, a ilość oddechów zmniejsza się znacznie do 20 lub 30 i stan podmiotowy dość szybko staje się lepszym. Nieraz jednak zabieg opisany musi się powtórzyć 2 lub 3 razy. H. nigdy nie wykonywa go więcej, niż raz na na dobę, gdyż ustrój potrzebuje wypoczynku dla wyrównania zaburzenia, wywołanego tym stosunkowo silnym zabiegiem w narządzie krążenia.

H. tylko wtedy uważa go za udany i skuteczny, jeśli skóra dziecięca nabiera barwy żywo czerwonej; nie powtarza go wcale, jeśli nie przychodzi do takiego zaczerwienienia. Dodatnie działanie tej procedury tłómaczy sobie autor tem, że w przypadkach leczonych istnieje zastój krwi w zrazikach płucnych z jednej strony, a bladość, a więc niedostateczne krążenie krwi w skórze z drugiej. Drażniąc tę ostatnią gorczycą i wywołując silne przekrwienie, wytwarzamy nową przestrzeń, dotychczas niewyzyskaną. Ten nagły ubytek krwi wewnętrznej zmniejsza pracę serca i przyśpiesza krążenie wśród narządu oddechowego. *Korm.*

PEDYATRYA. Marfan. **Dyszenie wrodzone przewlekłe, przerost grasicy, kiła dziedziczna.** (*Revue des malad. de l'enfance*, 1905, luty). Dziecko 15-miesięczne, przyjęte do szpitala z gwałtowną dusznością i objawami cieśni dróg oddechowych, leczone było w tej myśli, że chodzi o dławiec błoniczy, surowicą przeciwbłoniczą i kilkakrotną intubacyą, a wreszcie tracheotomią, które to zabiegi niewielką jednak sprowadziły ulgę. Po ustąpieniu ostrego napadu, którego powstanie autor odnosi do rozwinięcia się zapalenia zrazikowego płuc, pozostał stały dyszący szmer wdechowy i wydechowy, ale przeważający przy wydochu, szmer, który według podania matki istniał od urodzenia. Po miesiącu dziecko zostaje wypuszczone, wraca jednak znowu z gwałtownym napadem duszności i przy przyjęciu umiera. Grasicę znaleziono znacznie powiększoną i przekrwioną, uciskającą, jak się przekonano przy oglądaniu narządów *in situ*, tchawicę w t. zw. przez Grawitza przestrzeni krytycznej (między rękojeścią mostka, a kręgosłupem), wynoszącej u osesków przeciętnie tylko 2 ctm. Tchawica jednak po wyjęciu nie przedstawiała się spłaszczoną. Śledziona okazywała wybitne zmiany kiłowe i być może, przerost grasicy należałoby tłómaczyć objęciem przez ten narząd za śledzionę zastępczo czynności. Autor uważa swój przypadek za pierwszy stwierdzony ściśle badaniem pośmiertnem. Dyszenie miało barwę głosu niską, połączone było z zapadaniem wdechowem łuków żebrowych i mniejszem dołka nadmostkowego. Było lekkiem przy zachowaniu się spokojnem, wzmagało się podczas płaczu lub niepokoju dziecka, było większe w położeniu poziomem i podczas snu; przechodziło w gwałtowne napady duszności pod wpływem zapalenia oskrzeli. Nie było zniekształtnień klatki piersiowej, głos był zupełnie czysty. Dyszenie może być u noworodków wywołane także wadami w ukształtowaniu przedsionka krtaniowego; wtedy jednak według Variota szmer jest prawie wyłącznie wdechowy, napady są mniej ciężkie, można je usunąć intubacyą, a badanie palcem stwierdza przyczynę. Może być wynikiem powiększenia gruczołów śródpiersia. Dyszenie jest wtedy głównie wydechowe, sprawa z reguły szybko prowadzi do śmierci, za życia da się wykazać radiograficznie. Wreszcie przyczyną mogą być wyrośle nosowo-gardłowe: dyszenie ma osobną barwę, znika po zatkaniu nozdrzy, a przyczynę wykazuje obmacanie palcem jamy nosowo-gardłowej. *Lewkowicz.*

Tugendreich. **Przyczynek do sprawy przybłonkowych zmian w chorobach żołądkowo-kiszkowych oseska.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 6). Autor porównywał obrazy, otrzymane u kilku nowooszczenionych psów tego samego miotu w pełni trawienia i wśród głodzenia. Przy zwykłem przygotowaniu skrawków parafinowych i barwieniu hematoksyliną i eozyną otrzymuje się w okresie trawienia obrazy silnego zniszczenia przybłonka kiszek cienkich tak, że możnaby myśleć o ciężkiej martwicie. Tymczasem obraz ten tłómaczy się wypełnieniem komórek przybłonkowych podczas trawienia kulkami tłuszczowomi i tem, że przy przyrządzaniu preparatu wyskok rozpuszcza tłuszcz, wnika do przestrzeni przez niego zajętych i rozrywa pierwoszczę i ścianki komórek. W kiszkach psa głodzonego zmian podobnych niema. Te różnice fizyologiczne należy zawsze mieć w pamięci przy ocenianiu znaczenia zmian z przypadków patologicznych. *Lewkowicz.*

Flesch. **Rokowanie w szczękościsku, tężcu noworodków i dzieci z uwzględnieniem leczenia surowiczego.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1905, Nr, 5 i 6). Rokowanie w tężcu u dzieci jest lepsze, aniżeli u dorosłych; leczenie zdaje się tutaj obniżać znacznie śmiertelność. Co do szczękościsku noworodków, to rokowanie nie jest tak bezwzględnie niekorzystnem, jak się to zwykle przyjmuje: autor na 8 przypadków, leczonych surowicą w szpitalu Stefanii w Budapeszcie, miał 3 wyzdrowienia. Wstrzykiwano po 100 jednostek przeciwtężcowych. *Lewkowicz.*

Rosenhaupt. **Wydzielanie się bromu z mlekiem kobiecem.** (*Archiv f. Kinderheilkunde*, T. 40, 1905). Dawniejsze poglądy, kładące wielką wagę na wpływ, jaki dyeta karmiącej osoby i ewentualnie przyjmowane przez nią lekarstwa mogą wywierać na jakość pokarmu i na stan zdrowia oseska, zostały poddane w ostatnich latach ścisłej rewizyi. Dotychczas zostało niewątpliwie wykazanem wydzielanie się tą drogą rtęci, jodu i kwasu salicylowego; autor, korzystając ze sposobności spostrzegania karmiącej kobiety, u której napady padaczki stanowiły wskazanie do podawania znacznych ilości bronu, podjął badania, o ile pierwiastek ten wydziela się z mlekiem. Badania dały wynik dodatni; wykazane jednak ślady bromu są tak nieznaczne, iż, zdaniem autora, przyjmowanie tego leku nie może stanowić przeciwwskazania do karmienia. *Żeleński.*

Delektorskij. **Cyna, jako lek przeciw tasiemcom u dzieci.** (*Terapija*, Maj 1904). Dostosował w 10 przypadkach tasiemca u dzieci leczenie cyną według metody Doczewskiego (patrz „Przegl. Lek." 1903, str. 99). Po poprzedniem oczyszczeniu jelit zapomocą naparu senesu, chorzy zażywali co 10—15 minut cynę w dawce 0,3—0,6 do 4,2 tego leku, a następnie znowu środek rozwalniający lub stosowali lawatywy. Tylko w jednym przypadku w następstwie podobnego leczenia wyszedł tasiemiec z główką, w 7 głowy czerwia nie znaleziono; w 2 leczenie było bezskuteczne. W 9 przypadkach D. spostrzegał objawy uboczne, mianowicie nudności, wymioty, ogólne osłabienie, w niektórych przypadkach nawet zwolnienie i nieprawidłowość tętna. Na podstawie tych spostrzeżeń D. uważa metodę Doczewskiego za niepewną, a nawet za szkodliwą.

Witold Orłowski. (Ptbg.).

* * *

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Heroinę podaje się zwykle w dawce *0·005* (wyjątkowo 0.01), — (a nie w dawce 0·05, jak przez pomyłkę druku podano w poprzednim numerze).

Dymienice weneryczne zaleca Dedjurin (spr. Dworetzkyego: *Münch. med. Wochs.*, 1904, Nr. 36) leczyć wcieraniami kolargolu w postaci 15% maści, co okazało się skuteczne w 40% przypadków dymienic po wrzodzie miękkim (ogółem 32 spostrzeżeń). W niektórych z nich wsysały się obrzęki gruczołów, w środku już chełboczące. Na jednego chorego przypadało średnio 8 wcierań. Przewlekłe zaś obrzęki gruczołów leczył Hecht (*Therapie der Gegenwart*, 1904, Nr. 7) ze skutkiem, podając wewnętrznie kreozotal (1—4 grm. na dzień w zawiesinie, lub popijając mlekiem), który ma tę wyższość nad zalecanym dawniej kreozotem, że nie jest trujący. *H.*

W biegunkach gruźliczych poleca Vignon (*Progres méd.* 1904, Nr. 36) stosowanie tiokolu. Tak n. p. u 28-letniego, dziedzicznie obciążonego chorego, u którego w ciągu kilku miesięcy wśród gorączki i wychudnienia wytworzyła się jama w szczycie lewego płuca, a stan przy podawaniu kreozotu ciągle się pogarszał, podziałał tiokol (od 2 grm. dziennie) tak korzystnie, że chory po 3 miesiącach mógł wyjechać na lato na wieś i przestać zażywać leki. W jesieni zjawiła się gwałtowna biegunka, która znikła wprawdzie pod wpływem dyety i benzonaftolu po tygodniu, wkrótce jednak powróciła i ustąpiła na stałe dopiero po tiokolu. *R.*

Euchininy w krztuścu używał Kramer (*St. Petersburg. med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 28). Wprawdzie nie jest to środek swoisty, jednakże, zdaniem K., wywiera widoczny wpływ korzystny w tej chorobie. Za najmniejsze skuteczne dawki uważa K.: w I. roku życia 0,06, w II. 0,2, III. 0,4, IV. 0,5, V. 0,6, VI—VII. 0,7, VIII. 0,8, później 1·0, Mniejsze dawki zgoła nie działają, większych używał bez złych skutków. Freudenthal (*Die ärztl. Praxis* 1904, Nr. 17) używając w krztuścu również euchininy, stwierdził, że dzieci biorą ją w zwykłej postaci bardzo niechętnie z powodu jej gorzkiego smaku. Dlatego zaleca u dzieci stosować albo kołaczyki czekoladowe z chininą wyrobu fabr. Zimmera we Frankfurcie, (byle nie były zleżałe, bo wtedy czuć posmak chininy), albo aristochinę (u osesków proszki po 0,1—0,3 z cukrem, 3—4 razy dnia), która jednak ma tę wadę, że jest stosunkowo droga. *Zm.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 1 lutego 1905 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 30.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Zeleński wygłosił zapowiedziane dwa odczyty: 1) „O stosowaniu pasteuryzacyi mleka w użytku domowym (z demonstracyą przyrządu do pasteuryzacyi systemu Contant)". 2) „Sztuczne i mieszane żywienie niemowląt a instytucya „Kropli mleka" (Goutte de lait) we Francyi" (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi podnosi kol. Gertler, że prelegent w pierwszym odczycie nie uwzględnił, co się dzieje z drobnoustrojami w mleku podczas sterylizacyi i pasteuryzacyi, dopiero w drugim odczycie lekko tej sprawy dotknął. Ilość drobnoustrojów zawarta w mleku od chwili udoju do czasu pasteuryzacyi lub sterylizacyi nie jest obojętna. Przy większej ilości drobnoustrojów wytwarza się podczas pasteuryzacyi znaczniejsza ilość toksyn i endotoksyn i one z pewnością niekorzystnie wpływają na ustrój dziecięcy. Ostatnie badania wykazały, że laktalbumina mleka krowiego różni się nie składem chemicznym, ale biologicznie od laktalbuminy mleka kobiecego. Dzięki badaniom serodyagnostycznym wykazano, że, jeśli laktalbuminę mleka kobiecego wstrzykniemy zwierzęciu, surowica jego wywoła precypityny tylko w laktalbuminie mleka kobiecego, nie zaś krowiego. Zupełnie podobne doświadczenia serodyagnostyczne odnoszą się do mleka gotowanego i niegotowanego. Przy wyliczaniu różnych sposobów sterylizowania mleka pominął prelegent ogłoszony niedawno sposób usuwania zarodników w mleku zapomocą promieni ultrafioletowych (Seifert), przyczem mleko ma nie ulegać żadnej zmianie; o ile ten sposób może się okazać praktycznym i czy wogóle ma jaką wartość, dopiero przyszłość okaże. Przy pasteuryzacyi mleka w większych naczyniach musi się bacznie uważać, aby mleko i naczynie wszędzie było jednostajnie ogrzane i czas pasteuryzacyi powinno się liczyć od chwili ustalenia się ciepłoty w całej ilości mleka. Ponieważ przy ogrzaniu mleka powyżej 70° C następuje zniszczenie fermentów (enzymów), zawartych w mleku, jak amylazy, lipazy i oksydazy, radził Spolverini dodawać do mleka sterylizowanego lub przez dłuższy czas pasteuryzowanego do 75° C, małą ilość mleka kobiecego.

Kol. doc. Seńkowski zaznacza, że zasadnicza różnica mleka kobiecego, a innych zwierząt polega jedynie na składzie ilościowym, mianowicie większej ilości tłuszczu i cukru, a mniejszej kazeiny i albuminy. Różnica ta daje się usunąć przez odpowiednie rozcieńczenie i dodatek cukru (mieszanka śmietankowa Biederta, — stosunek rozcieńczenia i ocukrzenia śmietanki podany przez Soxhleta). Obecność niektórych enzymów, właściwych tylko mleku kobiecemu, prawdopodobnie niema znaczenia i jest tylko przypadkową; tak n. p. enzym amylolityczny jest oseskowi, karmionemu tylko mlekiem, niepotrzebny, tak samo jak n. p. enzym rozkładający salol, a znajdujący się w mleku kobiecem. Również obecność innych ciał, wyróżniających mleko kobiece, n. p. mocznika, na który przypada około 3% ogólnej ilości azotu zawartego w mleku, jest przypadkową i zależną prawdopodobnie jedynie od pożywienia kobiety karmiącej, obfitego w azot.

Kol. Eisenberg również sądzi, że nie należy przeceniać wątpliwych jeszcze i nieuchwytnych własności mleka surowego wobec ostrożnie wyjałowionego; podniesiony przez Moro fakt, że surowica dzieci karmionych mlekiem matki działa silniej bakteryobójczo, niż żywionych sztucznie, może być odniesionym do lepszego stanu ich odżywienia wogóle. Wreszcie zapytuje, czy koszta i warunki utrzymywania „Kropli mleka" dają rękojmię, że instytucya taka może być utrzymywana na drodze samopomocy społecznej, nie zaś filantropii, której skutki w takich razach bywają zwykle niedostateczne; jak obszerny może być ich zakres działania i jakie dane w tym kierunku przedstawia istniejąca statystyka?

Kol. doc. Droba podnosi przedewszystkiem, że sprawa wyższości odżywczej surowego mleka nad mlekiem gotowanem, ewent. sterylizowanem, nie jest, jak to poprzedni mówcy podnosili przesadzoną. Za wyższością mleka surowego przemawiają nietylko wyniki badań naukowych, według których ta wyższość polega na zawartości w mleku enzymów — ciał ochronnych, które gotowanie niszczy, enzymów, które przyspieszają trawienie mleka w przewodzie pokarmowym dziecka. Wprawdzie podniesiono to, że w mleku znajdują się enzymy niepotrzebne, jak enzym rozkładający salol, jak amylaza, ale nie dodano, że obok tych, na pozór bezcelowych, znajdujemy w mleku surowem enzymy proteolityczne, oksydazy, lipazę, które bezwątpienia odgrywać muszą rolę ważną o tyle, że wspomagają w czynności trawienia przewód pokarmowy dziecka. Za wyższością surowego mleka przemawiają już i starzy lekarze, naturalnie na podstawie bogatego doświadczenia, wreszcie sama przyroda poucza nas o tem wyraźnie, gdyż tak matka człowiek, jak matki zwierzęta karmią przecież swe dzieci mlekiem su-

rowem. — Przechodząc do samego przyrządu, przedstawionego przez kol. prelegenta, służącego do pasteuryzowania mleka dla dzieci we Francyi. a mającego rzekomo tę zaletę, że mleko w nim pasteuryzowane zatrzymuje własności mleka surowego, a staje się jałowem. — zwraca uwagę na jeden bardzo ważny szczegół. który w odczycie pominięto, mianowicie zapytuje, czy sposób pasteuryzowania, przedstawiony przez kolegę prelegenta, niszczy mikroby chorobotwórcze, a zwłaszcza czy niszczy grzybki gruźlicze? Wiadomą jest bowiem rzeczą, zaakcentowaną zresztą niedawno, bo w lecie z. roku w Berlinie przez Bagińskiego, że sprawie wprowadzenia surowego mleka stoi głównie w drodze obawa przed źródłem zakażenia gruźliczego, jakie surowe mleko przedstawia. Zanim się więc przyrząd ten wprowadzi, musi się wiedzieć przedewszystkiem, czy spełnia to główne zadanie. Z przedstawienia i opisu kol. prelegenta zdaje się wynikać, że celem jego nie jest zabijanie bakteryi, ale powstrzymanie ich rozwoju, a tem samem powstrzymanie rozkładu mleka aż do czasu podania go dziecku. I ściśle rzecz biorąc, to zabijanie bakteryi, które się stale w mleku znajdują już w chwili wydojenia go i których celem jest zmineralizować to mleko, — jest bezcelowem, gdyż bakterye te działają raczej dodatnio, niż ujemnie. Procesy rozkładu, które one wywołują, są przecież analogiczne z procesem trawienia w przewodzie pokarmowym człowieka; ich działanie może tylko wspierać trawienie. O wiele racyonalniejszem jest zatem tylko wstrzymywanie ich nadmiernego rozwoju, który, jak to już starsze badania wykazały, może powodować zaburzenia w przewodzie pokarmowym dzieci, aczkolwiek i to zapatrywanie w oświetleniu nowszych badań znacznie się zmieniać zaczyna. I przyrząd ten i sposób jego użycia, podany przez jego wynalazcę, to ostatnie zadanie spełniać może i z pewnością go spełnia i może być stosowany, ale tylko wtedy, gdy się ma do czynienia z mlekiem, pochodzącem ze stajni higienicznej i pozostającej pod ścisłą kontrolą higieniczną, słowem gdy się ma do czynienia z mlekiem, o którem się wie, że nie zawiera mikrobów chorobotwórczych, a głównie grzybka gruźliczego. I rzeczywiście Francuzi używają go tylko do pasteuryzowania mleka ze stajni, zostających pod kontrolą higieniczną, higienicznie urządzonych, gdzie krowy gruźlicze są wykluczone, gdzie zakażenie mleka mikrobami chorobotwórczymi podczas dojenia jest dzięki wyszkolonej służbie wykluczone, słowem, używają go nie w celu zabicia bakteryi chorobotwórczych, bo te są z góry wykluczone, ale celem przechowania tego mleka przez powstrzymanie rozwoju mikrobów niechorobotwórczych, stale w mleku się znajdujących i posiadających zdolność rozkładania mleka dzięki enzymom, — które wydzielają. To też wprowadzenie tego przyrządu u nas musi być również ściśle związanem z wykonaniem rzeczy zasadniczej, t. j. z założeniem stajni higienicznie urządzonej. I tylko mleko z tej stajni, w którem obecność grzybka gruźliczego i innych chorobotwórczych mikrobów jest z góry wykluczona, zapomocą przedstawionego przyrządu pasteuryzowane, może być z czystem sumieniem podawane dzieciom. — Dlatego, jeżeli koledze prelegentowi uda się spełnić ten pierwszy warunek, t. j. zorganizować dostawę mleka z higienicznych w powyższem słowa znaczeniu stajni, to w połączeniu z tem przedstawiony przyrząd stanowić będzie u nas rzeczywiście poważny krok w postępie sprawy higienicznego żywienia osesków.

W odpowiedzi kol. doc. Drobnie zaznacza kol. doc. Seńkowski z naciskiem, że chodzi mu tylko o enzymy, wyróżniające mleko kobiece od innego, a nie o ciała tej natury wogóle w mleku zawarte, a które przez sterylizacyę ulegają zniszczeniu. Sterylizacya, choćby przez samo tylko skrzepnięcie albuminy, czyni mleko dla oseska mniej wartościowem.

Kol. Gertler przypomina, że w ostatnich czasach zjawił się przetwór pod nazwą „pegnin“, który ma wpłynąć na sernik mleka krowiego w ten sposób, że ścina się w żołądku w małych kłaczkach, podobnie jak sernik mleka kobiecego. Następnie prosi kol. Biera o wyjaśnienie niektórych szczegółów metody badania mleka krakowskiego, bo jeśli kol. Bier używał metody płytkowej według Kocha, to jak wykazał Gordan w ostatniej pracy, mogą zachodzić mylki. Przy mieszaniu mleka wprost z żelatyną mogą kuleczki tłuszczu naśladować kolonie, przez co ilość kolonii w 1 ctm.³ może być wyżej policzona. Dla uniknięcia mylek radzi Gordan (podobnie jak Petruschky i Pusch) rozcieńczyć mleko najpierw w wodzie sterylizowanej w stosunku $^1/_{10}$, $^1/_{10^2}$, $^1/_{10^4}$, $^1/_{10^6}$ i t. d. i dopiero wtedy przenieść część do bulionu, nie do żelatyny. Ostatnie rozcieńczenie, w którem już drobnoustroje nie wyrastają, daje miarę zanieczyszczenia mleka. Że pasteuryzowanie mleka nie jest już ostatecznym szczeblem doskonałości, dowodzą dwuletnie doświadczenia Raimondiego po zaprowadzeniu wszelkich zasad czystości i aseptyki przy dojeniu krów. Raimondi otrzymywał mleko zupełnie jałowe, które podawał oseskom surowe, rozcieńczone tylko wodą jałową i ciepłą. Wyniki pod względem wejrzenia dzieci, wagi i zdrowia otrzymał lepsze, niż przy używaniu mleka pasteuryzowanego lub sterylizowanego. Ponieważ często można otrzymać mleko do pasteuryzacyi. już raz przygotowane, przytacza kol. Gertler podaną w ostatnich czasach próbę Saula, sprawdzoną przez Bellei'a, do odróżnienia mleka surowego od już pasteuryzowanego. Polega ona na tem, że do 10 ctm.³ mleka dolewa się 1 ctm.³ jednoprocentowego roztworu ortolu i 2 krople 3% roztworu wody utlenionej H_2O_2; jeśli mleko nie było ogrzane do 75° C, powstaje po upływie $^1/_2$ minuty zabarwienie czerwone.

Kol. Bier zgadza się z kol. Seńkowskim i Eisenbergiem w sprawie przeceniania znaczenia enzymów, zawartych w mleku krowiem, dla odżywienia dziecka w pierwszym roku życia. Również i różnica składu mleka krowiego i ludzkiego nie odgrywa w karmieniu niemowląt tej roli, jaką przypisuje się na ogół. Za małą dotychczas zwraca się uwagę przy sztucznem żywieniu dzieci na jakość mleka: — tak lekarze jak i rodzice zbyt często nie wiedzą, jakie mleko podają niemowlętom; — nie lepiej dzieje się w szpitalach tak ogólnych, jak i na oddziałach dziecięcych.

Wobec znaczenia, jakie mleko w racyonalnem i ekonomicznem odżywieniu człowieka odgrywa, podjął się kol. Bier zbadania mleka, dostarczanego do Krakowa w ciągu jesieni i zimy r. 1903, oraz wiosny r. 1904, wykonywując równoległe badania mleka, pobieranego na miejscu w oborze przy odpowiednim udoju, deklarowanym przez gospodarza sprzedawcę. Badania te uzupełniono kontrolą w kilku większych miastach galicyjskich. Porównanie analiz mleka przy udoju z mlekiem, sprzedawanem w mieście, stwierdziło u 70% sprzedawców mleko fałszowane, ukrócone w swojej wartości odżywczej. Nie o wiele lepsze wyniki stwierdziło badanie mleka miast na prowincyi; — mleko dostarczane do szpitali jest z reguły zafałszowane. Świeżość mleka, dostarczonego do miast, nie jest lepszą od jego składu rzetelnego, mimo że smakowo i innemi własnościami zewnętrznemi mleko targowe nie zdradza nic nieprawidłowego. Mleka, zawierające kilkadziesiąt i kilkaset milionów bakteryi w 1 ctm.³, należą prawie do reguły. W mleku takiem enzymy nie mogą się znajdować w ilości i jakości prawidłowej. Nieprawidłowości te w składzie, a jeszcze więcej w świeżości mleka są następstwem zaniedbania wszelkiego postępu w technice mleczarstwa wśród producentów, zamieszkałych w najbliższej okolicy miast większych, znajdujących łatwy zbyt na swoje produkta i w braku racyonalnej i umiejętnej kontroli ze strony zarządów miejskich. Zapadanie na nieżyty przewodu pokarmowego wśród niemowląt, żywionych sztucznie, bodaj czy nie najgłówniejszą posiada przyczynę w tych nieprawidłowościach mleka krowiego: przemawia za tem doświadczenie, dokonane w Niemczech z mlekiem prawidłowem, oziębianem metodą Cassego. Tak pasteuryzacya, jak i sterylizacya, nie poprawi wiele mleka jako pokarmu niemowlęcego, jeżeli nie użyje się mleka prawidłowego i świeżego, jeżeli nadto sposób obchodzenia się z mlekiem pasteuryzowanem i sterylizowanem w domu nie będzie odpowiednim. W końcu zaznacza kol. Bier, że obok przyrządu Contanta do pasteuryzacyi mleka dla niemowląt służyć mogą przyrządy Krobaka i Weinardta, posiadające, szczególnie ostatni, tożsame zalety, co przyrząd Contanta.

Kol. prelegent ogranicza się z powodu spóźnionej pory do odpowiedzi na zapytania kol. Eisenberga. Prelegent podziela w zupełności sceptycyzm kol. Eisenberga co do wpływu filantropii na bieg zjawisk społecznych; pod tym względem jednak instytucya „Goutte de lait“ zajmuje zupełnie odrębne stanowisko, gdyż, — jak to już w odczycie zaznaczono, — opiera się ona przedewszystkiem na organizacyi, a w bardzo małym stopniu na dobroczynności. Mleko dostarcza się matkom po cenie kosztu, a dobrodziejstwo leży w tem, iż zamiast dostawać, — jak nieraz w sklepikach, — truciznę dla dziecka, — otrzymuje matka mleko pod każdym względem wzorowe i pewne. Za wzór, że organizacya ta jest praktycznie wykonalną, może posłużyć paryskie „Oeuvre philantropique du lait“, założone przez Dr. Henryka Rotschilda. Instytucya ta ma dziś 20 filii, rozsianych po najuboższych dzielnicach Paryża i nietylko że opłaca swoje koszta, lecz z nadwyżki jest w stanie rozdawać pewną ilość bezpłatnych bonów na mleko. W miarę, jak rozszerza się zakres takiej instytucyi, koszta jej stosunkowo stają się mniejsze. Jeżeli się dostarcza ubogim matkom mleko, przyrządzone według przepisu lekarza stosownie do indywidualnych potrzeb dziecka i wyjałowione we flaszeczkach, zawierających poje-

dyncze porcye pokarmu, wówczas manipulacya ta przedstawia dla instytucyi koszt kilkunastu koron rocznie na każde dziecko. Suma ta jest znikomo małą wobec namacalnych i olbrzymich korzyści, jakie postępowanie to przedstawia pod względem wyników sztucznego żywienia *Pisarski*, sekretarz doroczny.

VIII. Kronika zakładu medycyny sądowej Uniw. Jag. od roku 1895—1905.

Zestawił
Doc. Dr. Stefan Horoszkiewicz,
asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Z przyrządów naukowych, jakimi rozporządza obecnie zakład, a które umożliwiają pracującym podejmować badania w każdym kierunku, wymienić należy: sześć mikroskopów, z tych jeden Reicherta z 4 achromatycznymi objektywami, z olejną imersyą, z 3 okularami, mikrookularem, okularem kompensacyjnym i rewolwerem dla 3 objektywów; mikroskop Reicherta do preparowania, dwa mikrotomy. Dla badań widmowych służą cztery spektroskopy, z tych jeden wielki z fabryki Steinheila w Monachium dla badań jakościowych i ilościowych (628 koron 93 hal.). Dla mikroskopowo-widmowych badań rozporządza zakład spektralnym okularem wedle Browinga z przyrządem do mierzenia linii Frauenhofera. W roku 1899 sprawiono dla badań chemicznych wagę analityczną systemu Nemetza (462 k. 60 h.), nadto posiada zakład wagę dziesiętną, skorowagę i dwie zwykłe wagi. W tymże roku nabył zakład przyrząd fotograficzny, złożony z kamery Goldmanna wielkości 13×18, z anastygmatem Zeissa Ser. V i złożonym anastygmatem Zeissa Ser. VIIa za cenę 575 kor. 90 hal.

Zakład posiada dalej dużą ścienną wodną pompę ssącotłoczącą, centryfugę, w roku zaś 1904 posiadł autoklaw z fabryki Leyneux w Paryżu, duży termostat dla celów bakteryologicznych z fabryki Lautenschlägera, w którym dopływ gazu reguluje automatycznie regulator Moitessiera i spiralny termoregulator Lautenschlagera, nadto obok licznych innych przyrządów precyzyjnych także termostat dla celów histologicznych. Najnowsze badania nad śmiercią z utonięcia, w szczególności zaś badania nad zachowaniem się krwi w tych przypadkach, pociągnęły za sobą zakupno dwu przyrządów, a to kryoskopu, służącego do oznaczania punktu marznięcia płynów i przyrządu Ostwalda-Kohlrauscha, zapomocą którego określa się przewodnictwo elektryczne płynów. Ten ostatni przyrząd, którego najważniejszą część składową stanowi precyzyjnie wykonana opornica, sprawiono kosztem 370 koron 92 hal. — Doświadczenia na zwierzętach ułatwia świeżo zakupiony stół operacyjny. Zakład rozporządza własnym przyrządem destylacyjnym i posiada pewną liczbę nieobjętych inwentarzem przyrządów szklanych dla badań chemicznych, bakteryologicznych i mikroskopowych.

Niezwykle ważną część składową inwentarza zakładowego stanowi dość dobrze wyposażony w potrzebne przyrządy warstat stolarski. Dzięki temu wielka część sprzętów i mebli została wykonana przez służącego zakładowego za cenę jedynie surowego materyału, lub też przerobioną została z nieużytków, jakich nie mała ilość do ostatnich czasów spoczywała w *Collegium novum*. Urządzenie n. p. powstałej w ostatnich czasach sali wykładowej zakładu, złożone z katedry na obszernem wzniesieniu i czterech ławek, temu właśnie źródłu zawdzięcza swe pochodzenie.

Gdy dział IV, z małymi wyjątkami składa się z okazów, nie dających się pod względem wartości pieniężnej ocenić, przeto inwentarz zakładowy trzech pierwszych, a poprzód wymienionych działów, przedstawia ogólną wartość 18,392 koron 63 hal.

Dział IV inwentarza zakładowego obejmuje zbiory, których ilość z końcem roku 1904 dosięgła liczby 363 okazów. Okazy muzealne pochodzą z nielicznymi wyjątkami z materyału sekcyjnego, a więc ze sekcyi sądowych i policyjno-sanitarnych, wykonywanych w zakładzie; zwiększenie się przeto liczby zbiorów łączy się ściśle z liczbą dokonywanych sekcyi, pociągać zatem musi tem samem za sobą ciągle, z rozmaitym jednak skutkiem czynione starania o odpowiedni materyał sekcyjny. Starania te od szeregu lat czynione i powtarzane sprawiły, iż zasadniczo w myśl dawniejszych rozporządzeń Magistratu i najświeższego z 28 lutego 1897 roku, mają być, celem zapewnienia zakładowi medycyny sądowej bogatszego materyału sekcyjnego, wszystkie zwłoki osób zmarłych śmiercią gwałtowną lub o nią podejrzanych, jakoteż osób, których przyczyny śmierci lekarz uprawniony do praktyki nie poda, odsyłane do zakładu medycyny sądowej i tam w miarę zarządzenia poddawane sekcyi sądowej lub policyjno-sanitarnej. Tak więc część materyału sekcyjnego zawdzięcza zakład temu zarządzeniu, które jednak w różnych okresach czasu różnie bywało przestrzegane. Niektóre zwłoki przesyła zakładowi c. k. Dyrekcya policyi w porozumieniu z miejską władzą sanitarną; często spotyka się zakład w tym kierunku z poparciem lekarzy gmin podmiejskich i tutejszego c. k. Starostwa. Największą jednak liczbę sekcyi zawdzięcza zakład Szpitalowi św. Łazarza, Klinikom uniwersyteckim, Dyrekcyi zakładu anatomii patologicznej i Szpitala Braci Miłosierdzia. Dzięki życzliwości wspomnianych władz materyał sekcyjny zakładu wzrósł wyraźnie w ciągu ostatnich lat dziesięciu, a co najważniejsze, składał się z przypadków, mających ścisły związek z medycyną sądową.

Wzrost materyału sekcyjnego przedstawia się następująco:

Rok 1895	sekcyi	sąd.	10,	policyjno-sanitar.		63,	razem	73.
„ 1896	„	„	23.	„	„	66,	„	89.
„ 1897	„	„	38,	„	„	69,	„	107.
„ 1898	„	„	34,	„	„	80,	„	114.
„ 1899	„	„	49,	„	„	92.	„	141.
„ 1900	„	„	38,	„	„	119,	„	157.
„ 1901	„	„	53,	„	„	90,	„	143.
„ 1902	„	„	46,	„	„	98,	„	144.
„ 1903	„	„	52,	„	„	82.	„	134.
„ 1904	„	„	48,	„	„	67,	„	115.

Sekcye bywają przeważnie wykonywane w obecności uczniów. Zwłoki, wolne od sekcyi sądowej lub policyjno-sanitarnej, służą do ćwiczeń praktycznych dla uczniów. Z sekcyi policyjno-sanitarnych, wykonywanych zupełnie bezpłatnie, sporządzane bywają odpisy protokołów dla władz miejskich przez protokolanta, mianowanego od roku 1899 przez Magistrat na przedstawienie dyrektora zakładu. Protokolant ten pobiera remuneracyę ze strony Magistratu w kwocie 240 koron rocznie, płatną w ratach miesięcznych. O rozpoznaniach przyczyn śmierci we wszystkich przypad-

kach sekcyonowanych w zakładzie zawiadamia się fizykat miejski dla celów statystycznych. Wyżej wspomniano, iż liczba okazów muzealnych z chwilą przeniesienia zakładu do *Collegium medicum* wynosiła 90 sztuk, z tego 45 okazów kości i 45 okazów, przechowanych w alkoholu. Z tych ostatnich piętnaście okazów, pomieszczonych w słojach nieszczelnie zamkniętych, uległo zniszczeniu tak, iż z wyjątkiem zbioru kości i 30 pozostałych preparatów, przechowanych w alkoholu, wszystkie dziś, stanowiące muzeum zakładowe preparaty w liczbie 288 okazów pochodzą z ostatnich 10 lat ubiegłych. W zbiorze tych preparatów znachodzi się kilka takich, które zakład zawdzięcza życzliwości byłych uczniów U. J., jak Dr. Karlińskiego z Bośnii, Drów Zolla, Smorągiewicza i Haima. Nader cenny zbiór kości i fotografii z przypadków sądowo-lekarskich ofiarował zakładowi prymaryusz szpitala św. Łazarza Dr. Bogdanik. Przeważna i największa część preparatów przechowywana jest sposobem Kayserlinga, z zachowaniem naturalnych barw. Sposób ten dziś wszędzie ogólnie przyjęty, okazał się najpraktyczniejszym, a dowodem tego preparaty, które od szeregu lat w płynie tym spoczywają, a mimo to wejrzenie ich, w szczególności barwa ich, nie uległa żadnej zmianie. Ponieważ przekonano się, iż domieszka płynu trzeciego, mianowicie octan potasowy, jako środek wyługowujący krew (na co zwrócił także uwagę Ipsen), wywołuje po pewnym czasie zabarwienie płynu, przeto używa się w zakładzie płynu z pewną modyfikacyą, polegającą przedewszystkiem na zmniejszeniu ilości dodawanego octanu potasowego, a na zwiększeniu ilości gliceryny, nadającej preparatowi przejrzystości i wyrazistości. Część preparatów, w których, jak n. p. z przypadków otruć solami miedziowymi, zachodziła obawa zniszczenia ich charakterystycznego zabarwienia w razie przechowania ich w płynach konserwujących, przechowuje się na sucho w parze formaliny. Sposób ten okazał się zupełnie odpowiednim celowi. Z preparatów zakładowych najokazalej przedstawia się zbiór otruć, mieszczący obok preparatów ze zmianami, wywołanemi przez częściej używane trucizny, kilka, stanowiących rzadkie okazy. Do tych należą przewody pokarmowe z przypadków otruć solami miedziowymi (octan i siarkan miedzi), kwasem azotowym, amoniakiem i t. d. Bogatym jest również zbiór preparatów z przypadków rozmaitego rodzaju obrażeń, zbiór kości, preparatów, odnoszących się do nauki o działaniu wysokiej ciepłoty i t. d. Obok wspomnianych preparatów, demonstrowanych przy każdej sposobności słuchaczom, posiada muzeum kilkanaście dużych rysunków, liczne fotografie rzadszych obrażeń i zmian, mających znaczenie sądowo-lekarskie. Demonstracya tych przedmiotów obok demonstracyi stereoskopowych obrazów, tablic i atlasów, przyczynia się niemało do korzyści, odnoszonych przez słuchaczy z wykładów.

Dla celów demonstracyi rzadszych obrażeń i zmian, oraz dla celów stwierdzania tożsamości osób nieznanych, których zwłoki zakład otrzymuje, znajduje w zakładzie rozległe zastosowanie fotografia przy pomocy wspomnianego już dużego przyrządu i przyrządu stereoskopowego Lechnera. W przypadkach stwierdzania tożsamości zwłok posługuje się w zakładzie sposobem Gossego i Minoviciego fotografowania ich z otwartemi i zamkniętemi oczyma. (Dok. nast.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23 marca.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego Dr. Eisenberg przedstawił preparaty i omówił wyniki badania płynu mózgowo-rdzeniowego z trzech przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, poczem odbył się odczyt kol. Dr. T. Cybulskiego: „Przyczynek do etyologii czerwonki“.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiel. otrzymał Leopold Jakubson.

* Stosownie do rozesłanej odezwy uprasza dr. Grossek Szanownych kolegów o nadsyłanie do 20 kwietnia b. r. spostrzeżeń o zimnicy. Pożądane są zwłaszcza szczegóły z lat 1870 do 1890.

* Drugi Zjazd abstynentów polskich odbędzie się w Krakowie 3 i 4 czerwca t. r. Listy w sprawach tego Zjazdu należy adresować do przewodniczącej Komitetu p. dr. Zofii Daszyńskiej-Golińskiej (Kraków, ul. „Nad Rudawą“, 27).

* Prezes Towarz. lekar krak. składa podziękowanie kol. prof. Wicherkiewiczowi za ofiarowane bibliotece Towarz. lekarskiego dzieła, rozprawy i roczniki czasopism lekarskich.

* Paryska Akademia Umiejętności wyznaczyła 100,000 franków (z zapisu Breanta) na nagrodę badaczowi, który wynajdzie lek na cholerę azyatycką. Jeżeli w ciągu jednego roku nikt wynalazku tego nie zrobi, odsetki od tego kapitału otrzyma ten, który odkryje składnik powietrza, grający wybitną rolę w szerzeniu się epidemii.

* Izba lekarska wiedeńska uchwaliła upoważniać lekarza do zawarcia spółki z technikiem dentystycznym dopiero po przedstawieniu i uznaniu przez nią zawartej między nimi umowy.

* Minister wyznań i oświaty wydał okólnik do rektorów uniwersytetów austryackich, w którym oświadcza, że tytuł „docent uniwersytetu“ nieprawnie jest używany, gdyż pp. docentom przysługuje tylko tytuł „docent prywatny“. Dowiadujemy się, że w niektórych uniwersytetach docenci zakładają protest przeciw temu zarządzeniu.

* Rząd austryacki przygotowuje nowolę do prawa, mocą którego niektóre czynności, należące do wykonawstwa lekarzy dyplomowanych, dozwolone będą laikom. W pierwszej linii idzie o zabiegi techniczno-dentystyczne. Izba lekarska wiedeńska zwołuje wiec lekarzy w celu zaprotestowania przeciw nowemu zamachowi na prawa lekarzy.

* W fizyologicznym Zakładzie prof. Exnera w Wiedniu ma być utworzony oddział chemii fizyologicznej pod kierunkiem Fürtha.

* Między 26 lutego a 5 marca doniesiono władzy o 3 przypadkach ospy w jednej gminie powiatu dąbrowskiego, oraz stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim, dąbrowskim (po 1 gm.), dobromilskim (2 gm.), drohobyckim, gródeckim, husiatyńskim, jarosławskim (po 1 gm.), kamioneckim (3 gm.), kołomyjskim, lwowskim, nadwórniańskim (po 2 gm.), przemyślańskim, przemyskim, śniatyńskim, stryjskim i tarnopolskim (po 1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Kuźmik otrzymał tytuł prof. nadzw. w Peszcie. Doc. Łobanow mianowany profesorem okulistyki w Tomsku.

Nekrologia. Dr. Józef Rudzki, l. 42, zmarł w Poznaniu. W Budapeszcie zmarł prof. okulistyki Dr. Schulek.

Bibliografia.

— *Zdrowie* Nr. 3. Zweigbaum. W sprawie opieki nad położnicami i noworodkami. Majewski: Hartowanie wodą. Żórawski: O przyrządzie (scioptikonie) do badania mięsa wieprzowego. Peplowski: Metale szkodliwe w wodzie sodowej. Łączyński: Blaszki pod względem sanitarnym.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 3. Kostanecki: Descensus testiculorum. Krysiewicz: Przyczynek do śmiertelności niemowląt w mieście Poznaniu. Zaniętowski: Rzut oka na prace moje o klinicznem zastosowaniu rozbrojeń kondensatora (1899—1905) w świetle krytyki fachowej, oraz przyczynek do nauki o klinicznej myografii (c. d.).

— *Ginekologia* Nr. 2. Jordan: Wstępne słowo do „Sprawozdania z dziesięciolecia (1895—1905) kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiellońskiego. Dobrowolski: Sprawozdanie z kliniki położniczej krakowskiej. Neugebauer: Trzy spostrzeżenia zwężenia miednicy różnego pochodzenia (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 9. Neugebauer: Kilka słów o dwupłciowym rozwoju przewodów płciowych z uwzględnieniem wybitniejszych przy-

padków rozwoju macicy u mężczyzn. Rybicki: Przyczynek do kazuistyki drgawek porodowych z uwagami, tego przedmiotu dotyczącemi (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 10. Rybicki: Przyczynek do kazuistyki drgawek porodowych z uwagami, dotyczącemi tego przedmiotu (c. d.). Neugebauer: Kilka słów o dwupłciowym rozwoju przewodów płciowych z uwzględnieniem wybitniejszych przypadków rozwoju macicy u mężczyzn (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 9. Bornstein: Z kazuistyki neurologicznej. Majewski: Badania nad zakażeniem ustroju gołębia przecinkowcem Miecznikow-Gamalei (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 6 zawiera: Otwarcie „Domu lekarskiego“ w Krakowie. — Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.). — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (c. d.). — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi (c. d.). — Czy należy donosić do prokuratoryi o śmierci z powodu narkozy. — W sprawie specyfików. — Kandydatury lekarzy przy wyborach lwowskiej Rady miejskiej. — Kasa chorych lekarzy.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 11. Deyl: O rakovině ústroji očního (dok.). Jansky: O prognose akutnich psychos. Starý: Tetanie v průběhu žaludeční choroby a břišního tyfu. Teissing: Vrozený defekt prsnich svalů prave strany.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 3. Gutschy: Slučaj peripherne kljenuti n. radialis (nižega typa) sa initialnim neobično dugotrajnim motoričnim podražajima. Lapaine: O zdravstveno techničkim odnosajima grada zagreba. Müller: O mlijeku za djecu.

— *La Presse médicale* Nr. 19. Roger: Rola odruchu przełykowo-ślinnego w akcie połykania. Savariaud: Ropówka gruzołowa okolicy biodrowej i miedniczej w następstwie zapalenia naczyń chłonnych kończyny dolnej. Trousseau: Historya nabłoniaka powiekowego.

Nr. 20. Brunon: Ciężkie (zepsute) powietrze a gruźlica. Bué: Badanie kliniczne wchodu do miednicy małej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 11. Orth: Morfologia raka a teorya pasożytnicza. Kentzler: Ilość substancyi uzupełniającej (*Komplementgehalt*) krwi w różnych postaciach gruźlicy płucnej. Hirschfeld: O jednym do tej pory nieznanym pozornym towarzyszu niedowładu nerwu strzałkowego. Groedel: Działanie fizyologiczne solanek. Renzi: Nowoczesne leczenie cierpień sercowych. Karewski: Wzajemna zależność między cukrzycą a zabiegami chirurgicznymi (c. d.). Ruhemmann: Stosunek słońca do sezonowej epidemii w zimie 1904—5.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 11. Celler i Hamburger: O swoistem wytwarzaniu się niweczników po karmieniu białkiem. Fleischmann: Cięcie kroczowe pośrodkowe. Haberer: Przypadek uwięźniętej przepukliny Treitza wyleczonej operacyjnie. Fink: Doświadczenia wykonane z zdrojowiskowem i operacyjnem leczeniem kamieni żółciowych. Fink: Istota działania cieplic karlsbadzkich w kamicy żółciowej. Engländer: Oznaczanie ciężaru gatunkowego wysięków i przesięków przy cieplocie ciała.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 11. Minkowski: Leczenie dny. Ibrahim: Ochronne szczepienie surowicy błoniczej. Bruck: Kazuistyczny przyczynek histerycznego snu. Croce: O złamaniach kręgów. Bäcker: Siarczan chininy, jako środek skrzepiający bole porodowe. Scholz: O acetonowo-koloidowem szybkiem zatapianiu. Ziemann: Przyczynek do choroby wywoływanej nitkowcem u ludzi i zwierząt w strefie zwrotnikowej.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 11. Düring: Działanie rtęci. Stumpf: Ilościowe oznaczanie zawartości powietrza w płucach, w szczególności noworodków; rozszerzenie próby płucnej. Revenstorf: Dalsze przyczynki do sądowolekarskiego rozpoznania śmierci z utopienia. Ellinger i Seelig: Wpływ gorączki, zakażenia i uszkodzenia nerek na cukrzycę trzustkową. Helber: Zapalenie ziarniste przewlekłe kątnicy esowatej. Lohr: W sprawie wytwarzania się hemolizyn chorobotwórczych szczepu gronkowców. Galewsky: O kalomelu rozpuszczalnym. Flatau: Doświadczenia z rakiem macicy w Norymberdze. Schwerdt: Przypadek ograniczonej twardziny skóry, leczony gruczołami krezkowymi. Peters: Trzy przypadki choroby Basedowa. Koerber: Krótkie uwagi kazuistyczne nad objawem palcowym Strümplla. Neck: Podskórne pęknięcie śledziony prawidłowej i chirurgiczne jego leczenie. Alter: Uwagi kazuistyczne nad weronalem. Foges: Kolposkop. Hertzka: Trzyramienne szczypczyki. Aschoff: Rad w solance kreuznachskiej.

Redakcya otrzymała. Giedroyć: Poglądy lekarskie Reja (1505—1905).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 11 (od dnia 12/III do 18/III) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 32, dziew. 28; nieżywo: chł. 2, dz. 4. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 22, kob. 25; zamiejscowych: męż. 16, kob. 4.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 12, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 2, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 4. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 17, ob. 1. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 2. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem**: miejscowych 47, obcych 20.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.



Laboratoryum chem. farm. Eugeniusza Matuli, Radomyśl koło Tarnowa, poleca jako znakomity środek dyetetyczny:

„STOMACHIN"

który w zaburzeniach żołądkowych działa znakomicie. Ułatwia trawienie, wzmacnia, zwiększa apetyt, etc.

Wyrabiam dwojaki a to: sam jako Stomachicum i z dodatkiem Acid. cynamilic. a to 0.35. na 200 gramów. Sposób użycia: 2—3 razy dnia mały kieliszek. — Cena małej flaszki 2 koron. Całej 4 koron. — Do nabycia w aptekach. — Próbki dla WWPP. Lekarzy gratis i franco.



DYMAL

bezwonny, nietrujący, niedrażniący i osuszający, suchy lek **przeciwgnilny**, wypróbowany środek na rany, oparzenia, nadmierne pocenie się, odparzenie i inne choroby skórne, przewyższa inne środki, zastepujace jodoform, swoja **tanioscia**.

LYGOSIN-CHININ

nietrujący, niedrażniący lek **przeciwgnilny**, wypróbowany środek na czyraki, ropowice (phlegmone), wypryski, ropienia i t. d

LYGOSIN-NATRIUM

wypróbowany środek na **wiewióra macicy**, badany i polecony przez Dr. Parady, I. asyst. kliniki chorób skórnych i wenerycznych w Klausenburgu. 1. IV.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła się pp. lekarzom na żadanie darmo i opłatnie.



Z ekstraktem wątroby ze stokfisza.

Paryż ulica Laffayette Nr. 126.

Smak przyjemny, trawienie łatwe bez nudności i bez rozwolnienia. Silne podniecenie apetytu. Zwiększenie wagi ciała.

Łyżka Wina Vivien równoważy 2 łyżkom najlepszego tranu stokfisza.

Próbki i broszury do dyspozycyi Panów Lekarzy. 63

We Lwowie w aptekach: PP. Wiewiórskiego i Ruckera; w Krakowie w aptekach: PP. Wiśniewskiego i Redyka; w Tarnowie w aptece: P. Adlera

SYRUP Valeriano-Bromat. comp. „Jahr".

Syrup ten łączy **sole bromowe, waleryanowe, fosforowe z wyciągiem orzechów Kola.** Przyjemny w smaku, lekko strawny.

Wskazania: przy nerwowości, osłabieniu, neurastenii, hysteryi, padaczce, pląsawicy, zamroczeniach epileptycznych i t. p.

Rp. Syrup Valeriano-Bromat comp. „Jahr" lagen. origin.

S. D. Dziennie 2—4 łyżeczki kawowe z wodą lub mlekiem. Dzieciom połowę dawki. 169

Prawdziwy tylko we flaszkach oryginalnych po K. 2 i K 3·80.

Wyrób i skład główny w aptece **Fortunata Gralewskiego w Krakowie, ul. Szczepańska l. 1.**

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, **wapnia 0·10**, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, **i strychiny** 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców;** bywa też podawany w pierwszorzędnych **klinikach, jak w klinice** Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mraček**a**, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha **we Lwowie** — dla Galicyi zachodniej **w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.**

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

AQUA FERRO-CALCEA „TERLIK"

(Nazwa i marka prawnie zastrzeżone!)

Przetwór żelazowowapniowy, wypróbowany i za doskonały uznany przez wielu pp. lekarzy

Wskazania:
a) Niedokrwistość, blednica, zmiany szczytów płuc, krztusiec i krzywica.
b) Osłabienia po przebyciu ciężkich chorób, po znacznych krwotokach i brak łaknienia.

Przetwór ten, o dobrym smaku, łatwo strawny, nie psujący zębów, działał nawet w tych przypadkach, w których inne przetwory żelaza zawiodły lub nie były znoszone.

Zapisuje się w dowolnych ilościach. — **Klinikom i szpitalom** celem wypróbowania dostarcza się bezpłatnie!

73 Główne zastępstwo i jedyna fabryka:

Chem.-farm. Laboratorium STERN-APOTHEKE, Wien IV. Karolinengasse 32.

Rok XLIV. Kraków 1 Kwietnia 1905. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni doświadczalnej kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie.

Kolargol, jako środek przeciwko ostremu posoczniczemu zapaleniu otrzewnej.

Praca doświadczalna.

Podał
Feliks Majewski,
asystent kliniki.

Badając wpływ surowic swoistych, bądź jako środków uodporniających przeciwko chorobom chirurgicznym zakaźnym, bądź jako przetworów, leczących te sprawy chorobowe, zwróciłem uwagę również i na środki nie swoiste[1]). Przekonałem się na równi z całym szeregiem innych autorów, że niektóre z nich posiadają własność uodporniającą ustrój ludzki przeciwko różnorodnym zakażeniom.

Wykazałem mianowicie jeszcze w roku 1902, że zwykły wyjałowiony bulion pożywkowy posiada własność uodporniania królika przeciwko zakażeniom paciorkowcami drogą wstrzykiwań do otrzewnej.

Po szczegóły odsyłam do tej pracy[2]).

Z pomiędzy szeregu środków farmakologicznych, działających rzekomo uodporniająco, zapobiegawczo i leczniczo, najwięcej jest znanem lecznicze stosowanie kolargolu (collargol), wprowadzonego do terapii chirurgicznej przez Credégo. Nieulega wątpliwości najmniejszej, że środek farmakologiczny, leczący zakażenia chirurgiczne, posiadałby znacznie więcej stron dodatnich, niż surowica, a to ze względu, że byłby stalszy, łatwiej dostępny, prawdopodobnie tańszy i nie ulegający zepsuciu tak łatwemu, jak surowica, która powinna być używaną w możliwie świeżym stanie, t. j. że przechowywać długo jej nie można.

Kolargol stosuje się w maści do wcierania, albo w wodnym roztworze do wstrzykiwań śródżylnych. Ten ostatni zwłaszcza sposób zjednał sobie licznych zwolenników.

Postanowiłem przekonać się, jakie jest działanie kolargolu w ostrem zapaleniu otrzewnej. W tym celu przeprowadziłem odpowiednie doświadczenia w pracowni krakowskiej kliniki chirurgicznej.

Na razie zadałem sobie dwa pytania do rozstrzygnięcia: 1) czy środek ten wogóle jest skuteczny w wyżej wymienionej chorobie, to znaczy, czy zwierzęta, leczone śródżylnem wstrzykiwaniem kolargolu, dadzą pewien odsetek wyzdrowienia, lub chociażby przedłużenia stanu chorobowego? 2) jakie zmiany krwi towarzyszą wśródżylnemu zastosowaniu tego środka?

[1]) F. Majewski: Przegląd lekarski, 1902, Nr. 49
[2]) F. Majewski: Przegląd lekarski, 1905.

Doświadczenia moje przeprowadzałem na królikach. Dzięki uprzejmości pp. asystentów zakładu prof. Bujwida otrzymałem czystą hodowlę paciorkowców, którymi się posługiwałem dla wywołania zapalenia otrzewnej u królików. Najmniejsza dawka śmiertelna dla królików przy zakażeniu śródotrzewnowem okazała się równą 0,001 sz. ctm. hodowli bulionowej; śmierć następowała zwykle w 17—24 godzin po wprowadzeniu zarazka do ustroju.

Kolargol używany był według recepty klasycznej w 1% wodnym roztworze. Zastrzykiwałem go do jednej z żył ucha, czy to ochronnie, czy też leczniczo w różnych odstępach czasu od zakażenia w dawkach od 0,5—1,5 sz. ctm. Oprócz królików, użytych do kontroli postępów samego zakażenia nie leczonego, prowadziłem jeszcze kontrolę działania roztworu kolargolowego na królikach, którym zastrzykiwałem roztwór leczniczy, nie wprowadzając do ich ustroju pierwiastka chorobotwórczego. W tej ostatniej seryi doświadczeń badana była krew królików w ciągu pierwszych 24 godzin po wstrzyknięciu kolargolu do żyły w sposób następujący: przed samem wstrzyknięciem, po 2, 12 i 24 godzinach. Wyniki moich badań, aczkolwiek nie wykazały zupełnej bezużyteczności kolargolu, wstrzymały mnie jednak od dalszych w tym kierunku doświadczeń i od stosowania tego środka przy łóżku chorego.

Stosownie do zakreślonego planu pracy, na dwa postawione powyżej pytania otrzymałem następujące odpowiedzi.

Wstrzyknięcia śródżylne kolargolu nie wpływają dodatnio na przebieg paciorkowcowego zapalenia otrzewnej u królików; owszem, w niektórych razach sprzyjają szybszemu zakończeniu śmiertelnemu.

Z dwudziestu królików, leczonych w ten sposób, tylko 3 przeżyły o kilka lub kilkanaście godzin zwierzęta, użyte do kontroli; wszystkie inne, czy to zastrzyknięte przed zakażeniem, czy z niem jednocześnie, czy nieco później, ginęły bez wyjątku i, co najważniejsza wcześniej nawet, niż użyte do kontroli. Przy padaniu zwierząt dała się nawet zauważyć pewna prawidłowość, odpowiadająca porządkowi, w jakim królikom wstrzykiwany był wzmiankowany środek srebrowy, a mianowicie, im wcześniej dokonane zostało zastrzyknięcie, tem wcześniej następowała śmierć.

Otrzymane wyniki przemawiają w zupełności za tem, że wstrzyknięcie kolargolu wnosiło ze sobą do ustroju pewien czynnik, działający na niego szkodliwie; czynnik, którego obecność stwierdzało wyraźnie przyśpieszenie zejścia śmiertelnego o kilka godzin.

Przypuszczenie, czy nie jest czasem trujący sam roztwór kolargolu, używany do leczenia zwierząt, rozwiązywało zachowanie się królików, użytych do kontroli, którym za-

strzykiwany był tylko wzmiankowany rozczyn, a które nie otrzymywały wcale hodowli paciorkowców.

Szkodliwego działania co do życia zauważyć nie mogłem: zwierzęta te po zastrzyknięciu i długo potem okazywały się przy ocenie zewnętrznej zupełnie prawidłowemi.

Sprzeczność, którąśmy w tym przypadku otrzymali, polegała jednak tylko na powierzchowności badania. Rzeczą bowiem było niewątpliwą, że wstrzyknięcie kolargolu wnosiło do ustroju pewien *minus;* doświadczenia wykazały ten fakt niezaprzeczenie. To *minus* nie było w stanie wywołać żadnego objawu widocznego dla gołego oka i tem samem dowieść swojej obecności. Ażeby go wykryć, należało pogłębić badanie. Wyjaśnienie sprawy, o ile mi się zdaje, znalazłem w zmianach składu krwi, towarzyszących wprowadzeniu do żył rozczynu kolargolowego. Okazało się mianowicie, że po uskutecznieniu takiego wstrzyknięcia w krótkim czasie, bo już po upływie 2 godzin, pojawiał się we krwi odczyn nadzwyczaj wybitny i bardzo stały. Spostrzegane zmiany tyczyły się przedewszystkiem ilości ciałek krwi zarówno czerwonych, jak i białych. Parę razy mogliśmy również stwierdzić znaczne obniżenie zasadowości krwi, ze względu jednak na niestałe wyniki i niewielką ilość doświadczeń, sprawy tej w obecnej pracy wyczerpująco omawiać nie będę. Co do ciałek krwi, to niżej przytoczona tablica wskazuje wyraźnie stałość zmian i prawidłowość, z jaką one występowały.

Tablica

zmian zachodzących w ilości ciałek krwi przy wewnątrzżylnem wprowadzeniu rozczynu kolargolu.

	Ciałka	Ilość ciałek krwi przed zastrzyknięciem rozczynu kolargolu	Ilość ciałek krwi we 2 g. po zastrzyknięciu	Ilość ciałek krwi we 12 g. po zastrzyknięciu	Ilość ciałek krwi we 24 g. po zastrzyknięciu
N I	Czerwone	3,760.000	3,040.000	1,843.000	2,816.000
	Białe	8,800	14,400	4,400	4,700
N II	Czerwone	3,400.000	2,208.000	2,920.000	—
	Białe	8,100	10,900	8,750	—
N III	Czerwone	4,600.000	2,500.000	—	3,000.000
	Białe	—	—	—	—
N IV	Czerwone	4,050.000	3,780.000	2,122.000	3,650.000
	Białe	7,600	21,100	11,200	6,500

Badania krwi dokonywane były cztery razy w ciągu doby: przed wstrzyknięciem rozczynu kolargolu, we 2, 12 i 24 godzin.

Znak — oznacza brak danych, które z tego lub innego powodu, niezależnego od samego doświadczenia, nie mogły być otrzymane.

Czerwone krążki krwi pod wpływem kolargolu zmniejszały się w swojej liczbie wybitnie tak, że już po upływie 2 godzin zjawisko to występowało zupełnie wyraźnie. W następnych godzinach zmniejszanie się to postępowało dalej i w czasie około 12 godzin po dokonaniu wstrzyknięcia osiągało swoje *maximum*. Odtąd liczba czerwonych ciałek zaczyna się powoli zwiększać, a po upływie 24 godzin od początku doświadczenia można zauważyć wyraźne zbliżanie się do warunków prawidłowych. W doświadczeniach tych mieliśmy więc do czynienia z hemolitycznem działaniem rozczynu kolargolowego, który, sprowadzając rozpadowe zmiany w czerwonych ciałkach, oczywiście był dla ustroju trującym, dawki jednak używane przezemnie — do 1,5 sz. ctm. 1⁰/₀ rozczynu — nie wystarczały do zabicia zwierzęcia. Istnienie hemolitycznego działania rozczynu kolargolowego tłomaczy mam zupełnie wyżej podany fakt, że zwierzęta leczone ginęły wcześniej, niż użyte do kontroli, a tłomaczenie to stanie się jeszcze lepiej zrozumiałem, jeżeli nieco głębiej wejrzymy w niektóre własności paciorkowcowego zakażenia. Paciorkowiec w swojem życiu pasorzytniczem w ustroju zwierzęcym wytwarza pewne szkodliwe dla niego substancye — toksyny. Toksyny te, jak to pierwszy zauważył Bordet, a szczegółowiej opracował Besredka, posiadają wybitną zdolność hemolizującą, zwłaszcza u królików, u których ich działanie hemolityczne daje się spostrzegać nie tylko *in vitro*, ale również w ustroju zakażonego zwierzęcia. Wobec tego rzeczą jest zrozumiałą, że dwa czynniki, działające szkodliwie na ustrój w jednym i tym samym kierunku, zdolne były w złączeniu wytworzyć warunki, dzięki którym zwierzęta leczone kolargolem ginęły wcześniej, niż nieleczone.

Trafności tego przypuszczenia dowodzi jeszcze inna okoliczność, wyżej już wspomniana, że króliki ginęły w takim porządku, w jakim uskuteczniane były wstrzyknięcia lecznicze. Ponieważ, jak widzimy z podanej tablicy, *maximum* hemolitycznego działania kolargolu leżało mniej więcej około 12-ej godziny po wstrzyknięciu, padał ten z królików pierwszy, który pierwszy tego *maximum* szkodliwego wpływu dochodził. Trzy przypadki, stanowiące wyjątek z 20 królików, na których badanie było przeprowadzone, nie stanowią przeszkody do przyjęcia takiego tłomaczenia, nie mówiąc bowiem już o różnicach osobniczych, które tu mogły zachodzić i przez niektórych autorów były już zaznaczone, musimy przyjąć pod uwagę możliwy wpływ drugiego objawu, ujawniającego się pod działaniem kolargolu, a mianowicie leukocytozy. Ilość białych ciałek w naszych doświadczeniach w przeciwstawieniu do czerwonych nie zmniejszała się, ale owszem znacznie się zwiększała. Największą ich liczbę we krwi znajdowałem zawsze we dwie godziny po wstrzyknięciu rozczynu kolargolowego, ale już we 12 godzin po wstrzyknięciu hiperleukocytoza zmniejszała się znacznie, i jak to widać w doświadczeniu N. 1, spadała nawet do poziomu niższego, niż prawidłowy. Po osiągnięciu pewnego *minimum*, które mogło nastąpić nawet nieco później, bo aż po upływie 24 godzin (N IV), daje się zauważyć dążność do wyrównania tych nieprawidłowych stosunków (N 1).

Widzimy więc, że wstrzyknięcie kolargolu wywołuje zwiększenie się liczby białych ciałek w potoku krwi. Powstaje wobec tego pytanie, czy nie ułatwia się przez to wzmożenie jednego z najważniejszych czynników odporności — fagocytozy. Dla potwierdzenia tego przypuszczenia brakuje nam tymczasem odpowiednich doświadczeń. Dopiero po wykazaniu, że objaw ten nie jest tylko prostą leukocy-

tozą, ale że zbiegające się do naczyń białe ciałka nabyły własności fagocytarnych, możnaby go uważać za czynnik, dodatnio wpływający na sprawę zakażenia.

Bardzo prawdopodobnem jest inne przypuszczenie, że kolargol sam, jako taki, podobnie do wielu innych substancyj, wywołuje nie mnożenie się ogólne białych ciałek, tylko ich chwilowe zbiegowisko, nie ujawniające wcale wzmożonych zdolności fagocytarnych w stosunku do drobnoustrojów. Owszem, znajdują one nawet w naczyniach jakieś szkodliwe czynniki, które w krótkim czasie ilość ich zdolne są sprowadzić niejednokrotnie do poziomu podnormalnego (N I, N IV).

Szkodliwe działanie rozczynu kolargolowego, ujawnione w ustroju króliczym, może się również niebezpiecznem okazać dla człowieka, gdyż toksyny paciorkowcowe, o ile przynajmniej można to wnosić z doświadczeń *in vitro*, są prawie tak samo szkodliwe dla czerwonych ciałek człowieka, jak i króliczych.

Dużo ogłoszonych przypadków dodatniego działania kolargolu w stanach posoczniczych u ludzi może być zależne, ma się rozumieć, od innych warunków, istniejących w ustroju ludzkim. Sądzę jednak, że trzeba wprzód dobrze poznać mechanizm jego działania na różnych zwierzętach i w różnych warunkach, ażeby, działając poomacku, bezwiednie nie przestąpić niebezpiecznej granicy, gdzie się kończą dobroczynne wpływy tego środka, a zaczyna jego trujące działanie. Ostrzeżenie to tem bardziej wydaje mi się stosownem, że hemolityczne działanie toksyny paciorkowcowej nie jest faktem odosobnionym, ale było spostrzegane i w hodowlach innych drobnoustrojów.

Na podstawie doświadczeń moich przestrzegam stanowczo przed używaniem kolargolu w zastosowaniu śródżylnem, przynajmniej dopóty, dopóki sprawa nie zostanie zbadaną jeszcze szczegółowiej.

II. Oddział terapeutyczny pedyatrycznego szpitala św. Olgi w Moskwie pod kierunkiem doc. Dr. A. Kisiela.

Przyczynek do kwestyi łuszczycy u dzieci.

Podał
Dr. Ludwik Mańkowski.

Sprawa łuszczycy u dzieci jest jeszcze bardzo słabo opracowaną; tymczasem głębsze jej zbadanie mogłoby się przyczynić do wyjaśnienia etyologii i morfologii tej choroby, a także i innych poszczególnych zagadnień. Łuszczyca u dzieci występuje, że tak powiem, pod okiem lekarza: najczęściej jest on świadkiem wykwitania świeżej wysypki i wczesnych jej postaci. Osoby dorosłe wtenczas tylko zwracają się po poradę lekarską, kiedy wysypka osiągnęła takie rozmiary, że zaczyna już niepokoić pacyenta. W takim przypadku wywiady muszą być z konieczności bardzo niedokładne i rozejrzeć się w nich nie jest łatwo, a nawet niemożebnie.

W pracy obecnej chciałbym zużytkować materyał szpitala św. Olgi, którego znaczną część jestem w możności osobiście obserwować. Materyał ten można podzielić na 2 grupy: 1) na grupę ambulatoryjną, z której korzystałem przeważnie tylko jako z materyału liczbowego i na 2) szpitalną, którą w dalszym ciągu postaram się mniej więcej szczegółowo opisać.

Większość dermatologów uważa łuszczycę za chorobę dość częstą; nie mniej liczby, wyrażające stosunek matematyczny łuszczycy do chorób skóry wogóle, wahają się w dość szerokich granicach. Tak: Devergie na 1800 chorych dermatologicznych znalazł 280 (15,5%) przypad. łuszczycy, Abraham na 3700 chorych derm. znalazł 355 (9,6%) przyp. łuszcz., Wilson na 1000 chorych derm. znalazł 73 (7,3%) przyp. łuszcz., Anderson na 4074 chorych derm. znalazł 282 (7%) przyp. łuszcz., Nielssen na 15376 chorych derm. znalazł 993 (6%) przyp. łuszcz., White na 58617 chorych derm. znalazł 1924 (3,28%) przyp. łuszcz., Audry na 6000 chorych derm. znalazł 160 (2,7%) przyp. łuszcz., Hebra na 3000 chorych derm. znalazł 50 (1,6%) przyp. łuszcz.

W ambulatoryum szpitala św. Olgi od 1887 do 1902 roku włącznie zapisano 21.031 dermatologicznych, w tej liczbie 97 przypadków łuszczycy. A więc stosunek będzie wynosić mniej niż $^1/_2$%. Wszystkich wogóle chorych w tym czasie było 321.307. Na zasadzie tych liczb poczuwam się w prawie do wypowiedzenia następującego zdania: łuszczyca u dzieci od 12 lat życia należy do liczby chorób bardzo rzadko występujących. Do takiegoż samego wniosku doszedł Dr. Szapir. W oddziale chorób dziecięcych kliniki baroneta Willie w Petersburgu stwierdził on w ciągu 10 lat (od 1872—1882 r.) tylko 4 przypadki łuszczycy. Co się tyczy wpływu płci na skłonność do tej choroby, to liczby rozmaitych autorów są dość sprzeczne. I tak:

Wilson na	23	mężczyzn stwierdził	łuszczycę u	40	kobiet
Anderson na	97	„	„ „	„ 99	„
Grosz	„ 311	„	„ „	„ 176	„

Podług wykazów ambulatoryum szpitala św. Olgi na 23 chłopców przypada 42 dziewcząt chorych na łuszczycę [1].

W oddziale stałym szpitala w ciągu 17 lat (od 1887 do 1904) zanotowano 10 przypadków łuszczycy.

Przypadek 1. Anna An-wa, lat 10. Przyjęta 11/XI 1895 r. Przeszło 2 lata temu wystąpiła wysypka, z początku na łokciach, potem na nogach, nareszcie rozeszła się po całem ciele; towarzyszył jej dość silny świąd skóry. Obciążenia dziedzicznego nie wykazano, chora zawsze była zdrową i pamięta tylko dawno przebytą odrę. Reszta dzieci w rodzinie jej cieszy się zupełnem zdrowiem.

Stan obecny. Rozwój i odżywienie dość dobre. Objawy skórne łuszczycy rozrzucone po całem ciele, najgęściej po stronie zewnętrznej górnych kończyn. Na twarzy, szyi i stronie wewnętrznej bioder wysypki niema. Od pierwszego dnia chora zażywała pastylki tyrojodyny [2]) od 2—6 dziennie. W ciągu pobytu w szpitalu spożyła ich 255. W pierwszych dniach leczenia pojawiły się nawet nowe plamki, ale 23/XI, t. j. po 12 dniach zauważono pierwszy raz zblednienie wysypki. Od tego osutka zaczęła powoli zmniejszać się i znikać. Świąd raz ustępował, to znowu pojawiał się. W pierwszych dniach stycznia wysypka zupełnie znikła, lecz 10/I ponownie wystąpił silny świąd i kilka czerwonawych plamek. Ale i te objawy prędko znikły, a chora opuściła zakład zupełnie zdrowa dnia 16/I 1896 r.

Zażywanie tyrojodyny nie obeszło się bez objawów nieprzyjemnych. Chora kilka razy wymiotowała, często skarżyła się na ból głowy; raz w ciągu doby pojawił się cukier w moczu. Nie mniej, nie zważając na tyrojodynę, chora przybrała na wadze 1850 grm.

Przypadek 2. Konstanty M., 10 lat liczący, przyjęty został na oddział 5/II 1898 r. Wysypka trwa od pół roku. Najpierw pokazała się na nogach, potem rozeszła się po całem ciele. Stale jej towarzyszył świąd i w miejscach silniej zajętych skóra pękała i krwawiła się.

[1]) Wykazy, tyczące się płci chorych, znajdują się w sprawozdaniach szpitala, lecz nie za wszystkie lata.

[2]) Skład pastylek tyrojodyny, wyrabianych przez aptekę Ferrejna w Moskwie, jest następujący: 0,12 wysuszonego gruczołu i 0,09 cukru mlecznego i soli kuchennej.

Wogóle chłopiec czuje się zupełnie zdrowym. Dziedziczności żadnej wykazać nie można.

Stan obecny. Odżywienie i wejrzenie — dobre. Po całem ciele rozrzucone czerwonawe grudki rozmaitej wielkości od główki szpilki do dłoni dorosłego człowieka. Grudki te pokryte są łuszczącym się naskórkiem, tworzącym blaszki białego lub żółtawo-szarego koloru. Po zeskrobaniu blaszki pojawiają się na wilgotnej powierzchni kropelki krwi. Grube blaszki łuszczącego się naskórka znajdują się na łokciach i kolanach. Na twarzy tylko 3 maleńkie plamki. Gruczoły chłonne nie powiększone. W szpitalu chłopca położono do łóżka i w ciągu pierwszych 9 dni żadnych nie podawano leków. W ciągu tego czasu tylko na plecach wysypka cokolwiek zbladła. Od d. 13/II rozpoczęto leczenie pastylkami tyrojodyny od 1 do 5 dziennie. Ogółem wyżył 372 pastylek. Leczenie znosił dobrze; cały czas był w jaknajlepszem usposobieniu; raz tylko wystąpiły nudności i wymioty. Białka i cukru w moczu nigdy nie wykryto; tylko jak zwykle tętno było przyspieszone. Trzy razy z niewiadomej przyczyny ciepłota ciała podnosiła się, chociaż nie wyżej nad 38°. Pierwszą zmianę w wysypce zauważono 23/II, t. j. po 10 dniach; wysypka przybrała barwę czerwoną, potem zaczęła blednąć i pomału znikać; 11/III tylko niewielkie jeszcze ślady pozostały. D. 25/V chory wyszedł ze szpitala; z wysypki pozostało na prawym łokciu tylko kilka plamek, pokrytych cieniutką warstewką łuszczącego się naskórka. Po 15 miesiącach ten sam chory został znowu przyjęty do szpitala z powodu jakiegoś nieokreślonego stanu gorączkowego. Nawrotu łuszczycy nie stwierdzono; na prawym łokciu, tak jak było przy wyjściu ze szpitala, widnieje kilka plamek, pokrytych cieniutką warstewką łuszczącego się naskórka.

Przypadek 3. Anna K., licząca lat 8, została przyjęta do szpitala d. 4/VI 1898 r. Przed trzema miesiącami zauważono u chorej na tułowiu swędzącą wysypkę, która cały czas pozostawała bez zmiany. W rodzinie jej wszyscy zawsze byli zdrowi. Dziedzicznego obciążenia nie wykazano. Sama pacyentka zawsze była zdrową; odrę przebyła w dzieciństwie.

Stan obecny. Ogólne wejrzenie i odżywienie chorej — dobre. Wykwity łuszczycy kropkowanej i kroplistej rozrzucone po całem ciele. Od pierwszego dnia po przybyciu do szpitala zaczęła zażywać tyrojodynę od 2—8 pastylek dziennie. Wyżyła 270 pastylek. W czasie leczenia pojawiały się niekiedy wymioty. Pierwszą zmianę w wysypce zauważono po 8 dniach: po obfitem łuszczeniu się i silnym świądzie zaczęła się ona szybko zmniejszać i dnia 15/VII zostały po niej tylko barwikowe plamki. D. 1/VIII chora opuściła szpital. D. 6/X 1904 roku chora była badana w ambulatoryum; liczy obecnie lat 16: odżywienie bardzo dobre, żadnych śladów wysypki w ciągu ostatnich 5 lat nie zauważono.

Przypadek 4. Michał N., lat 13 liczący, przyjęty został d. 3/V 1898 r. z powodu cukrzycy, którą po raz pierwszy rozpoznano przed rokiem. Łuszczycę datuje od 5 lat. Wysypka wystąpiła najpierw w pachwinach; świąd pojawiał się tylko czasami. Usposobienie chorego jest już oddawna nerwowe i rozdrażnione. Przebył odrę i krztusiec. Matka umarła na suchoty, ojciec ulega miernemu nałogowi opilstwa.

Stan obecny. Odżywienie i ogólne wejrzenie bardzo złe. Wątroba wystaje z pod łuku na 2 palce. Na głowie, piersiach, brzuchu i plecach wielka liczba przeważnie drobnych blaszek łuszczycy. Gruczoł tarczowy miernie powiększony.

Od d. 4/V do 13/V zażywał tyrojodynę; wskutek zaostrzenia się objawów cukrzycy odstawiono pastylki. Od d. 28/V do 15/VI i od 1/VII do 25/VII zażywał arszenik: *Sol. arsenic. Fowleri, Spiriti vini aa. S. od 1—10 kropel 2 razy dziennie.* Wpływu jakiegokolwiek tego preparatu na wysypkę nie zauważono. D. 27/VII chory zmarł w śpiączce cukrzycowej. Sekcya stwierdziła: *Hyperaemia venosa piae cerebralis et cerebri. Pleuritis fibrinosa purulenta dextra. Pneumonia lobularis apicis dextri et partis superioris lobi inferioris pulmonis dextri. Anaemia.*

Przypadek 5. Aleksandra K., 10 lat licząca, przyjęta została d. 13/VII 1899 r. Przed blizko 2 tygodniami zauważono u niej swędzącą wysypkę na klatce piersiowej. Dotychczas była zdrową. Rodzice cierpią na gościec; ojciec oddaje się opilstwu.

Stan obecny. Odżywienie i rozwój fizyczny dobre. Na twarzy i podbródku wyprysk liszajcowaty *(eczema impetiginosum).* Na skórze tułowia gęsto rozsiane niewielkie blaszki łuszczycy pospolitej. Chora co 2-gi dzień kąpała się w wodzie o ciepłocie 29°, a na twarz i podbródek stosowała *ung. boricum.* Pierwszą zmianę w wysypce zauważono po 11 dniach. D. 14/I 1900 dziewczynka wyszła ze szpitala zupełnie zdrową.

D. 25/IX 1904. Była oglądaną w ambulatoryum. Ma teraz lat 15. Wygląda dobrze, czuje się zupełnie zdrową; w ciągu ostatnich 4 lat nie zauważono żadnych śladów wysypki. (Dok. nast.)

III. Z kliniki chorób wewnętrznych Radcy Dworu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego w Krakowie.

Chlorek barowy jako środek nasercowy.

Podał

Dr. Erwin Mięsowicz
asystent kliniki.

(Dokończenie.)

Przypadek I.

F. G. buchalter. Wywiady: Od roku łatwo się męczy, wychudł, jest rozdrażniony, cierpi na bezsenność. Od kilku tygodni duszność, bole w okolicy łopatki lewej.

Z powodu bolów zgłasza się do kliniki 9 czerwca 1904 r.

Stan obecny: Bladość błon śluzowych i skóry, wychudzenie. Nad i pod obojczykiem lewym stłumienie, dochodzące do stłumienia serca. W szczycie lewym z tyłu stłumienie, dochodzące na palec poniżej grzebienia łopatki. W miejscach stłumienia szmery oddechowe zniesione. W pierwszym i drugim przestworze międzyżebrowym z przodu po stronie lewej tętnienie. Uderzenie koniuszka serca na palec zewnątrz linii sutkowej lewej, tony serca czyste, głośne. Tętnice pokręcone, twarde. Liczba tętna 90—100, regularne, dość dobrze napięte. Ciśnienie krwi 90 mlg. Inne narządy, bez zmian ważniejszych. Obrzęków niema. Waga ciała 75 kg 100 gr. Mocz bez białka, c. g. 1·014.—Rozpoznanie: *Aneurysma arcus aortae. Atherosis arteriarum.*

Dzień	L. tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.^{3}	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
10—18 czerw.	80—95	85—90	800-1200 C. g. 1012-1022	57·600 —56	Wstrzykiwania gelatyny	Bole prawie zupełnie ustąpiły.
19—23 czerw.	82—85	90	700-900 C. g. 1018-1022	56	2 razy dziennie po 0·03 $BaCl_2$	Jakość tętna nie uległa zmianie.
23—27 czerw.	82—85	85	700-800	55	Leczenie obojętne	—
28/VI do 1/VII	80—84	85—90	800-900 C. g. 1012	55	2 razy dziennie po 0·05 $BaCl_2$	Jakość tętna nie uległa zmianie.
3—5 lipca	82—84	90—95	800-1000 C. g. 1018-1022	55	Digitalis dialys. Golaz 3 r. dz. po 15 gł.	—
6 lipca	72	100	1200 C. g 1017	—	dtto	Tętno silnie napięte. Podmiotowo chory czuje się b. dobrze.

Przypadek II.

B. Ł. l. 40 wyrobnica. W 18 roku życia przebyła ostry gościec stawowy. Od 22 roku życia przy cięższej pracy doświadcza bicia serca i duszności. Od roku wystąpiły obrzęki na kończynach dolnych; od $^1/_2$ roku opuchlina brzucha. Z powodu obrzęków i duszności zgłasza się do kliniki.

Stan obecny: Sinica na wargach i końcach palców. Liczba oddechów 26. Uderzenie serca sięga do szóstego przestworu międzyżebrowego w linii pachowej przedniej lewej. Nad koniuszkiem serca długi szmer skurczowy. Drugi ton nad t. płucną zaostrzony. Tętno słabo napięte, nieregularne. Liczba tętna 160. W jamie brzusznej płyn wolny, sięga do pępka. Wątroba powiększona, twarda, okazuje tętnienie dodatnie. Na kończynach dolnych obrzęki. Mocz c. g. 1·024, białka ślad. W osadzie: czerwone ciałka krwi, wałeczki szkliste. Waga ciała 46 kg. Rozpoznanie: *Insufficientia ostii. ven. sin. Insuff. relat. valv. tricusp. Cirrhosis hep. cardiaca. Hydrops.*

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
8—10 czerw.	160	60	700 C. g. 1·024	46	Leki obojętne	Tętno nieregularne, słabo napięte. W moczu białko. Duszność.
11—14 czerw.	160	60	700 C. g. 1·024	46	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Stan ten sam. Duszność znaczniejsza.
15 czerw.	170	60	700 C. g. 1·024	—	Infus. folior. Digit. purp. e 1·50 ad 180 S. co 2 g. łyżkę zażyć	Sinica. Duszność.
16 czerw.	110	70	1200 C. g. 1·012	46	dtto	Tętno nieregularne. Duszność mniejsza.
17 czerw.	78	70	2000 C. g. 1·012	—	dtto	Tętno nieregularne, lepiej napięte. Duszność nieznaczna.
17—19 czerw.	72	75—80	2000-3000 C. g. 1·012	43	dtto	Tętno nieregularne, dość dobrze napięte, duszności niema. Obrzęki ustąpiły.
19—27 czerw.	72—100	80	2000-1200 C. g. 1012-1018	44	Leki obojętne	26/VII ponownie występuje duszność.
28—30 czerw.	90	75—80	1600 C. g. 1012	44	2 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Duszność większa, niemiarowość znaczna. Świeże obrzęki.
1—5 lipca	70—54	80—95	1800-2200 C. g. 1014	—	2 razy dnia po 0·00025 digitoxin.	Tętno coraz lepiej napięte. Niemiarowość utrzymuje się. Puchlina brzucha i obrzęki zupełnie ustąpiły.

Przypadek III.

R. Z. l. 30 wyrobnica. Od trzech miesięcy cierpi na duszność przy chodzeniu i na bicie serca. Od 2 tygodni wystąpiły obrzęki na kończynach dolnych.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg	Leczenie	Uwagi
21—27 maja	100—88	85—100	700-2600	40—35	Bezwzględny spokój	Obrzęki ustąpiły zupełnie, płynu w jamie brzusznej wykazać nie można. Tętno dość dobrze napięte.
28—30 maja	80—88	110—115	1000	35	3 razy dnia po 0·03 $BaCl_2$	Tętno silniej napięte, twarde. Duszności niema.
30 maja do 2 czerw.	80—66	115—120	1000-1600	35	Digitoxin ā 0·00025 2 razy dnia	Tętno regularne, b. dobrze napięte. Chodzi bez duszności.

Stan obecny: Odżywienie liche.—Uderzenie koniuszka serca słabo macalne w 4-tym przestworze międzyżebrowym w linii sutkowej. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Drugi ton nad płucną zaostrzony. Liczba tętna 100, słabo napięte. Wątroba na palec niżej łuku żebrowego. W jamie brzusznej płyn wolny na 3 palce niżej pępka. Na kończynach dolnych obrzęki. Mocz bez białka. Rozpoznanie: *Insuff. valv. mitralis in st. incip. incomp.*

Przypadek IV.

K. Z. l. 47 wyrobnica. Między 13 a 26 rokiem życia przebyła kilkakrotnie gościec stawowy. Od 1½ roku cierpi na bicie serca, duszność. Od kilku miesięcy wystąpiły obrzęki kończyn dolnych i powiększenie się objętości brzucha. Badanie wykazuje: Budowa i odżywienie dobre. Mierna rozedma płuc i nieżyt oskrzelowy. Uderzenie

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczo w ctm ³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
26—30 czerw.	86	85	500 C. g. 1·023	69½	Bezwzględny spokój	Duszność znaczna, obrzęki zwiększają się.
30/VI do 1/VII	86	85	500 C. g. 1·023	—	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Duszność coraz większa, tętno nieregularne.
1—3 lipca	86—84	85—90	500 C. g. 1·023	—	Infus. fol. Dig. e 1·5 ad 180. Co 2 godz. łyżkę	Poprawa bardzo nieznaczna.
4—7 lipca	84—65	90-100	1700-2500 C. g. 1·011	66·300	Digitoxin ā 0·00025 2 razy dnia	Stopniowa poprawa; duszności przy spokojnem zachowaniu się niema. Obrzęki z kończyn ustąpiły.

koniuszka serca słabo macalne, na palec na zewnątrz linii sutkowej w 4 przestworze międzyżebrowym. Nad koniuszkiem długi szmer skurczowy. Drugi ton nad płucną zaostrzony. Liczba tętna 88, nieregularne, słabo napięte. W jamie brzusznej płyn wolny. Wątroba sięga na palec niżej łuku żebrowego. Na kończynach dolnych obrzęki. W moczu śladzik białka. Rozpoznanie: *Insuff. valvula mitralis in stad. incomp.*

Przypadek V.

F. W. l. 72. Od roku napadowe bicie serca, duszność. Od kilku tygodni obrzęki na kończynach dolnych, duszność.

Status praesens: Odżywienie liche. Uderzenie serca, widzialne w 4, 5 i 6 przestworze międzyżebrowym, sięga do linii pachowej przedniej lewej. Tony serca głuche; drugi ton nad aortą zaostrzony. Liczba tętna 100, tętno nieregularne, tętnica sprychowa twarda, pokręcona.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg	Leczenie	Uwagi
15—17 czerw	100	75	500 C. g. 1·017	39½	Leki obojętne	Duszność większa.
17—19 czerw.	100	75	500 C. g. 1·016	—	3 razy dnia po 0·03 $BaCl_2$	Duszność b. wielka, obrzęki większe.
20—22 czerw.	100—90	75—85	500—700 C. g. 1·016	—	Infus. fol. Digit. e 15 ad 180. Co 2 g. łyżkę	Duszność mniejsza, tętno lepiej napięte, nieregularne.

Dnia 23/VI: *Pneumonia crouposa lob. inf. dextri. Exitus letalis.*

Na kończynach dolnych obrzęki. Rozpoznanie: *Atherosis arter., sbsq. hypertrophia et myodegeneratione cordis.*

Przypadek VI.

J. R. l. 52 wyrobnik. Od 4 lat występują od czasu do czasu obrzęki na kończynach dolnych. ustępujące szybko pod wpływem leczenia. Od tygodnia znaczne obrzęki i duszność nawet przy spokojnem zachowaniu się.

Status praesens: Budowa i odżywienie dobre. Znaczna rozedma płuc. Uderzenie koniuszka serca niewidzialne i niemacalne. Nad koniuszkiem serca długi szmer skurczowy. Nad aortą krótki szmer rozkurczowy. L. t. 100, regularne. Tętnica sprychowa

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg	Leczenie	Uwagi
13—18 czerw	100—84	80—95	800—2300 C. g. 1·021—1·017	62—58	Bezwzględny spokój.	Duszność nieznaczna. Obrzęki na kończynach dolnych utrzymują się.
18—21 czerw.	84-76-82	90-105	3300-1800 C. g. 1·015	56	3 razy dnia po 0·03 $BaCl_2$	Znaczna duszność. obrzęki mniejsze, tętno drutowate.
21—24 czerw.	74—66	95-100	1110-1700 C. g. 1·020	54	Trae Strophanti 3 razy po 10 kropli.	Duszność zupełnie ustąpiła. Obrzęki znikły. Tętno dobrze napięte, nie tak twarde, jak poprzednio.

pokręcona, twarda, słabo napięta. Na kończynach dolnych oraz moszmach obrzęki. W moczu śladzik białka. W osadzie nic szczególnego niema. Rozpoznanie: *Atherosis arter. periph., valv. semil. aortae et valv. bicusp. Myodegeneratio cordis.*

Przypadek VII.

F. O. l. 25, pomocnik handlowy. W dzieciństwie przebył gościec. Od tego czasu stał się słabowitym, łatwo się nuży. Od czasu do czasu bicie serca, obrzęki na kończynach dolnych, które pod wpływem leczenia ustępują. Obecnie zgłasza się do kliniki z powodu duszności i obrzęków.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
12 czerw.	96 T. miękkie	90	—	65	Wstrzyknięcie 0·015 Morphii hydrochl.	Znaczna duszność.
13—15 czerw.	96—80 T. twarde	90—95	1700 C. g 1013	—	3 razy dnia po 0·03 $BaCl_2$	dtto
16—19 czerw.	90—100 T. silnie napięte, chybkie	95-120	2000-2300 C. g. 1011	63	3 razy dnia po 25 kropli Digit. dialys. Golaz.	Duszność mniejsza, obrzęki nieznaczne.

Status praesens: Bladość skóry. Odżywienie liche. Narząd oddychania bez zmian ważniejszych. Uderzenie koniuszka serca podnoszące, macalne i widzialne na przestrzeni od 4-ego do 8-ego żebra na zewnątrz lewej linii pachowej przedniej. Stłumienie serca: górny brzeg trzeciego żebra lewego, przekracza prawy brzeg mostka na dwa palce linię pachową przednią. Nad aortą głośny szmer skurczowy i rozkurczowy. Zresztą głuche tony. Wątroba sięga 3 palce niżej łuku żebrowego. Na kończynach dolnych i kości krzyżowej znaczne obrzęki. Rozpoznanie: *Insufficientia valvul. semil aortae in stad. incomp.*

Przypadek VIII.

F. E. l. 39, kancelista sądowy. W 22 roku życia przebył kiłę. Przed rokiem wystąpiły obrzęki kończyn dolnych. duszność, bicie serca, które wkrótce po użyciu naparatnicy ustępują. Od dwóch tygodni ponownie duszność i obrzęki kończyn dolnych. Badanie wykazuje: Bladość skóry. Narząd oddychania bez zmian. Uderzenie koniuszka serca macalne na większej przestrzeni, w V-ym przestworze żebrowym, tuż przy linii pachowej lewej. Stłumienie serca: dolny

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
30 maja do 12 czerw.	100—105 T. chybkie	110—115	1000—2500—1200 C. g 1026-1019	69 500	Infus. fol. Digitalis e 1 : 180. Dialys. Digitalis Golaz, Calomelanos po 0·30	Początkowo poprawa. Później duszność i obrzęki zwiększają się.
13—16 czerw.	105—108 T. chybkie	115	1000-1200 C. g. 1020	72	3 razy dnia po 0·03 $BaCl_2$.	Duszność i obrzęki coraz większe.
16—18 czerw.	100—110 T. gorzej napięte	115	900—600 C. g. 1·020	—	Wstrzykiwania morfinowe, Tra Strophanti	Duszność mniejsza. Obrzęki większe.
18—21 czerw.	100 Tętnica sprych. twardsza	115	900—700	73	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Duszność i obrzęki coraz większe.

brzeg trzeciego żebra lewego, linia mostkowa prawa, pachowa przednia. Nad aortą dwa głośne szmery. Zreszta tony serca głuche. Tętno chybkie, regularne, l. t. 100. Wątroba macalna na 3 palce niżej łuku żebrowego. W jamie brzusznej płyn wolny. Na kończynach dolnych i kości krzyżowej obrzęki. W moczu białko. W osadzie wałeczki szkliste i ziarniste. Rozpoznanie: *Insuff. valv. semil. aortae in stad. incomp. sbsq. nephritide cyan.*

Przypadek IX.

J. J. l. 58, wyrobnik. Od ½ roku cierpi na duszność i bicie serca po większych ruchach. Od kilku tygodni wystąpiły obrzęki na kończynach dolnych. Badanie wykazuje: Bladość skóry. wynędznienie; rozedma płuc znacznego stopnia. Uderzenie koniuszka serca w 5-ym i 6-ym przestworze żebrowym na palec zewnątrz linii

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
20—26 maja	76—86	120	600—800 1·026—1·030	46	Leki obojętne	Duszność utrzymuje się, obrzęki większe.
27—30 maja	76—82 T. drutowate	130—135	600—200 C. g. 1·031	48	3 razy dnia po 0·03 $BaCl_2$	Duszność b. wielka. Obrzęki większe, w moczu ślad białka. Biegunka.
31 maja do 11 czerw	80	120	350—1600 C. g. 1·031—1·019	44½	Tra Strophanti. Infus Digitalis. Diuretinum.	Duszność ustępuje, obrzęki zupełnie znikają.

sutkowej. Stłumienie serca na większej przestrzeni. Nad aortą dwa głośne szmery. Zresztą tony głuche. Liczba t. 76. regularne. Tętnica sprychowa twarda pokręcona. Wątroba macalna na dłoń niżej łuku żebrowego. Na kończynach dolnych wyraźne obrzęki. Rozpoznanie: *Atherosis art. periph. et valv. semil. aortae sbsq. hypertrophia cordis. Adynamia musc. cordis.*

Przypadek X.

J. J. wyrobnik, l. 40. Przed rokiem gościec stawowy. Od ½ roku cierpi na bicie serca i duszność. Obecnie duszność po ruchach. Badanie wykazuje: Budowa dobra. Granice płuc znacznie obniżone. Uderzenie koniuszka serca zewnątrz linii sutkowej w 6-tym przestworze żebrowym, podnoszące. Stłumienie na większej przestrzeni. Nad koniuszkiem serca długi szmer skurczowy. Zresztą tony głuche. Tętnica sprychowa pokręcona, twarda l. tętna 80, niemiarowość b. znaczna. Wątroba macalna 3 palce niżej łuku żebrowego. Na kończy-

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm ³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
4—27 styczn.	72 80	70	1000-1500 C. g. 1020-1025	50—58	Kali jodat.	Przy spokojnem zachowaniu się zupełnie swobodny. Niemiarowość tętna.
28—31 styczn.	70	85	1400 C. g 1019	58	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Niemiarowość utrzymuje się. Tętnica sprychowa znacznie twardsza, chory ma biegunkę.
1—3 lutego	70—66	85—95	1400 C. g. 1019	—	3 razy dnia po 1 ctm.³ Digalen	Niemiarowość znacznie mniejsza. Chory czuje się znacznie swobodniejszym, duszności po ruchach niema.

nach dolnych obrzęków niema. Mocz bez białka. Rozpoznanie: *Insufficientia valv. mitralis. Atherosis art. periph. Myodegeneratio cordis. emph. pulm. m. gr.*

Przypadek XI.

F. M. l. 58, introligator. Od roku męczy się szybko przy ruchach i doznaje bólów w okolicy serca. Od kilku tygodni wystąpiły obrzęki na kończynach dolnych. Badanie wykazuje: Budowa dobra, odżywienie liche. Skóra bardzo blada. Granice płuc miernie obniżone.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
10—27 styczn.	76—96	115—110	500-250 C. g. 1024-1030	57—60	3 razy dnia po 10 kropli Tra Strophanti.	Obrzęki i duszność coraz większe, tętno mniej chybkie.
28—31 styczn.	80—84	115—120	450—150 C. g. 1028	61	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Ilość moczu codziennie mniejsza. Tętno drutowate. Obrzęki większe.
31 styczn. do 1 lutego	80—86	115—120 Hg	400—500 C. g. 1028	61	3 razy dnia po 1 ctm.³ Digalen „Cloetta“.	Tętno mniej napięte. Obrzęki takie same.

Uderzenie końca serca widzialne i macalne w 6-ym przestworze żebrowym w lewej linii pachowej przedniej. Nad aortą dwa głośne szmery. Inne tony głuche. Tętnica sprychowa pokręcona, twarda. Tętno chybkie, l. t. 76. Wątroba macalna na 4 palce niżej łuku żebrowego. Na kończynach dolnych nieznaczne obrzęki. Mocz bez białka. Rozpoznanie: *Insuffitientia valv. sem. aortae in stad. incomp.*

Przypadek XII.

J. P. l. 43 kelner. Od roku ogólne osłabienie. Od kilku tygodni duszność i obrzęki na kończynach dolnych. Badanie wykazuje:

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
20 czerw.	86—90	60	900	—	Arsen	Tętno miękkie.
21—23 czerw.	88—90	60	700—1000	—	2 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Tętno nie okazuje zmiany.

Woskowa bladość skóry. Narządy wewnętrzne bez zmian wybadalnych. L tętna 90. Na kończynach dolnych obrzęki. Badanie krwi: Hb. 18%, ciałek czerwonych 1.900.000, liczne normoblasty. Rozpoznanie: *Anaemia perniciosa.*

Przypadek XIII.

W. G. l. 18. Chora po operacyi gruźlicy jelita ślepego. Nie gorączkuje. Okazuje stałe przyspieszenie tętna. L. t. 114.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
20—25 czerw.	112—114	80	1000-1200	—	—	Tętno miękkie.
25—28 czerw.	108—100	90	1200	—	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Tętnica sprychowa twarda.

Przypadek XIV.

J. L., l. 15. Narząd krążenia bez zmian.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm.	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
25—28 styczn	80—82	100	1200	45	—	Tętnica dobrze napięta
28—31 styczn	76—80	105	1200	—	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Tętnica sprychowa wyraźnie twardsza.

Przypadek XV.

E. M., l. 29. Narząd krążenia bez zmian.

Dzień	Liczba tętna	Ciśn. krwi w mm	Ilość moczu w ctm.³	Waga ciała w kg.	Leczenie	Uwagi
25—28 styczn.	72—78	100Hg.	1200 C g. 1015	82	—	—
29 styczn. do 1 lutego	72—68	115	1000—1200 C. g. 1015	—	3 razy dnia po 0·05 $BaCl_2$	Tętno silnie napięte, tętnica sprychowa twardsza.

Zbierając w krótkości wyniki leczenia, osiągnięte w pojedynczych przypadkach, otrzymujemy następujące zestawienie:

Przypadek I. Stan ciężki. Po dwukrotnem zażywaniu chlorku barowego występuje mierne zwolnienie tętna; ciśnienie krwi nie podnosi się, jakość tętna nie ulega zmianie, ilość moczu początkowo zmniejsza się.

Przypadek II. Stan ciężki. Po 4 dniach zażywania $BaCl_2$ pogorszenie. Po 5 dniach zażywania naparu naparstnicy znaczna poprawa, pod każdym względem bardzo wyraźna. Ponowne podawanie $BaCl_2$ również pozostaje bez skutku. Po digitoksynie objawy niewyrównania ustępują.

Przypadek III. Niedomoga mięśnia sercowego miernego stopnia, bo zmniejsza się pod wpływem leżenia. Po podaniu $BaCl_2$ tętno wolnieje, tętnica sprychowa staje się twardszą, ciśnienie krwi podnosi się wyraźnie, a mimoto ilość moczu zmniejsza się. Po digitoksynie jeszcze dalsze zwolnienie tętna, ciśnienie krwi podnosi się, ilość moczu zwiększa się.

Przypadek IV. Stan ciężki. Po $BaCl_2$ niema żadnej zmiany ani w tętnie, ani w ciśnieniu. Po przetworach naparstnicy znaczna poprawa, szczególnie co do ciśnienia krwi, oraz ilości moczu.

Przypadek V. Stan ciężki. Podawanie $BaCl_2$ pozostaje bez wpływu tak na liczbę tętna, jakoteż na ciśnienia krwi. Również i naparstnica niewiele działa.

Przypadek VI. Niedomoga serca lżejszego stopnia. Po 4-dniowem podawaniu $BaCl_2$ tętno wolnieje, ciśnienie krwi podnosi się wyraźnie, a tętnica sprychowa staje się drutowato twardą. Równocześnie występuje znaczna duszność. Po *tra strophanti* ciśnienie nieco opada, tętno jeszcze bardziej wolnieje, duszność zmniejsza się.

Przypadek VII. Stan ciężki. $BaCl_2$ wywołuje mierne zwolnienie tętna, nieznaczne podniesienie się ciśnienia krwi; tętnica sprychowa staje się twardszą. Chory dalej doznaje duszności. Po naparstnicy (dialys. Golaz) znaczna poprawa.

Przypadek VIII. Stan ciężki. $BaCl_2$, jakoteż naparstnica i jej przetwory nie działają.

Przypadek IX. Stan dość ciężki. Po 4-dniowem podawaniu $BaCl_2$ tętno wolnieje, staje się drutowato twardem, ciśnienie krwi podnosi się dość znacznie, mimoto duszność i obrzęki zwiększają się, ilość moczu maleje. Po naparstnicy i strofancie obrzęki w zupełności znikają, duszność ustępuje, tętno jest mniej napięte, ilość oddawanego moczu zwiększa się.

Przypadek X. Niedomoga serca miernego stopnia. $BaCl_2$ wywołuje zwolnienie tęna, podniesienie się ciśnienia krwi. Tętnica sprychowa znacznie twardsza. Niemiarowość tętna i duszność utrzymuje się. Digalen wywołuje dalsze wzmożenie się ciśnienia, zwolnienie tętna. Niemiarowość nieznaczna, po ruchach niema duszności.

Przypadek XI. Stan ciężki. Częstość tętna po 3-dniowem zażywaniu $BaCl_2$ nieznacznie wolnieje, ciśnienie krwi nieco się podnosi, tętnica sprychowa staje się drutowato twardą; ilość moczu zmniejsza się, obrzęki i duszność większa. Po digalenie ilość moczu nieco się powiększa, zresztą stan ten sam.

Przypadek XII. Znaczne obniżenie ciśnienia krwi nie podnosi się po zastosowaniu $BaCl_2$. Liczba tętna również nie ulega zmianie.

Przypadek XIII. Stałe przyśpieszenie tętna. Po 4 dniach zażywania $BaCl_2$ liczba tętna wyraźnie wolnieje, ciśnienie krwi nieco się podnosi, tętnica sprychowa staje się twardą.

Przypadek XIV. U człowieka zdrowego po trzech dniach zażywania $BaCl_2$ nie można wykazać wyraźnych zmian ani w liczbie tętna, ani w ciśnieniu krwi. Tętnica sprychowa wydaje się twardszą dla palca badającego.

Przypadek XV. U człowieka, również nie okazującego zmian w narządzie krążenia, po 3 dniach stosowania $BaCl_2$ częstość tętna wolnieje, ciśnienie podnosi się wyraźnie, tętnica sprychowa staje się silnie napiętą, twardą.

Przegląd wyżej przytoczonego zestawienia doprowadza nas do dwóch wniosków, mianowicie, że w jednej części przypadków chlorek barowy działa bardzo nieznacznie lub też wcale nie działa na układ krążenia, że w drugiej zaś okazuje dość wyraźny wpływ na narząd krwionośny. Działanie to ujawnia się w rozmaity sposób.

Najstalszym i najwyraźniejszym, aczkolwiek w liczbach nie dającym przedstawić się objawem, jest zmiana jakości tętna. Tętnica sprychowa staje się pod wpływem działania chlorku barowego wyraźnie twardszą, oporniejszą, niekiedy drutowato napiętą, szczególnie w przypadkach, gdzie już poprzednio istniało podwyższenie parcia krwi. Co do zmiany w częstości tętna, to dające się spostrzegać w niektórych przypadkach zwolnienie, było zawsze niezbyt wyraźne i tylko w jednym przypadku (XIII) wystąpiło wybitnie. Ciśnienie krwi podnosi się i to niekiedy dość znacznie, jednakowoż równocześnie z tem wzmożeniem się ciśnienia krwi nie idą w parze inne objawy przedmiotowe i podmiotowe, ba nawet wprost przeciwnie, podniesienie ciśnienia wywołuje niekiedy ujemne skutki (Przyp. IX).

Ilość moczu częstokroć miernie zwiększa się, niekiedy zaś mimo wzmożonego ciśnienia krwi nie podnosi się, lecz przeciwnie ulega wybitnemu zmniejszaniu się (Przyp. IX).

W prostym stosunku do ilości moczu pozostaje również stan obrzęków.

Różne w doświadczeniu klinicznem działanie chlorku barowego daje się dobrze objaśnić farmakodynamicznemi własnościami tego przetworu. W dawkach, stosowanych w celach klinicznych działa chlorek barowy na obwodowy układ naczyniowy, powodując zwężenie tętnic. Bezpośredniem następstwem zwężenia jest zmiana w napięciu ścian tętniczych, które w wybitnych przypadkach robią wrażenie drutowato napiętych. W dalszym ciągu dopiero, wznieca zwężenie tętnic obwodowych, w przypadkach odpowiednich, podniesienie ciśnienia krwi. Dzieje się to naturalnie kosztem powiększonej pracy mięśnia sercowego, który musi wówczas pokonywać większe opory w krążeniu. Jeżeli zatem posiada jeszcze dostateczną ilość siły zapasowej, wówczas zwężenie tętnic wywołuje następowo podniesienie się parcia krwi. Jeżeli zaś zapasowa siła mięśnia sercowego, już jest u swej granicy, lub jest wprost wyczerpaną, wówczas chlorek barowy albo nie wywołuje podniesienia się ciśnienia krwi i wówczas zwiększa bezcelowo pracę serca, albo też w przypadkach, okazujących już z góry wysokie ciśnienie krwi, doprowadza mimo dalszego podniesienia parcia krwi do pogorszenia stanu ogólnego. Tem się też tłómaczy, że w przypadkach niedomogi mięśnia sercowego miernego stopnia mamy po chlorku barowym wyniki, wskazujące nam na korzystne, aczkolwiek niezbyt energiczne działanie tego środka. W przypadkach niedomogi mięśnia sercowego znaczniejszego stopnia nie ujawnia się ono zupełnie z powodów wyżej przytoczonych; niekiedy zaś może być szkodliwem. Że punktu zaczepienia działania chlorku borowego nie należy szukać w samym mięśniu sercowym, lecz w zwężeniu naczyń obwodowych, dowodzi ta okoliczność, że w przypadkach, w których po chlorku barowym podniosło się ciśnienie krwi, można je było jeszcze w dalszym ciągu potęgować środkami, które działają dowodnie na mięsień sercowy, jak n p. naparstnica i jej przetwory.

Jako przyczynę zwolnienia częstości tętna należy uważać podniesienie parcia krwi, wywołujące następowe podrażnienie nerwu błędnego, a tem samem zwolnienie skurczów serca.

W ścisłym związku z powyższymi wywodami pozostaje także sprawa ilości moczu, wydzielanego na dobę. Ilość ta jest w prostym stosunku proporcyonalna do ilości krwi, przepływającej w jednostce czasu przez nerki. Jeżeli więc zwężenie tętnic, wywołane chlorkiem barowym, spowoduje niestosunek pomiędzy siłą mięśnia sercowego, a oporem

w krążeniu na korzyść tego ostatniego czynnika, otrzymamy w następstwie zmniejszenie się ilości moczu. W razie, jeżeli stosunek między tymi czynnikami zostanie zachowany na korzyść ilości krwi, przepływającej przez nerki, ilość moczu może się podnieść. Bezpośredniem następstwem ilościowego zachowania się moczenia jest stan obrzęków.

Uwzględniając wpływ chlorku borowego na zachowanie się narządu krążenia na podstawie wyżej przytoczonych spostrzeżeń i wywodów, możemy wypowiedzieć zdanie, że chlorek barowy jest lekiem, któremu zasadniczo nie można odmówić działania w chorobach narządu krążenia. Działanie to jest korzystne tylko w chorobach serca, okazujących niedomogę serca miernego stopnia, a nie okazujących przytem podwyższonego parcia krwi. Z działaniem naparstnicy nie wytrzymuje chlorek barowy żadnego porównania. Naparstnica działa znacznie pewniej i energiczniej. W przypadkach, gdzie lek ten nie skutkuje, pozostaje i podawanie chlorku barowego bez skutku. Wystrzegać się należy podawania chlorku barowego w chorobach serca, przebiegających z podwyższonem parciem krwi lub ze znacznem osłabieniem mięśnia sercowego.

W końcu niech mi wolno będzie wyrazić podziękowanie JW. Panu Radcy Dworu prof. Korczyńskiemu za pozwolenie użycia materyału klinicznego, oraz za wskazówki przy pracy.

IV. Wyciągi.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. A. Marcinkowski. **Zatrzymanie moczu, jako jedyny podmiotowy objaw, prawdopodobnie ciąży zamacicznej.** (*Nowiny lekarskie*, 1895, Zeszyt 2). U 34-letniej dotąd niepłodnej mężatki nie pojawiła się po raz pierwszy miesiączka. Przed tygodniem zbudziła się chora z uczuciem parcia na mocz, lecz oddać go nie mogła. Od tej chwili mocz odpływa wciąż kroplami, a równocześnie wystąpiło krwawienie z pochwy i trwa dotąd. Okolica nadłonowa cokolwiek bolesna, część pochwowa zwrócona silnie ku górze, tylna ściana pochwy wypuklona przez guz duży, bolesny; przy badaniu zestawionem w uśpieniu chloroformowem macica powiększona, zwrócona ku tyłowi i stronie lewej, a od strony prawej przylega do macicy guz wielkości 2 pięści, elastyczny, mało ruchomy. Przez 4 następne dni ciepłota prawidłowa, mocz musiano odprowadzać cewnikiem. Wobec braku szczegółów z wywiadów, przemawiających za ciążą zamaciczną, rozpoznano torbiel jajnikowy, który uległ nagłemu powiększeniu, odepchnął macicę ku tyłowi i spowodował ucisk na szyjkę pęcherza. Operacya wykazała macicę miękką, wielkości 2-miesięcznej ciąży i guz po stronie prawej pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego, zawierający treść gęstą, czarną. Przez powstałe naddarcie w ścianie guza wchodzi palec do obszernej jamy. Założono do owej przestrzeni worek Mikulicza i wyprowadzono go przez dolny kąt rany laparotomijnej. Nastąpiło wyzdrowienie. Zdaniem autora wszystko przemawia za ciążą zamaciczną z przebiegiem o tyle ciekawym, że pierwszym i jedynym objawem, z powodu którego chora szukała pomocy lekarskiej, było zatrzymanie moczu.

B. Wojciechowski.

G. Schmorl. **O losie komórek łożyskowych w zatorze.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1905, Nr. 5). Zapatrywanie, że komórki, oderwane od zupełnie prawidłowego łożyska, mogą utkwić w odległych narządach, przedewszystkiem w płucach, i uledz tam bujaniu, liczy dziś wielu zwolenników. Zajmując się żywo tą niedość jeszcze wyświetloną sprawą, poddał S. płuca 150 kobiet, zmarłych w czasie wcześniejszej lub późnej ciąży lub w połogu (po porodach i poronieniach), systematycznemu badaniu drobnowidowemu. Przekonał się przytem, że przemieszczenie komórek łożyskowych jest rzeczą bardzo pospolitą, a stosunkowo najobficiej napotkał te komórki u 83, zmarłych z powodu drgawek porodowych. Potwierdza się również to, co już udowodnił Kassjanow, że owe przemieszczenie pojedynczych komórek odbywa się także poza okresem bólów porodowych, nawet podczas bardzo wczesnej ciąży. Całe kosmki spotyka się w naczyniach płucnych jedynie po długo trwających porodach, połączonych z silnem mechanicznem uszkodzeniem łożyska, szczególnie po odklejeniu ręcznem łożyska, po łożysku przodującem i po pęknięciu macicy. Na owych 150 przypadków tylko 2 razy mógł S. stwierdzić rzeczywiście niechybne bujanie komórek, tkwiących w naczyniach płucnych. W obu przypadkach chodziło o chore, zmarłe z powodu zakażenia po poronieniu z końcem pierwszego i z początkiem drugiego miesiąca. Komórki wnikały wyraźnie w ściany naczyń, okazywały własności niszczące i dostawały się nawet poza obręb naczyń, w miąższ płucny. Po stwierdzeniu tego stanu rzeczy zadaje sobie S. pytanie czy liczne zatory i bujanie komórek łożyskowych mogą pochodzić zarówno z łożyska zdrowego, jak chorobowo zmienionego? Aczkolwiek pytania tego na razie z całą pewnością rozstrzygnąć jeszcze nie może, jednak pewne dotychczasowe spostrzeżenia naprowadzają go na myśl, że zdarza się to w tych jedynie przypadkach, gdzie łożysko nie zachowuje się prawidłowo. S. spotkał się bowiem przedtem jedynie z 3 przypadkami zaśniadu groniastego (jeden z nich dotyczył częściowego tylko zwyrodnienia przy ciąży bliźniaczej), w których zatory komórek łożyskowych w płucach były tak bardzo liczne i gdzie komórki tak bujały, jak w obu opisanych przypadkach poronienia; — ma więc wielkie podejrzenie, że również w tych ostatnich przypadkach łożyska nie były zupełnie prawidłowe. Autor uważa za rzecz wielce podobną do prawdy, że tylko wówczas porwane z łożyska i przeniesione komórki zdolne są do złośliwego bujania, gdy łożysko uległo poprzednio zwyrodnieniu, właściwemu dla zaśniadu groniastego.

B. Wojciechowski.

OKULISTYKA. Hähnle. **Zez zbieżny o torze przerywanym.** (*Die Ophtalmologische Klinik*, 1905, Nr. 4). Autor miał sposobność widzieć dwa rzadkie i ciekawe przypadki zezu o typie regularnie przerywanym. U 10-letniej dziewczynki od 3-go roku życia pojawia się stale co drugi dzień silny zez zbieżny lewego oka, przyczem chora nie doznaje wcale podwójnego widzenia. Nazajutrz oczy nie okazują ani śladu zboczenia w ustawieniu osi, a co więcej, daje się wykazać prawidłowe widzenie dwuoczne i dobre poczucie bryłowatości. Przez cały następny dzień dziecko znowu silnie zezuje okiem lewem. Na tę niezmienną kolejność nie wywierają żadnego wpływu ani atropinizacya, ani pełna korekcya zachodzącej hiperopii, ani prąd przerywany. Autor przypuszcza tło histeryczne. Drugi zupełnie podobny przypadek odnosi się do 7-letniego chłopca.

K. W. Majewski.

Jocqs. **Zapalenie rogówki punkcikowate.** (*Die Ophtalmologische Klinik*, 1905, Nr. 4). Autor omawia rozmaite postacie punkcikowatego zapalenia rogówki. Jedna z nich, polegająca na osadzaniu się drobnych złogów wypociny włóknikowej na błonie Descemeta, nie jest nawet, ściśle biorąc, zapaleniem samej rogówki, a tylko sprawą, toczącą się w jagodówce (t. zw. *iridocyclitis serosa*). Znamy dalej punkcikowate postacie miąższowego zapalenia rogówki (*keratitis parenchymatosa*). Za osobną postać chorobową uznaje autor obraz kliniczny, jaki spostrzegał w dwóch przypadkach: nagły początek choroby, światłowstręt, nastrzykanie rzęskowe, wystąpienie drobnych, punkcikowatych ognisk w miąższu rogówkowym, bliżej przedniej powierzchni, żadnych objawów ze strony tęczówki, ani ciała rzęskowego. Zmiany te ustępują dość łatwo pod wpływem dioniny i mięsienia żółtą maścią Pagenstechera. Cierpienie występuje najprawdopodobniej na tle kiły.

K. W. Majewski.

Trantas. **Zapalenie rogówki miąższowe z przebiegiem złośliwym i ciąża. Przerwanie ciąży. Wyleczenie.** (*Archives d'Ophtalmologie*, 1904, Nr. 12). Niektóre ciężkie schorzenia oczne stanowią wskazanie do przerwania ciąży. Należą tu: *retinitis albuminurica amotio retinae gravidarum atrophia n. optici, ulcus corneae utr. c. hypopyo.* W niejednym z podobnych przypadków zawdzięczały chore ocalenie wzroku jedynie przerwaniu ciąży. Autor opisuje przypadek bardzo ciężkiego zapalenia miąższowego rogówki u kobiety ciężarnej. Mimo energicznego leczenia miejscowego i podania rtęci oko uległo zanikowi. Gdy w czasie następnej ciąży wystąpiło takie samo i tak samo groźnie przebiegające zapalenie rogówki na oku drugiem, — a klasyczne leczenie również nie odnosiło skutku, — zdecydował się autor sprowadzić poronienie. Stan oka doznał wnet po przerwaniu ciąży znacznej poprawy i chora odzyskała bystrość wzroku, wystarczającą do pracy.

K. W. Majewski.

J. Hirschberg i S. Ginsberg. **Przypadek rzadkiego guza rogówki.** (*Centralbl. f. Augenheilk.*, R. XXIX, luty, 1905). U dziecka, wykazującego liczne zmiany gruźlicze, utworzył się na rogówce lewego oka guz, pokrywający ją prawie w całości. Tylko obwodowe części rogówki pozostały względnie wolne, były bowiem nacieczone, a ponad niemi zwieszał się wał nowotworowy. Całość

robiła wrażenie gruźlicy, która, przebiwszy się z tęczówki na zewnątrz, wybujała grzybowato na zewnątrz. Ponieważ oko dla wzroku było straconem, a sprawiało choremu znaczne dolegliwości tak, iż odżywienie dziecka coraz to bardziej podupadało, przeto oko wyjęto. Badanie anatomiczne i histologiczne nie potwierdziło rozpoznania klinicznego. Okazało się bowiem, iż tęczówka prócz nieznacznego nacieku nie wykazywała większych zmian; guz zaś cały wychodził z rogówki. Z wyjątkiem błony Descemeta i warstw wewnętrznych cała rogówka była zniszczoną. Jej miejsce zajmował guz utkania śluzowatego, wewnątrz którego widać komórki plazmatyczne, wielojądrzaste leukocyty, komórki tuczne i nieliczne komórki olbrzymie. Na powierzchni guza brak przybłonka. Szczepień na króliku nie robiono, mikroskopem jednak prątków gruźlicy nigdzie nie wykazano. Cała sprawa przedstawia się zatem jako zapalenie rogówki, które przez podrażnienie spowodowało bujanie tkanki ziarninowej. *L......*

PEDYATRYA. Bartenstein. **Przyczynki do kwestyi sztucznej choroby Barlowa u zwierząt.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, Tom 61, styczeń, 1905). Żywienie młodych psów przez $1^1/_2$—$6^1/_2$ miesięcy mlekiem długo gotowanem i długo przechowywanem nie doprowadziło w żadnym przypadku do zmian w kośćcu, odpowiadających chorobie Barlowa. *Lewkowicz.*

Göppert. **Trzy przypadki zapalenia krwotocznego opony twardej z wodogłowiem zewnętrznem** (*j. w.*) Przypadki dotyczą oseseków; dwa z nich rozwinęły się po urazie. Dziecko zapada nagle i okazuje wielki niepokój, drgawki, szybkie powiększanie się obwodu głowy, tarczę zastoinową, krwotoki na dnie oka. W przebiegu odróżnić można dwa okresy: w pierwszym (wodogłowie zewnętrzne) otrzymuje się przy nakłuciu lędźwiowem albo ciecz lekko krwawo zabarwioną, albo znaczne ilości cieczy zupełnie wodojasnej, nakłucie sprowadza widoczną i szybką poprawę; — w drugim — ciecz otrzymana jest krwawą, a nakłucie niema widocznego dodatniego wyniku. *Lewkowicz.*

Freund. **O skutkach podawania tłuszczu na wymianę pierwiastków oseska.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). W doświadczeniach na 3 oseskach otrzymano następujące wyniki: podanie tłuszczu w większej ilości wywołuje, jak o tem wiemy od czasu spostrzeżeń Czernego i Kellera, zwiększone wydzielanie amoniaku. Tłomaczy się ono częściowo większem odprowadzaniem zasad kałem (Steinitz), ale także większem wessaniem kwasu fosforowego z przewodu pokarmowego, co znów wywołane jest zastąpieniem kwasu fosforowego w połączeniach głównie z wapnem kwasami tłuszczowymi. W pierwszem doświadczeniu 43·8%, w drugiem 31.4% kwasów tłuszczowych, wydalanych z kałem, było w połączeniu z wapnem i magnem i magnezyą, jako nierozpuszczalne mydła. Stolec przybiera skutkiem obecności tych mydeł barwę jasną i jest podobnym do kitu szklarskiego; do zmiany barwy przyczynia się jednak także nadmierne odtlenienie barwików żółciowych poza hidrobilirubinę do bezbarwnego urobilinogenu. *Lewkowicz.*

Czerny. **Usposobienie wysiękowe.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, Tom 61, styczeń, 1905). Pojęcie usposobienia wysiękowego (*diathesis exsudativa*), schodzi się w pewnym zakresie z pojęciem zołzów, mianowicie, jeżeli z nich wykluczymy wszystko, co należy do gruźlicy. Ponieważ jednak w piśmiennictwie toczy się spór co do tożsamości zołzów z gruźlicą, utworzył profesor Czerny powyższy termin na określenie zboczenia, które nie z gruźlicą niema wspólnego. Chodzi o zboczenie wrodzone, najczęściej rodzinne i dziedziczne. Objawia się ono głównie w latach dziecięcych, później zaś może stać się ukrytem i dlatego dziedziczność nie zawsze łatwo wykazać. Dzieci okazują od początku zboczenia w wynikach odżywienia. Albo pozostają w tyle, albo przeciwnie okazują nadmierne zapasy tłuszczowe. W obu typach chodzi o złe wyzyskanie tłuszczu. To też niekiedy przy karmieniu sztucznem, uboższem w tłuszcz, niż karmienie piersią, dzieciom powodzi się lepiej. Częstym, ale nie stałym objawem usposobienia wysiękowego jest język mapiasty (*lingua geographica*), ciemiączko załupieżone (Gneis), a także strup mleczny oseseków. Oba ostatnie zboczenia skutkiem zakażeń wtórorzędnych dają powód do wyprysków. Odżywianie wywiera na nie wpływ bardzo wybitny. Dalszym objawem bywa świerzbiączka (*prurigo*), nazywana także ognikiem (*strophulus*), lub pokrzywką. Zboczenia te przy odpowiedniem odżywianiu ustępują zwykle w ciągu 2-go lub 3-go roku życia, a w przebiegu okazują krótsze lub dłuższe przerwy. Tu także należy łatwe odparzanie skóry w fałdach na szyi, za uszami i t. d. Drogi oddechowe okazują skłonność do zapaleń, powtarzających się niekiedy kilkakrotnie w równy sposób (zapalenie gardła, migdałków, migdałka podniebiennego, krtani, oskrzeli). Zajęcie oskrzeli przy odpowiedniej pobudliwości nerwowej może łączyć się z objawami dychawicznymi. Na wszystkie te przypady mają wpływ także i warunki, wśród których dziecko żyje: wieś z powietrzem czystem, lub przeciwnie miasto i t. d. Następstwem bywa przerost migdałków. Często stosunek pojmowany jest odwrotnie, jednak niesłusznie, gdyż wycięcie migdałków nie usuwa skłonności do zapaleń. Dzieci cierpią często na brak łaknienia, albo spostrzega się naprzemian brak łaknienia i żarłoczność. Często zaburzeniom towarzyszy lekka gorączka. Niektóre objawy (gorączka, brak łaknienia, cuchnienie z ust) tłomaczą się połykaniem rozpadłych mas wysiękowych z mieszków migdałków. Do objawów usposobienia wysiękowego należą jeszcze zapalenie brzegów powiek, zapalenie pryszczykowe rogówki, zapalenie sromu lub żołędzi. Nie wszystkie objawy spostrzega się równocześnie. Przy zajęciu błon śluzowych może nie być objawów skórnych. Te ostatnie cechują cięższe postacie i nigdy wtedy nie brakuje objawów zajęcia dróg oddechowych. Leczenie nie może się kusić o usunięcie usposobienia, może jednak zmniejszyć przypadłości i następstwa. Najważniejsze miejsce zajmuje w niem odżywianie. U dzieci po 2-gim roku życia żywienie przeważnie roślinne z dodatkiem małych ilości mleka ($^1/_4$—$^1/_2$ litra) i mięsa. Wykluczyć należy jaja, tłuszcze, cukier i słodkie potrawy, dozwolić surowych owoców. U dzieci do 2-go roku życia ograniczenie ilości pokarmu do możliwie najniższej miary, aby przeszkodzić gromadzeniu się tłuszczu; w 2-gim roku życia ograniczenie ilości mleka, a zastąpienie go węglowodanami, polewkami i jarzynami. Dziecku nie należy na jego cierpienie zwracać uwagi, powinno ono przebywać, o ile możności jak najwięcej, z rówieśnikami; w ten sposób udział czynnika nerwowego najbardziej się ograniczy. Należy jaknajskuteczniej zmniejszyć sposobność do zakażeń: przebywanie na wsi, w miejscach klimatycznie korzystnych, w powietrzu bez pyłu i dymu; zapobieżenie zetknięciu się z dorosłymi, cierpiącymi na nieżyty nosowe lub zapalenie gardła. *Lewkowicz.*

Süsswein. **Przyczynek do fizyologii mechanizmu ssania.** (*Archiv. f. Kinderheilkunde*, T. 40, 1905). Autor na podstawie interesujących spostrzeżeń dowodzi, iż za pomocą samego przyglądania się aktowi ssania możemy w znacznym stopniu ocenić, o ile pierś mamki odpowiednią jest dla dziecka. Główną wskazówką jest tu stosunek częstości ruchów ssących do ruchów połykania. Obecność tych ostatnich jest niezawodnym dowodem wydzielania się z piersi pokarmu, podczas gdy ruchy ssące mogą być czcze. Idealną pierś stanowi ta, przy której ssaniu w pierwszych minutach po każdym ruchu ssącym następuje ruch połykania i przy której po 5 minutach większa część posiłku została przez dziecko wyssaną. Jeżeli dziecko czyni w posiłku częste przerwy, a ruch połykania wypada co kilka ruchów ssących, wówczas pierś jest dla danego oseska nieodpowiednią lub niewystarczającą. Oczywiście, że wyniki bezpośredniego spostrzegania, jakkolwiek mogą w praktyce oddać duże usługi, tam, gdzie idzie o ścisłość, nie są w stanie zastąpić wyników, uzyskanych zapomocą wagi. *Zeleński.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Wierżbickij. **Znaczenie owadów w epidemiologii moru; badania doświadczalne nad pchłami:** *pulex irritans*, *p. canis*, *p. felis*, *typhlopsylla musculi* **i pluskwami:** *cimex lectularius*. (*Rozprawa na stopień doktora medycyny*. Petersburg, 1904). Doświadczenia W., wykonane w kronsztadzkim porcie Aleksander III, wyświetlają rolę owadów w szerzeniu moru. Badania te wykazują, że pchły i pluskwy zawierają w sobie laseczniki morowe, jeśli ssały krew zwierząt na 12—26 godzin przed ich zgonem z moru, zatem w tym okresie, kiedy krew już zawiera laseczniki swoiste; laseczniki żyją w pchłach 4—6 dni, zachowując jadowitość, odpowiednią jadowitości hodowli, którą było zakażonem zwierzę; w pluskwach zaś żyją tem dłużej, im dłużej one były przedtem głodzone: w pluskwach, nie głodzonych wcale lub nie więcej, niż 7 dób, laseczniki znikają w trzecim dniu; w głodzonych zaś w ciągu 4—$4^1/_2$ miesięcy, giną na 8—9 dzień. W pchłach i pluskwach laseczniki moru rozmnażają się; w wypróżnieniach ich można znaleźć żywe i jadowite laseczniki przez cały czas, póki laseczniki znajdują się w samym ustroju tych owadów. Jeśli pierwotna hodowla, użyta dla zakażenia zwierzęcia, jest mało jadowitą, to pokąsania pcheł i pluskiew, zawierających laseczniki morowe z takiego zwierzęcia, nie wywołują schorzenia i śmierci zwierząt zdrowych. W razie zaś, jeśli pierwotna hodowla jest wysoko jadowitą i owady kąsały zwierzę zakażone w pewnym okresie choroby, to pokąsania przez owady sprowadzają zakażenie i śmierć zdrowego zwierzęcia. Miejscowy odczyn zapalny bywa w tych warunkach bardzo słabo wyrażony lub zupełnie nie występuje. Pchły zakażone morem mogą przez pokąsanie zakażać zwierzęta zdrowe w ciągu 3 dni; pluskwy zaś, w których laseczniki trwają przez 8 dni, w ciągu 5 dni. Więcej niż dwa zwierzęta też same pluskwy zakazić nie mogą. Przy pokąsaniach przez pchły i pluskwy tworzą się naruszenia całości skóry, przez którą w razie stykania się z zakażonym materyałem morowym może nastąpić zakażenie morem.

Rozgniecione zakażone pchły i pluskwy, również ich wypróżnienia, przedstawiają zakaźny materyał moru, który, zetknąwszy się z przeczosami na skórze, może wywołać zakażenie w ciągu przeszło 5 miesięcy (n. p. z plam na płótnie). Rozczyny chemicznych środków odkażających w zwykłych warunkach ich zastosowania nie zabijają laseczników morowych w zakażonych pchłach i pluskwach. Pchły szczurów (*typhlopsylla musculi*) nie kąsają ludzi; pchły ludzkie (*p. irritans*) kąsają szczury; pchły psów i kotów kąsają ludzi i szczury. Pchły ludzkie, psie i kocie mogą, jako pasorzyty przypadkowe, żyć na szczurach i w pewnych warunkach pośredniczyć w przeniesieniu zakażenia ludzi morem ze szczurów i odwrotnie.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Genzel. **Antypepsyna, jako przyczyna nieistnienia samoprzetrawienia żołądka.** (*Kozprawa na stopień doktora medycyny*. Petersburg, 1904). Autor wykazał obecność w błonie śluzowej żołądka substancyi, która przeszkadza trawieniu białkanów zapomocą pepsyny; substancya ta, wyciągnięta z błony, nie strąca się wyskokiem, octanem ołowiu i kwasem fosforowo-wolfranowym i niema nic wspólnego z chlorkiem sodowym i fosforanami, które również tamują działanie pepsyny. Omawiana substancya jest pochodzenia organicznego, lecz natury prawdopodobnie nie białkowej. G. znajdował ją w żołądkach świń i psów we wszystkich warstwach ich ścian, zwłaszcza zaś w warstwie nabłonkowej, następnie w wątrobie, nerkach, śledzionie, sercu i mięśniach. Gotowanie nawet przez czas dłuższy nie niszczy tej substancyi, co mówi na korzyść nie zaczynowego charakteru. Kwasy, a zwłaszcza alkalia, osłabiają działanie antypepsyny. Antypepsyna nietylko nie tamuje działania trypsyny, lecz przeciwnie przyśpiesza; na ptyalinę, zaczyn włóknikowy (fibrinferment), emulzynę i chymozynę antypepsyna nie wywiera żadnego działania. Antypepsyna przeszkadza pepsynie w szybkości jej działania i w głębokości hidrolitycznego wpływu na białkany, więc w rozpuszczaniu białkanów i w tworzeniu peptonów. Komórki ustrojowe, stykając się z zaczynami, bronią się w sposób dwojaki: wytwarzaniem zamiast zaczynów profermentów, pozbawionych siły zaczynów, i wytwarzaniem osobnych substancyi, tamujących swoją obecnością działanie czynnych zaczynów; pierwszy sposób samoobrony spotykamy przeważnie w samych komórkach, drugi w jamach wewnętrznych, n. p. w żołądku, jelitach i t. d.: do ostatniego rzędu substancyi należy i antypepsyna.

Witold Orłowski (Ptbg.).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Znieczulenia zapomocą mieszaniny **paranefryny z kokainą** przy operacyach dentystycznych próbował Römer (*Deutsche zahnärztl. Wochs.*, VII, 30) naprzód na sobie, stwierdziwszy, że paranefryna jest mniej trująca od adrenaliny i suprareniny. Przy użyciu rozczynów 1—2: 1000 z 1% kokainy nie odczuwał żadnych złych skutków po wstrzyknięciu 1 ctm.³; dopiero po tejże ilości rozczynu 3: 1000 doznał lekkiego zawrotu głowy. Zastósował przeto ten środek przy najrozmaitszych zabiegach dentystycznych około 800 razy, dochodząc bez szkody do 3 ctm.³ Aby osiągnąć dobre znieczulenie, ważną jest odpowiednia technika wstrzykiwań; strzykawka musi być oczywiście doskonałą; igłę wbija R. w połowie odległości brzegu dziąsła od szczytu korzenia i wsuwa zwolna, wstrzykując, aż do wysokości szczytu korzenia. Przy zębach siecznych i dwuguzikowych górnych wystarcza wstrzyknąć po 0·5 od przodu i od tyłu; przy dolnych trzeba już nieraz wstrzyknąć dwa razy tyle; toż samo w 25% przypadków przy górnych trzonowych, a w 60% przy dolnych, przy których w 15% nie udało się R. wogóle uzyskać całkowitego znieczulenia. Przed zabiegiem trzeba po wstrzyknięciu odczekać 10, niekiedy i 15 minut. R. nawołuje do bardzo starannego opatrywania ran po zabiegach, wykonanych w znieczuleniu wyciągami nadnercza, czy to paranefryną, czy adrenaliną lub suprareniną, bo środki te, sprawiając kurcz naczyń, trwający do 2 godzin, upośledzają odżywienie tkanek, a wstrzymując krwawienie, ułatwiają też zadanie bakteryom. Dlatego R. przed wyrwaniem zęba wyciera jego okolicę dokładnie wyskokiem, po wyrwaniu przestrzykuje małe ranki jałowym rozczynem fizyologicznym i zasypuje jodoformem, a duże tamponuje gazą jodoformową. *M.*

W gośćcu mięśniowym i stawowym **ostrym** podawał Noé (*Arch. gén. de méd.* 1904, Nr. 28) z wybornym skutkiem glykozal po 0·5—1·0 co 2 godziny przez 8—14 godzin. Zauważył szum w uszach i podniecenie, ale tylko po zbyt dużych dawkach (10 grm. w ciągu 10 godzin). *M.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 3 marca 1905 r.

Obecnych członków 40. Przewodniczy: kol. Wechsler.

I. Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prezes zawiadamia, że 2 marca b. r. odbyło się poświęcenie własnego domu Tow. lek. krakowskiego, w której to uroczystości Tow. lwow. wzięło liczny udział.

III. Na członka Towarzystwa przyjęto dra Singera.

IV. Kol. Świątkiewicz J. przedstawia chorego, okazującego na wardze górnej bliznę, a wśród niej półkoliste owrzodzenie dość płytkie, o brzegach niezbyt wyniosłych, lecz zbitych. Podobny obraz na szczycie nosa. Rozpoznanie: *epithelioma planum*; pomieszać można z *lues gummosa*.

V. Kol. Leszczyński przedstawia chorą, która miała rozległego toczenia na nosie. Obecnie po wyleczeniu wynik kosmetyczny jest taki, że niema najmniejszego ubytku i zoryentować się nie można, jaką sprawę przechodziła. Leczenie polegało na przykładaniu 2% nadmanganianu, a ma tę zaletę, że ziarniny zostają zużyte do pokrycia ubytków. Wyniki mogą spółubiegać się z wynikami po zastosowaniu metody Finsena.

VI. Kol. Reis przedstawia wypadek *conjunctivitis Parinaudi*, choroby rzadkiej, która jeszcze nie przeszła do podręczników. Cechą jej jest występowanie wyrośli na spojówce powiekowej z równoczesnym obrzękiem gruczołów szyjnych i przyusznych. Chora, dziewczyna 14-letnia, podaje, że naprzód nagle powstał obrzęk gruczołów, a potem zaczerwieniło się oko i wystąpiła wydzielina. Na spojówce powiekowej górnej narośla, dochodzące do trzech mm., wśród nich małe ziarna, podobne do jaglicowych. Na drugiem oku liczne mieszki na powiece dolnej, brodawki na górnej. Od jaglicy odróżnia się ta sprawa niezwykłą wielkością narośli, występowaniem po jednej stronie, brakiem zmian na spojówce powiekowej, skłonnością do gojenia się i obrazem mikroskopowym, który wykazuje naciek limfoidalny. Parinaud sądzi, że chorobę tę wywołuje zarazek, przenoszący się z bydła. W tym przypadku drobnoustrojów nie znaleziono.

Kol. doc. Bednarski sprzeciwia się rozpoznaniu i uważa tę sprawę najprawdopodobniej za *conjunctivitis trachomatosa* z przerostem spojówki. I na drugiem oku są zmiany, odpowiadające jaglicy. Są przecież takie formy, które przebiegają łagodnie, same się leczą i nie dają powikłania na spojówce gałkowej. *Conjunct. Parinaudi* jest sprawą, która przebiega więcej zapalnie, nie dziw więc, że przychodzi tam do obrzęku gruczołów. Ta zaś sprawa przedstawia się jako zupełnie przewlekła, trudnoby więc do niej odnieść istniejące powiększenie gruczołów. Badanie anatomiczne nie rozstrzyga. Zresztą nie wyklucza możliwości *conjunct. Parinaudi*, sądzi tylko, że niema danych do rozpoznania jej napewno i dopiero przebieg kliniczny może rozpoznanie uzasadnić.

Kol. prof. Machek przyznaje, że każdy, kto taki przypadek widzi po raz pierwszy, może go rozpoznać jako jaglicę i sam takie obrazy uważał za jaglicę, dopóki Parinaud nie opisał ich, jako odmiennej choroby, a to na podstawie powyższych cech.

Kol. doc. Bednarski oświadcza, że cechy podane jako charakterystyczne nie trafiają mu do przekonania, bo spodziewa się, że jeszcze wystąpi powikłanie ze strony rogówki. Wreszcie nie widzi ostrego przebiegu, jaki jest w *conj. Parinaudi*.

Kol. Reis na uwagę, że brak ostrego przebiegu, dodaje, że początek jest nieznany, prawdopodobnie jednak taki przebieg był, bo chora podaje, że jej z ócz kapało. We wszystkich opisanych przypadkach z początku był ostry przebieg, później, po dwu miesiącach jak w tym przypadku, już nie było objawów zapalnych.

Kol. prof. Gluziński sądzi, że wywiady są tu bardzo ważne. W tym przypadku np. chora podaje, że jej naprzód obrzękły gruczoły, a potem zapadła na oko. Mogłoby więc z tego wynikać, że są to zwykłe *lymphomata colli* t. zw. *scrophulosa*, jak i cała chora ma wejrzenie skrofuliczne, a cierpienie oczne nie ma z tem związku. Wówczasby choroba należała właściwie do leczenia wewnętrznego.

Kol. Reis przypomina, że jest niewątpliwy związek między obiema objawami i nawet Goldzieher wprowadza nazwę *lymphoma con-*

junctivae. W opisanych przypadkach podawano, że raz naprzód występował obrzęk gruczołów przed zajęciem spojówki, drugi raz po niem. Więc trudno jest tę chwilę uchwycić.

Kol. prof. Machek zgadza się z tem, że choroba ta może wymagać leczenia wewnętrznego, podobnie jak *conjunctivitis lymphatica*, tembardziej, że często ma skłonność do gojenia się samoistnego.

Kol. prof. Kadyi sądzi, że wywiady sprawy nie rozwikłają, gdyż proces na spojówce może już istnieć, ale nie zwraca uwagi otoczenia, dopiero wówczas, gdy wystąpi i w gruczołach. Analogicznie bywa, że czasem dopiero po obrzmieniu gruczołów pachwinowych wykrywa się gdzieś mały wrzód w sąsiedztwie.

VII. Kol. Progulski przedstawia dziecko półtoraroczne z *anaemia pseudoleukaemica infantilis* Jakscha. Dziecko ze zmianami krzywiczemi, o skórze woskowo-bladej, okazującej liczne wynaczynionki wielkości prosa. Wątroba na dwa palce niżej łuku, śledziona do talerza biodrowego, twarda. Krew: lepkość zmniejszona, mierna pojkilocytoza, znachodzą się makrocyty i mikrocyty; hgl. 40 (Fleischl); c. czerw. 2.300,000, c. biał. 29,000; wodnistość krwi wynosi 80·4, czyli suchej substancyi 13·6. Procentowo: wielojądrzastych 47·9, limfocytów 31·9, przejściowych 7.7, eozynochłonnych 4·3, myelocytów 8·2; c. czerw. jądrzastych w stosunku do białych 12·2%. Obraz kliniczny i hematologiczny odpowiada żądaniom, stawianym przez Jakscha; dziś jednak trudno uznać tę zmianę narządów krwiotwórczych za jednostkę chorobową, a miejsce jej w ramach między niedokrewnością i białaczką. Ciekawe światło rzucają doświadczenia Pawła Rekrecha, który wstrzykując pyrogalol starym psom, wywoływał u nich ciężką niedokrewność, u szczeniąt zaś objawy, identyczne z wyżej opisaną chorobą.

VIII. Doc. Biernacki mówi:

»O pojęciu niedokrewności z punktu widzenia klinicznego«. Określiwszy niedokrewność, jako zubożenie krwi w jeden lub kilka jej ważnych składników, prelegent zwrócił uwagę, że w niezmiernie licznych przypadkach bladości skóry i błon śluzowych, czyli w przypadkach, klinicznie rozpoznawanych i traktowanych jako *anaemia* (niedokrewność), przy ścisłem badaniu hematologicznem wcale nie znajduje się »zubożenia krwi« w jeden lub kilka ważnych składników, względnie nie wykazuje się rozwodnienia krwi (*hydraemia*), które prelegent uważa za podstawową i wstępną zmianę anemiczną krwi. Przeciwnie w wielu z tych przypadków, mianowicie u bladych neuropatów, spotkać można nawet wzmożenie liczby krążków czerwonych w 1 mlm. sz. do 6 i 7 milionów, zarazem niekiedy i lekkie zagęszczenie krwi. Bladość skóry i błon śluzowych w przypadkach powyższych nie zależy, jak dowodzi prelegent, od zmniejszenia ogólnej masy krwi, czyli od oligemii, która jest zjawiskiem rzadkiem w patologii ludzkiej, wskutek stałej dążności organizmu do wyrównania ogólnej ilości krwi, zależy zaś ona od wrodzonego czy przejściowego (wskutek wpływów naczynioruchowych) zwężenia naczyń obwodowych w skórze i błonach śluzowych, częścią zaś, może nawet przeważnie, od tej szczególnej jasności krwi żylnej, jaką spostrzegać można u neuropatów lub dyabetyków, mimo wzmożonej liczby ciałek czerwonych. Fakty powyższe mają ważne znaczenie praktyczne wobec okoliczności, iż mniej-więcej 60% wszystkich przypadków niedokrewności klinicznej nie wykazuje zmian we krwi, czyli są tylko niedokrewnością pozorną (*pseudoanaemia*): właśnie w tych przypadkach nie spostrzega się działania pożytecznego żelaza, które, przeciwnie, dla błednicy prawdziwej jest specyfikiem. Jako ostateczne wnioski swych spostrzeżeń prelegent stawia: 1) iż bladość skóry i błon śluzowych nie może dłużej być uważana za symbol i synonim niedokrewności; 2) o ile nie mamy przed sobą przypadku z kategoryi niedokrewności pierwotnej, jak błednica, niedokrewność zgubna, białaczka i t. p., lub też niedokrewności wtórnej wskutek nowotworów, zmian anatomicznych narządów miąższowych, zatruć (ołów), ostrych czy przewlekłych chorób zakaźnych, to z drobnymi wyjątkami przypadki pozostałe niedokrewności klinicznej są tylko niedokrewnością pozorną. Nie istnieją, innemi słowy, w rzeczywistości te różne »tła«, »podłoża« anemiczne, które jako rzekoma przyczyna najróżnorodniejszych zaburzeń, głównie nerwowych, odgrywają obecnie jeszcze ogromną rolę w działalności praktyczno-lekarskiej.

(Dyskusya odroczona do następnego posiedzenia). *Zawadzki.*

* * *

VII. Kronika zakładu medycyny sądowej Uniw. Jag. od roku 1895—1905.

Zestawił

Doc. Dr. Stefan Horoszkiewicz,
asystent zakładu.

(Dokończenie.)

Z chwilą przeniesienia zakładu medycyny sądowej do *Collegium medicum* pełnił od roku obowiązki asystenta Dr. Edward Piotrowski: na stanowisku tem pozostawał do jesieni 1896 roku, w którym to czasie, złożywszy poprzednio egzamin fizykacki, wstąpił do służby rządowej.

W miejsce jego mianowany został asystentem Dr. Włodzimierz Sieradzki, promowany na doktora wszech nauk lekarskich w r. 1894. Po uzyskaniu dyplomu oddaje się Dr. Sieradzki studyom przygotowawczym w zakresie anatomii patologicznej i chemii, pracuje wreszcie przez szereg miesięcy na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza pod kierunkiem śp. prof. Obalińskiego. W r. szkolnym 1895/6, otrzymawszy stypendyum z fundacyi śp. Kasparka, wyjeżdża do Paryża i tu poświęca się studyom nad obraną przez siebie specyalnością. Po powrocie stamtąd obejmuje w październiku 1896 r. obowiązki asystenta zakładu medycyny sądowej i pełni je do października 1898 r. W ciągu tego czasu ogłasza szereg prac i habilituje się w maju 1898 po przedłożeniu Wydziałowi lekarskiemu pracy p. t. „O t. zw. przemianie tłuszczowoskowej zwłok“. Powołany w październiku t. r. na zastępcę profesora medycyny sądowej w świeżo utworzonym wydziale lekarskim Uniw. lwowskiego, jest obecnie zwyczajnym profesorem tegoż przedmiotu i dyrektorem lwowskiego zakładu medycyny sądowej. Następcą jego na posadzie asystenta zakładu zostaje mianowany Dr. Stefan Horoszkiewicz.

W ciągu ostatnich 10 lat, obok stałych współpracowników zakładu, pracują tu przygodnie: Dr. Józef Zoll, Dr. Adolf Klęsk, Dr. Wincenty Witaliński, Doc. Dr. W. Łepkowski, Doc. Dr. J. Lemberger, Dr. Niezabitowski, Dr. Wrzosek i Dr. Rzegociński, nadto jako protokolanci zakładowi stud. med. A. Bąkowski, później aż do obecnej chwili stud. med. W. Podliński.

Ruch naukowy w zakładzie w czasie ostatniego dziesięciolecia był dość żywy. Współpracownicy stali i przygodni ogłosili 68 prac, z tych większość doświadczalnych. Z prac tych na pierwszem miejscu pomieścić należy: „Podręcznik medycyny sądowej“ Prof. Dr. Wachholza, wydany staraniem Tow. wydaw. dzieł lek. polskich im. R. D. Prof. Dr. Korczyńskiego, Kraków 1899. Pojawienie się podręcznika tego wiąże się ściśle z rozwojem zakładu sądowo-lekarskiego, ile że materyał zakładowy wpłynął nietylko na część formalną podręcznika, ale dozwolił również na pomieszczenie w nim szeregu rycin, wykonanych ze zbiorów zakładu, a wyjaśniających treść odnośną dzieła.

Z liczby 68 prac, ogłoszonych w języku polskim (w „Przeglądzie lekarskim“, w „Rozprawach Akad. Um.“, w „Pamiętniku jubileusz. R. d. Prof. Dr. Korczyńskiego“, „Przeglądzie prawa i administracyi“ i „Krytyce lekars.“); w niemieckim (w „Vierteljschr. f. g. M.“, „Friedriech's Blätter f. g. M.“, „Zeitschr. f. Med. B.“, „Münch. med. Wochenschrift“, „Ärztliche Sachverständigen-Ztg.“ i „Ärztliche

Central-Ztg."), oraz francuskim („Arch. d'anthr. crim."), przypada na dyrektora zakładu i stałych współpracowników prac 58, na współpracowników przygodnych 10.

Badania nad otruciem tlenkiem węgla, dokonane w zakładzie, wzbogaciły literaturę sądowo-lekarską kilku zupełnie nowymi, a tak ze stanowiska teoretycznego, jak i praktycznego ważnymi faktami. Wykazały one przedewszystkiem, iż tlenek węgla nie tworzy połączeń ze wszystkimi pochodnymi barwika krwi, a szczegół ten znalazł zastosowanie w modyfikacyi, najlepszej z prób chemicznych na tlenek węgla, t. j. w próbie taninowej, która też w tej zmodyfikowanej w zakładzie krakowskim formie w kołach zawodowych została ogólnie przyjętą. Dalsze badania zakładowe dowiodły, iż tlenek węgla jest w stanie przeniknąć nienaruszone powłoki skórne zwłok i zmieniać barwik krwi w nich zawartej na hemoglobinę tlenkowęglową, tem samem dowiodły, iż wykazanie we krwi zwłok obecności tlenku węgla, jak z jednej strony dowodzi stanowczo, iż spoczywały one w atmosferze tego gazu, tak z drugiej strony niezawsze musi stanowić cechę rozpoznawczą śmierci z otrucia tym gazem. Badania te ostatnie zostały w całej osnowie potwierdzone przez Doc. Mirto, Dr. de Dominicis, Prof. Strassmanna, oraz Dr. Schulza.

Sporne zapatrywania na mechanizm śmierci z utonięcia znalazły ostateczne rozstrzygnięcie w pracy, jaka w ostatnim roku wyszła z zakładu sądowo-lekarskiego. Liczne a dokładne doświadczenia stwierdziły dowodnie, iż płyn topielny wnika w największej ilości w drogi oddechowe tonącego w III-cim okresie tonięcia; wyjaśniły przyczyny i sposób powstawania najważniejszych zmian anatomicznych, w końcu poddały dokładnej kontroli najświeższe sposoby wykazywania rozcieńczenia krwi, jakiemu ona wśród tonięcia ulega. Wspomniana już poprzód praca nad tłuszczowoskiem jest pierwszą, która obok jego genezy, podaje dokładny jego skład chemiczny, wyjaśnia tem samem właściwą jego istotę. Próba Teichmanna na kryształki heminy zyskała dzięki badaniom, dokonanym w tutejszym zakładzie, jeszcze silniejsze prawo obywatelstwa w medycynie sądowej, niż to poprzód miało miejsce, skoro badania te wykazały, iż nietylko może ona wypaść dodatnio przy użyciu wszystkich kwasów nieorganicznych, lecz także przy użyciu większości kwasów organicznych, nawet bardzo słabych, oraz, co ważniejsze, iż na wynik dodatni próby nie wpływają ujemnie te wszystkie czynniki, które po czas badań, o jakich mowa, uważane były za uniemożliwiające dodatni wynik tej próby. Badania nad zębami pod względem sądowo-lekarskim, stwierdzenie zmian, jakim ulegają zęby naturalne i sztuczne pod wpływem działania wysokiej ciepłoty i gnicia, stworzyły pierwszą tego rodzaju polską monografię, a zarazem przyczyniły się do rozszerzenia ram nauki o stwierdzaniu tożsamości. Z ważniejszych prac doświadczalnych podnieść w końcu należy badania nad fauną zwłok, które po pierwsze wykazały pewną kolejność w pojawianiu się owadów, niszczących zwłoki, niezgodne z prawdą oznaczenie pewnych gatunków przez francuskiego entomologa Megnina, wreszcie zwróciły uwagę na liczne szczegóły, mogące być pomocnymi przy określaniu na mocy fauny zwłok czasu, jaki upłynął od chwili śmierci danego osobnika, oraz miejsca, w którem zwłoki spoczywały. Obok tych prac oryginalnych, podjęto w zakładzie szereg doświadczalnych, do których skłoniły współczesne badania innych autorów; do nich należą badania nad próbą Roncoronie'go, Florenc'ea, Placzka i t. p.

Zakład sądowo-lekarski zwiedził w ostatnich 10 latach szereg lekarzy rodaków, nadto kilku zagranicznych zawodowców, jak Prof. Strassmann z Berlina, Prof. Haberda z Wiednia, Prof. Pontoppidan z Kopenhagi, wreszcie fizyk sądowy Szigeti z Węgier.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 29 marca.

* Epidemia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, o wybuchu której w Niemczech w swoim czasie donieśliśmy, szerzy się z Górnego Szlązka ku Wschodowi, nawiedziła Szlązk austryacki, zachodnie powiaty Galicyi, dotarła do Krakowa i poza Kraków aż po San. Według urzędowych sprawozdań do dnia 18 marca zachorowało na tę chorobę osób 169, umarło zaś 56. Krajowa Rada zdrowia poświęciła jedno całe posiedzenie zapaleniu nagminnemu opon mózgowo-rdzeniowych i uchwaliła przedstawić Namiestnictwu konieczność wydelegowania specyalnej Komisyi, w celu dalszego badania tej epidemii pod względem bakteryologicznym, a w szczególności warunków jej rozwoju. Do Komisyi tej proponuje Rada Zdrowia docentów: Kučerę (Lwów) i Drobę (Kraków); prócz tego uchwaliła Rada Zdrowia odnieść się do kierowników szkół w powiatach, nawiedzonych chorobą, ażeby w granicach możności usiłowali zapobiegać wstrząśnieniom i urazom cielesnym, łatwo wywołującym wybuch zapalenia opon.

Ile osób zapadło w Krakowie na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych — nie wiemy: na razie jednak nic nie upoważnia do orzeczenia, że w Krakowie grasuje epidemia tej choroby.

* W 25-tą rocznicę założenia Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża w Austryi cesarz polecił wyrazić swoje uznanie Radcy Dworu Dr. Józefowi Merunowiczowi za zasługi, położone w tem „Stowarzyszeniu".

* „Russkij Wracz", w Nr. 8 donosi: W *Bulletin officiel*, organie XV-go międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Lizbonie, znajdujemy pod nagłówkiem „Pologne" wymienienie polskich członków narodowego Komitetu tego Zjazdu. Z naszej strony, powiada „Roski Wracz", serdecznie witamy to przyznanie praw słowiańskiemu pokrewnemu narodowi, który nie bacząc na zmienność przeznaczeń politycznych ze czcią i powodzeniem pracuje na arenie pokojowej. Życzyć tylko należy, by w przyszłym Zjeździe członkowie rodziny słowiańskiej trzymali się wzajemnie, pamiętając, że dla tego zbliżenia nastała pora ważna z chwilą, w której jutrzenka swobody zabłysła nad horyzontem starszego członka w rodzinie słowiańskiej.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Tadeusz Koźniewski.

* Z powodu zamierzonego przyznania technikom dentystycznym prawa do wykonywania niektórych operacyi, które dotychczas należały do zakresu działania lekarzy dyplomowanych, odbył się w Wiedniu wiec lekarzy, który zaprotestował przeciw temu zarządzeniu władzy w imię dobra chorych, oraz w imię interesu stanu lekarskiego w Austryi.

* „St. Petersburg. medic. Wochenschrift" w Nr. 9 donosi, że głośny chirurg, prof. Dr. Zoege v. Manteuffel, dostał się do niewoli japońskiej wraz z całym oddziałem, cofającym się z pod Mukdenu.

* Znany z krewkiego temperamentu i niezaszczytnego procesu b. profesor warszawskiego uniwersytetu, Dr. Zieniec, otrzymał na własną prośbę posadę lekarza sanitarnego we wsi Samarskoje w Ziemi Dońskiej.

* Między 5 a 12 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w 5 gminach powiatu dąbrowskiego, oraz stwierdzono durosutkowy w następujących powiatach: brzeżańskim, buczackim, czortkowskim (po 1 gm.), drohobyckim (3 gm.), husiatyńskim, jaworowskim (po 1 gm.), kołomyjskim (3 gm.), lwowskim (1 gm.), nadwórniańskim (4 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (2 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dyrektorem oftalmologicznej kliniki w Brukseli mian. został Dr. Gallemaerts. Profesorem farmakologii w Londynie mian. Dr. Cushny. Dr. Oskar de la Camp otrzymał

tytuł profesorski w Berlinie. Dr. Karol Fritsch mian. profesorem botaniki w Gracu. W uniwersytecie charkowskim mianowani zostali: Dr. Penski (chirurgia) i Dr. Biełousow (porównawcza anatomia).

Nekrologia. W Paryżu zmarł psychiatra Paweł Garnier.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr. 11. Rybicki: Przyczynek do kazuistyki drgawek porodowych z uwagami, dotyczącemi tego przedmiotu (dok.). Neugebauer: Kilka słów o dwupłciowym rozwoju przewodów płciowych z uwzględnieniem wybitniejszych przypadków rozwoju macicy u mężczyzn (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 10. N. Cybulski: Materya promienista jako środek leczniczy.

— *Kronika lekarska* Z. 6. Sędziak: O postępach w laryngologii i rynologii (c. d.). Niedzielski: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki (c. d.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 1 i 2. Szuman: O guzowatych twardych naciekach zapalnych, występujących wskutek próchnicy zębów mądrości lub wskutek schorzeń dziąsła. Ruczka: Ambulatoryum dentystyczne U. J. w Krakowie.

— *Lékařské rozhledy* Z. 3. Pachner: Připad makroglossie. Žižka: Vitálni theorie — zubni kaz — kuchyňská sůl.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaetetické therapii* Nr. 3. Velich: Studie o wlivu soustavy nervové na tep. Kopfstein: Tři připady hemiplegie (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 12. Hřivna: O plicnich komplikacich zánětlivých při tyfu abdominalnim. Starý: Tetanie v průběhu žaludečni choroby a břišniho tyfu (c. d.),

— *La Presse médicale* Nr. 21. Fuster: Higiena społeczna: Walka przeciw tęgoryjcowi w Niemczech. Seigneux: Adrenalina w ginekologii i położnictwie.

— Nr. 22. Jacquet i Rondeau: Mazidło płodowe. Dziedziczny łojotok i trądzik płodowy. Terrien: Zanik nerwu wzrokowego u cierpiących na wiąd.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 12. Hansemann: Co wiemy o przyczynie złośliwych nowotworów? Buschke: O czynności gruczołów łojowych i ich stosunku do przemiany materyi tłuszczowej. Vogt: Wpływ alkoholu na zmiany w oddziaływaniu źrenicy. Flügel: Rzeżączka odbytnicy przy zapaleniu sromu i pochwy u dzieci. Orth: Morfologia raka a teorya pasorzytnicza (dok.) Karewski: Wzajemna zależność między cukrzycą a zabiegami chirurgicznymi (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 12. Chrobak: O użycie środków żrących. Polland: Przypadek pęcherzycy po jodzie z zajęciem błony śluzowej żołądka. Zirm: Dzisiejsza wiedza o odżywianiu się soczewki i o zaburzeniach tego odżywiania się. Pollak: Niektóre nowe środki w leczeniu suchot płucnych. Pick: Ospa i ospica. Okuniewski: Przetoka moczownika *(urachus)*, wewnętrzne uwięźnięcie, laparotomia wyzdrowienie.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 12. Lenhartz: Leczenie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Wesener: Wyniki zapobiegawczego szczepienia surowicy przeciwbłoniczej w miejskim szpitalu w Akwisgranie. Arneth: Badania krwi w gruźlicy płuc i u leczonych tuberkuliną. Schmaus: O ogniskowym zaniku miąższu mózgowego, t. zw. „Lichtungsbezirke“ w ośrodkowym układzie nerwowym. Fraenkel: O paciorkowcu chorobotwórczym dla człowieka. Zimmermann: Wodo- i elektrotechniczne leczenie zaburzeń czynności serca. Reizenstein: O rozszerzaniu bliznowatego zwężenia przełyku zapomocą ezofagoskopu. Hormann: Rzekoma puchlina brzuszna przy guzach jajników i jej znaczenie kliniczne. Habs: Kolano w tył przegięte. Dreydorff: Guz brodawki sutkowej. Salzer: Odra bez osutki.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 12. Kolle: O stanie kwestyi szczepienia ochronnego przeciw durowi na podstawie najnowszych badań. Knauth: Spostrzeżenia i doświadczenia z surowicą pneumokokową Roemera w dławcowem zapaleniu płuc. Langstein: Przyczynek do nauki o cukrzycy w wieku dziecięcym. Mendelsohn: Doświadczenia nad leczeniem płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową. Engelken: Nowy przyczynek do kwestyi znieczulania w ścieśnionem powietrzu. Baisch: Za i przeciw sztucznemu poronieniu.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 12 (od dnia 19/III do 25/III) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 38, dziew. 28; nieżywo: chł. 5, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 25, kob. 23; zamiejscowych: męż. 19, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 4, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 4, ob. 11. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. 4. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 2, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 5, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. —. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 10, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 4. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. 1. **Razem:** miejscowych 48, obcych 31.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 5 kwietnia, o godzinie 6 wieczorem posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym: 1) Sprawy administracyjne domu (bez względu na komplet). 2) Kol. prof. Rosner okaże preparat i omówi przypadek podwójnej ciąży zamaciecznej. 3) Kol. doc. Majewski mówić będzie: „O niektórych nowszych sposobach oznaczania refrakcyi“ (z demonstracyą przyrządów).

W sobotę, d. 8 kwietnia, o g. 8 wiecz. odbędzie się wspólna kolacya członków Tow. Zgłoszenia przyjmuje kursor.

Salit

(Salicylan bornylowy). Tanie **wcieranie** we wszelakich cierpieniach gośćcowych (czysty lub pół-na-pół z oliwą). Szybko usuwa bole, jest bezwonny. **Z zewnętrznych** leków salicylowych najmniej drażni, bo nie zawiera formaldehydu. Nie działa ubocznie na żołądek, serce, nerki. Szczególnie skuteczny we wszelakich **bolach gośćcowych po zaziębieniu,** w napadach **podostrego i przewlekłego gośćca stawowego, mięśni i ścięgien.**

Collargol

W sprawach **septycznych, — w posocznicy, zakażeniach połogowych** (także zapobiegawczo), **zapaleniu wsierdzia, czyrakach, wągliku, posoczniczym i wiewiórowym gośćcu** i t. d. — jako rozczyn do wlewań **do żył i do odbytnicy,** jako **„maść Credégo“** do wcierań. **W zapaleniu mieszkowem gardła i błonicy** pędzlowanie 5% rozczynem (3 razy dnia). — **W leczeniu ran** jako tabletki, rozczyn i proszek (3 części Collargolu, 97 części cukru mlecznego).

Kołaczyki po 0,05 i 0,25 Collargolu.

Itrol w chorobach oczu i wenerycznych (wrzody weneryczne, wiewiór).

Próbki i piśmiennictwo: 2 a

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

1902. Vyškov. Srebrny medal wystawy. Vyškov, 1902.

Linimentum Mentholi Chloroformiatum

compos. (Lin. mentholi chlorof. comp. aptekarza Fr. Sedláčka).

Mag. farm. Franciszka Sedláčka, aptekarza w Kyjove (Gaya) na Morawach, odpowiada swym składem i ceną zupełnie wymaganiom ustawy, a jest znakomitym środkiem w **gośćcu, dnie,** gośćcu mięśniowym, w bolesnych cierpieniach narządu słuchowego, w nerwowych bolach głowy i gośćcowym bolu zębów, przeciw zwiotczeniu mięśni po wytężającej pracy, długich pochodach i wycieńczających chorobach, w bolesnych cierpieniach nerwów na tle kiłowem. W chorobach żołądkowych i kobiecych oddaje linimentum jako wcierania w związku z okładami Priessnitzowskimi znakomito usługi.



Linimentum mentholi chlorof. comp. jest prawnie zabezpieczone od naśladowań znakiem ochronnym, obok podanym i zaregestrowaną nakrywką flaszek. Należy żądać i zapisywać zawsze wyraźnie **Linim. menth. chloroform.** compos. orig. Fr. Sedláčka. 155

Skład główny dla Austro-Węgier prócz Czech, Moraw i Śląska **Bruno Raabe,** Wiedeń V/1, handel leków i chemikaliów en gros, Wehrgasse 16; dla Czech, Moraw i Śląska **Milde & Rössler,** handel leków i chemikaliów en gros w Pradze.

Ceny: Wielka flaszka K. 2·40, mała K. 1·20. — Zamówienia pocztą wysyła się natychmiast. Mniej niż 2 flaszki nie wysyła się.

— Lekarze, utrzymujący aptekę domową, otrzymują 30% opustu. —

Nauka o chorobach wewnętrznych

w trzech tomach.

Wyszły z druku:

Tom I. (3 zeszyty): Choroby układu nerwowego, choroby zakaźne, zatrucia, choroby wymiany materyi.

Tom II. (3 zeszyty): Choroby górnych dróg oddechowych, choroby płuc, choroby serca i układu naczyniowego, choroby narządu ruchowego, choroby gruczołów.

Tom III. (4 zeszyty): Choroby dróg moczowych, wątroby, trzustki, śledziony, przewodu pokarmowego i otrzewnej. Wody mineralne. Zboczenia mowy.

Opracowali; Dr. Biegański, Prof. Domański, Prof. Gluziński, Prof. Jaworski, Prof. Ed. Korczyński, Prof. L. Korczyński, Dr. Latkowski, Doc. Marischler, Dr. Ołtuszewski, Dr. Pisek, Prof. Pieniążek, Prof. Prus, Doc. Wiczkowski, Dr. Wilczyński. Wydał Prof. Jaworski.

Cena pierwszych 2 tomów w prenumeracie po 9 K.; cena tomu III 12 K. Do nabycia w księgarniach: H. ALTENBERGA WE LWOWIE i S. A. KRZYŻANOWSKIEGO W KRAKOWIE.
173

Dr. BULLING-INHALATION

Polecana przez lekarzy na wszystkie choroby narządu oddechowego. Przyrząd do użytku domowego **„Thermo-Variator“** nabyć można w odpowiednich handlach. **„Thermiol“** (fenylpropiolan sodowy), jedyny producent **Dr. Theodor Schuchardt, Görlitz,** środek wypróbowany przeciw gruźlicy płuc i krtani. Skuteczne wziewania „Thermiolu“ można wykonać tylko
72 zapomocą „Thermo-Variatora“.

Zimowa wziewalnia: Lussinpiccolo.

Wyjaśnień udziela:

Dr. BULLING Inhalatorium-Syndikat, Wiedeń IV. Gusshausstr. 10.

Buduję nową Fabrykę

obszerną na morgowej przestrzeni, powiększam karderyę waty o 3 kremple (będzie razem 7), urządzam blicharnię bawełny sposobem elektrycznym, rozszerzam laboratoryum farmaceutyczne, zaopatruję skład materyałów aptecznych w znaczne zapasy — i z tej przyczyny **przyjąłbym na spólnika młodszego obrotnego kolegę** z kapitałem 70.000 koron gotówką. 186

Mr. M. DOBROWOLSKI w Podgórzu.

Przybywanie białka krążącego

pod działaniem Sanatogenu — por. Therapie der Gegenwart No. 10, rocznik 1904. Wskutek swego zarazem wybitnie neurotonicznego działania wywiera Sanatogen znakomity skutek odżywczy i sprawia szybkie wzmaganie się sił. Sanatogen wcale nie działa drażniąco i dlatego znosi go doskonale każdy organizm. Piśmiennictwo i próbki PP. Lekarzom rozsyła się na każde żądanie.

- - - - - - - - Bauer & Cie., Sanatogen-Werke, Berlin SW. 48. - - - - - - - -

24

Rok XLIV. Kraków 8 Kwietnia 1905. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego (Prof. Dr. Gluziński).

Kilka uwag w sprawie klinicznego badania krwi.

Podał
Dr. Wincenty Czernecki,
demonstrator kliniki lekarskiej.

Dotychczasowe, najwięcej w użyciu będące sposoby klinicznego badania krwi, mające za zadanie wykrycie stopnia schorzenia, które powszechnie nazywamy „niedokrewnością“, polegały na obliczaniu liczby ciałek czerwonych, na oznaczaniu ilości hemoglobiny przyrządem Fleischla lub Gowersa i na mikroskopowym obrazie krwi.

Nie mówiąc o ogólnych wynikach, otrzymanych tymi sposobami badania, nadmieniam tylko, że doprowadziły one, jak wiemy, do ustalenia 2 typów krwi w „niedokrewności“: jednego, którego cechą jest prawidłowa lub nieznacznie zmniejszona liczba ciałek czerwonych, a mniej lub więcej zmniejszona ilość hemoglobiny tak, że wskaźnik jej (*index*) wynosi mniej, niż „1“, i drugiego, który spostrzegamy w niedokrewności ciężkiej z charakterystycznym znacznym spadkiem ciałek czerwonych i mniej stosunkowo znacznym spadkiem ilości hemoglobiny, wskutek czego wskaźnik dla pojedynczego ciałka wynosi „1“ lub nawet jest od jednostki wyższym.

W miarę postępu hematologii sposoby te badania wydały się zbyt pierwotnymi, zaczęto więc bardziej dokładnie badać krew.

Znanemi są na tem polu badania zachowania się białka we krwi (Jaksch), ciężaru właściwego krwi, zachowania się żelaza, sodu, potasu, fosforu i chloru (Biernacki [1]), tudzież ilości wody we krwi (Andral, Gavaret, Arronet, Bequerel, Rodier, Stintzing, Biernacki), przyczem, prowadząc badania równoległe, starano się dociec, o ile z zachowania się jednych ilości możnaby wnioskować o zachowaniu się innych.

W ostatnich czasach przeciw wyciąganiu wniosków o stanie krwi z dotychczasowych praktycznych sposobów badania, a zwłaszcza przeciw hemoglobinometryi, powstała reakcya. Dość przytoczyć pracę Biernackiego [2]), który odmawia prawa obywatelstwa przyrządowi Fleischla i tłómacząc się, dlaczego w planie badania krwi, proponowanym przez autora, niema miejsca dla hemoglobinometryi, wypowiada zdanie, że musimy jej odmówić wszelkiej praktycznej wartości dla lekarza (weil der Hämoglobinometrie jeder praktische Werth für den Arzt abgesprochen werden muss, str. 433). Biernacki uważa tylko wyniki higremometryi za miarę oceniania stanu „niedokrewności“, zwłaszcza, że sposób ten badania, jako dokładny, może wykryć łatwo zmiany nieznaczne, objawiające się wodnistością krwi.

Higremometrya jest, według Biernackiego, koniecznem uzupełnieniem dawniejszych sposobów klinicznego badania krwi i czyni je zdatnemi do zużytkowania tam, gdzieby one same były właściwie bez znaczenia („wo sie allein dastehend eigentlich ohne Sinn wären“).

Między powodami, dlaczego autor uważa sposób kolorymetryczny za nieścisły, podaje fakt, stwierdzony także przez Stintzinga i Gumprechta, a objawiający się tem, że we krwi ubogiej w tlen, a więc ciemnej, stwierdza się sposobem kolorymetrycznym większe ilości hemoglobiny, niż te, które w prawidłowej krwi się znajdują, gdy znowu w jaśniejszej krwi znajdowano niższe liczby, któreby kazały rozpoznawać niedokrewność w tych razach, w których właśnie jej nie było.

Nie z liczenia zatem ciałek czerwonych krwi, nie z oznaczenia ilości hemoglobiny zapomocą przyrządu Fleischla może lekarz nabyć pojęcia o stanie „niedokrewności“, lecz uciec się winien do higremometryi.

Ponieważ zaś do oznaczania ilości wody nietylko potrzeba więcej czasu, ale i czułej wagi do 0·0001 grm., wydawaćby się wobec tego mogło, że lekarzowi praktycznemu odebraną jest prawie możność zbadania krwi w kierunku „niedokrewności“, jeżeli dotąd używane sposoby: liczenie ciałek czerwonych krwi i oznaczanie hemoglobiny nie przedstawiają tej wartości praktycznej, którą im dotąd przyznawaliśmy.

Aby rozstrzygnąć, czy przy użyciu sposobów, dotąd praktycznie używanych, t. j. czy z ilości ciałek czerwonych i z ilości hemoglobiny (oznaczonej przyrządem Fleischla) bez metody higremometrycznej można powziąć wyobrażenie o stanie krwi danego osobnika, ocenić stopień i typ niedokrewności, kontrolować jej przebieg i czy z drugiej strony z ilości tych można wnioskować o ilości wody we krwi, przedsięwziąłem, zachęcony przez Prof. Gluzińskiego, szereg badań, prowadzony w następujący sposób:

W szeregu przypadków, czas dłuższy w klinice pozostających, badałem krew dotychczasowymi sposobami, t. j. obliczałem liczbę ciałek czerwonych i białych i ilość hemoglobiny sposobem Fleischla, obliczałem wskaźnik zabarwienia każdego ciałka [nazywając prawidłową ilość hemoglobiny ilość „1“], a nadto równocześnie oznaczałem ilość wody we krwi sposobem wagowym.

[1]) Biernacki: Untersuch. über die chem. Blutbeschaff. bei path. insbesond. bei anämischen Zuständen. Zeitschrift für klin. Med. 1894, S. 460.

[2]) Biernacki: Hämatologische Diagnostik in der praktischen Medicin. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 306.

Krew do badania w tym celu uzyskiwałem z ranki w opuszce palca zapomocą kolca sprężynowego, starając się o ile możności, aby krew sama wypływała bez zbytniego ucisku na palec.

Do obliczania ilości wody przygotowywałem sobie dwa szkiełka zegarkowe wysuszone i odważone; na jedno z nich nabierałem około 1 grm. krwi, a po przykryciu drugiem szkiełkiem ważyłem natychmiast. Następnie suszyłem przynajmniej przez 24 godzin nad stężonym H_2SO_4.

Po zważeniu powtórnem obliczałem odsetkową zawartość wody przez odpowiedni rachunek. (Dok. nast.).

II. Oddział terapeutyczny pedyatrycznego szpitala św. Olgi w Moskwie pod kierunkiem doc. Dr. A. Kisiela.

Przyczynek do kwestyi łuszczycy u dzieci.

Podał

Dr. Ludwik Mańkowski.

(Dokończenie.)

Przypadek 6. G. Al—n. l. 4 lata, przyjęty do szpitala d. 11/II. 1899 r. z powodu kiły; od roku cierpi na kłykciny w okolicy rzyci. Dziad choruje na kiłę.

Stan obecny: Wejrzenie średnie. Ogólny przerost gruczołów chłonnych. Po skórze lewego i poczęści prawego przedramienia osutka guzkowata; oprócz tego na łokciu lewym kilka grudek, pokrytych łuszczącym się naskórkiem. Po zastosowaniu wcierań szaruchy osutka zniknęła, grudki na łokciu lewym zostały i po dokładniejszem zbadaniu okazało się, że po zeskrobaniu łusek, pokrywających grudki, występują kropelki krwi. Tym sposobem powstało przypuszczenie, że mamy tu jeszcze do czynienia i z łuszczycą, co potwierdził wezwany specyalista docent Dr. Lanc. Od tego czasu chłopiec zaczął zażywać tyrojodynę od 1 do 4 pastylek dziennie, których w ciągu 72 dni wyżył 164. Żadnych nieprzyjemnych objawów następowych nie zauważono. Pierwsza zmiana w wysypce wystąpiła po 5 dniach. Opuścił szpital 25/V zupełnie zdrowy; na łokciu tylko widniały plamki barwikowe. Chory przybrał na wadze 950 gr. Po 2 miesiącach był zbadany w ambulatoryum: stwierdzony trądzik był następstwem zażywania jodku sodowego, a łuszczycy nie zostało ani śladu.

Przypadek 7. E. Sw—wa, lat 11 licząca, przyjęta dnia 27/X 1900 r. Choruje od 2 lat. Najpierw wysypka pojawiła się na stronie wewnętrznej stopy prawej. Chora przedtem zawsze była zdrową. Obciążenia dziedzicznego nie było.

Stan obecny: Odżywienie i rozwój fizyczny dobre, błony śluzowe cokolwiek blade. Na szyi po strony lewej blizna długości 5 cm.; takaż sama blizna w pachwinie lewej. Na krzyżach duża gruba blaszka długości 13 cm., szerokości 7 cm.; 2 blaszki wielkości 20 kop. po stronie wewnętrznej stopy prawej. Od pierwszego dnia podano chorej tyrojodynę 2—7 pastylek dziennie. Do d. 11/XII wyżyła 189 pastylek. Żadnych ujemnych objawów nie doświadczyła. Wysypka pozostała bez zmiany. Od 6/XII zaczęła zażywać rozczyn arsenu w dawkach, stopniowo zwiększanych od 2 do 11 kropel, 2 razy dziennie. Oprócz tego zastosowano ciasto salicylowe, a od d. 23/XII maść Wilkinsona. Pierwszą zmianę w wysypce zauważono 12/XII D. 3/I 1901 chora wyszła ze szpitala z nieznacznymi tylko śladami wysypki.

D 20/VIII 1901 r. została przyjęta do szpitala po raz drugi. Podług opowiadania chorej łuszczyca wystąpiła znowu przed dwoma miesiącami.

Stan obecny: Na krzyżach 2 blaszki łuszczycy krążkowatej *(psor. nummularis)* wielkości 3 kop. i 5 kop. Malcńkie łuseczki na 3, 4 i 5 palcu ręki lewej i na 1, 2 i 5 palcu prawej; niewielka blaszka (wielkości grochu) na łokciu lewym i nad piętą prawą. Od 21/VIII do do 28/X chora zażywała tyrojodynę po 1—6 pastylek dziennie i wyżyła ich 366. Chora często skarżyła się na bole głowy, połączone z silnem zaczerwienieniem twarzy. Pierwszą zmianę w wysypce spostrzeżono 15/X, t. j. po 54 dniach od początku leczenia; polepszenie szło bardzo powolnie. Od 20/X do 20/XI stosowano miejscowo maść Wilkinsona, ale także bez widocznej poprawy. Od 21/XI zaczęło stosować 3 rozczyn chrysarobiny w traumatycynie; d. 27/XI wystąpiła pierwsza miesiączka; 20/XI, t. j. w 8 dniu od początku leczenia pierwsza zmiana w wysypce. Odtąd polepszenie szło szybko. D. 15/I 1902 r. pacyentka opuściła szpital z kilku plamkami na krzyżach, pokrytemi słabo łuszczącym się naskórkiem. D. 5/III 1904 była badana w ambulatoryum: według jej słów nawrót choroby nastąpił w miesiąc po wyjściu ze szpitala; obecnie blaszki łuszczycy zrzadsza rozrzucone po całem ciele, na łydce prawej w postaci łuszczycy obrączkowatej *(psoriasis orbicularis)*. Wejrzenie chorej niezłe. Nie leczyła się przez ten czas. D. 22/X stan bez zmiany. Zaordynowano maść Wilkinsona. Po tygodniu zauważono znaczne polepszenie. D. 23/XI widniały tylko ślady wysypki w postaci kilku plamek, pokrytych cieniutką warstewką łuszczącego się naskórka.

Przypadek 8. J. I—n, liczy lat 7, przyjęty 6/I 1903 r. Choruje od kilku lat; wywiadów żadnych; sierota.

Stan obecny: Odżywienie dobre; nad koniuszkiem serca i nad tętnicą płucną słyszy się wraz z pierwszym tonem słabiutki szmer skurczowy. Serce uderza nieregularnie, z przestankami. Wykwity łuszczycy rozsiane gęsto po całem ciele i są rozmaitej wielkości, od główki szpilki do monety 20 kop.; wykwity pokrywa cieniutka warstewka łuszczącego się naskórka Świąd nieznaczny. Od 6/I do 16/II chory zażywał tyrojodynę od $^1/_2$ pastylki do 8 dziennie. Wyżył pastylek 150. Leczenie to znosił dobrze Nawet czasami znikała nieregularność tętna. Wysypka pozostała bez zmiany. Od 17/2 do 6/III zażywał arsen. Wysypka znacznie zbladła. Od 10/III zaczęto stosować miejscowo; na lewą rękę 1% maść salicylową; na plecy pędzlowanie 1% rozczynem chrysarobiny w traumatycynie. D. 13/III zauważono silne łuszczenie się naskórka nietylko na miejscach pędzlowanych chrysarobiną, ale i na nie pędzlowanych. Polepszenie szło dalej, ale nie można było zauważyć wielkiej różnicy między działaniem chrysarobiny a maści salicylowej. Od 24/III nakładano na prawą nogę opaskę z wazeliną, na lewą — z maścią salicylową. Polepszenie było widoczne, ale bez wielkiej różnicy między jedną nogą a drugą. Chory wyszedł ze szpitala 16/V 1903 r. Wysypka została. ale w nieznacznej sile.

Przypadek 9. A. Ł—na, 3 letnia, przyjęta 6/VIII 1904 r. Od roku istnieją łuszczące się grudki na kolanach, a od miesiąca rozrzucone po całem ciele. Dotychczas była zdrową. Rodzice zdrowi.

Stan obecny: Odżywienie dobre. Na kończynach, głowie, a poczęści na tułowiu i twarzy rozrzucone wykwity łuszczycy rozmaitej wielkości, od główki od szpilki do 5 kop. miedzianych. Chora przeleżała w szpitalu 17 dni, wyżyła 31 pastylek tyrojodyny. Leczenie znosiła dobrze. Zmian żadnych w wysypce nie spostrzeżono Opuściła szpital 23 VIII bez polepszenia. Dalsze jej losy nie są wiadome.

Przypadek 10[1]). Chłopiec 7 letni, choruje od 6 lat.

Stan obecny: Odżywienie średnie. Wykwity łuszczycy rozrzucone po całem ciele, a przeważnie na plecach i w okolicy wielkich stawów po stronie zewnętrznej. Kiedy wszystkie środki, których używano, zawiodły, zaszczepiono na jednej grudce goleni lewej ospę 8 ukłuciami. Grudka ta oczyściła się z łusek naskórka i nawet trochę zmniejszyła się, ale jednocześnie pojawiły się nowe wykwity łuszczycy na plecach.

Do 10 wyżej opisanych przypadków łuszczycy można dodać jeszcze 7, spostrzeganych w ambulatoryum, o których znajdują się dokładniejsze notatki

Przypadek 11. A. F—na, licząca $8^1/_2$ lat. Odżywienie i rozwój dobre. Choruje od lat 5; wysypka czasami na pewien czas znika. Wykwity przeważnie usadowiły się na łokciach i kolanach.

Przypadek 12. B. Cz—w, liczy lat $13^1/_2$. Odżywienie dobre. Chłopiec czuje się zupełnie zdrowym. Wysypka istnieje od $^1/_2$ roku. Wykwity umiejscowione na stronie zewnętrznej kończyn górnych, przeważnie około łokci.

Przypadek 13. T D—n, liczy lat 7. Zawsze był zdrowym. Obciążenia dziedzicznego żadnego Od roku pojawiła się wysypka na kolanach, na każdem po kilka blaszek łuszczycy, na lewem więcej: jedna blaszka na łokciu lewym. Cały ten czas chory leczył się bez skutku.

[1]) Oryginału historyi choroby nie znalazłem, korzystam z opisu, podanego w „Sprawozdaniu“ z roku 1893.

Przypadek 14. K — wa, liczący lat 10. Odżywienie dobre. Wykwity łuszczycy rozsiane po całem ciele, przeważnie po stronie zewnętrznej kończyn. Zalecono tyrojodynę. Chora usunęła z pod obserwacyi.

Przypadek 15. A. B—w, lat 13 Choruje od $1\frac{1}{2}$ roku. Wykwity umiejscowione przeważnie na kończynach, osobliwie dużo ich w okolicach grzbietowych rąk. Nieznaczny świąd. Polecono: miejscowo ciasto salicylowe, wewnątrz płyn Fowlera. W ciągu 7 tygodni nie nastąpiło żadne polepszenie.

Przypadek 16. P. M—w, lat 13. Od od 4 lat na kolanie lewem gruba blaszka łuszczycy. Żadnych śladów kiły.

Przypadek 17. L. M—wa, lat 12. Pod kolanem prawem plama barwikowa. Na prawem kolanie 3 blaszki, na lewem jedna. Choroba ciągnie się już od 7 lat. Przedtem bywały wykwity i na łokciach; na tułowiu i na twarzy nigdy ich nie było. Czasami pojawiał się świąd. Odżywienie dobre; wogóle czuje się zupełnie zdrową. Objawów nerwowych żadnych, czasami tylko bywają bole głowy. Ojciec dostał pomieszania, umarł na wadę serca. Matka i jedna siostra bardzo nerwowe. Druga siostra zdrowa. Cięższych chorób nerwowych w rodzinie, z wyjątkiem ojca, nie było. Leczy się już przeszło rok rozmaitymi środkami zewnętrznymi bez szczególnego wyniku.

Rozporządzałem zatem 17 przypadkami łuszczycy. Wszystkie te przypadki należały do rzędu tak zwanej łuszczycy „prawidłowej“ podług terminologii Andryego. Szczególnych zboczeń lub przypadków mało typowych — nie stwierdziłem.

W 7 przypadkach wysypka była bardzo ograniczona i zajmowała okolicę jednego lub kilku stawów. W 8 przypadkach rozpoczęła się na kończynach, a następnie rozszerzyła się w mniejszym lub większym stopniu po całem ciele. W 2 przypadkach wysypka zajmowała tułów, kończyny zaś zostały wolne. W przypadku opisanym pod l. 7 blaszki łuszczycy doszły do niezwykłych rozmiarów i w tymże samym przypadku spostrzegaliśmy jedyny raz formę obrączkową (*psoriasis orbicularis*). Wogóle przypadek ten wyróżniał się uporczywym przebiegiem i z trudnością poddawał się leczeniu.

W połowie wszystkich przypadków można było zauważyć w mniejszym lub większym stopniu świąd. Chorzy zgłaszali się do szpitala nie wcześniej, jak po roku od początku choroby; tylko w 5 przypadkach chorzy przybyli w kilka miesięcy lub nawet tygodni po stwierdzeniu choroby.

Co się tyczy wieku, w którym choroba się zaczynała, to od 1 do 5 lat było przypadków 4; od 5—10 lat — 11; wyżej od lat 10—2 przypadki. Dziedziczności i rodzinnej skłonności nie zauważyliśmy ani razu. Także ani razu nie udało nam się wykazać jakichkolwiek przyczyn, mogących wywołać wykwity w łuszczycy.

W przypadku 7, w czasie znikania wysypki, pojawiła się u chorej po raz pierwszy miesiączka; niemniej polepszenie szło dalej.

Prawie we wszystkich przypadkach ogólne wejrzenie i odżywienie były dobre; tylko w przypadku 4, gdzie była i cukrzyca, odżywienie było bardzo upośledzone, a w przypadku 7 nadto silny rozrost tkanki tłuszczowej. Towarzyszyły łuszczycy w naszych przypadkach jeden raz cukrzyca i jeden raz kiła. W obu razach nie można było zauważyć jakiegoś związku przyczynowego między współistniejącemi chorobami. W przypadku 5 oprócz łuszczycy na tułowiu była jeszcze pryszczyca (*eczema*) na twarzy; ta ostatnia powstała prawdopodobnie następowo wskutek świądu i drapania.

Pozostaje nam jeszcze powiedzieć kilka słów o leczeniu łuszczycy. W szpitalu św. Olgi stosowano zewnętrznie: 1% ciasto salicylowe, maść Wilkinsona, 1%—5% roztwór chrysarobiny w traumatycynie, wreszcie kąpiele na 29° Wewnątrz polecano arsen i tyrojodynę. Tyrojodynę stosowano systematycznie od roku 1895. Chorym przychodnim zwykle jej nie zapisywano. Na 10 stałych chorych w 8 przypadkach zastosowano tyrojodynę. W 2 przypadkach skutek był ujemny, w 2 — niepewny, w 4 — wysypka znikła na dłuższy przeciąg czasu. Tak n. p. w przypadku 2 pacyent jeszcze w ciągu 1 r. i 3 m. po wyjściu ze szpitala był zupełnie zdrowy. W przypadku 3 pacyentka dotychczas jest jeszcze zdrową, t. j. nawrotu choroby nie było w ciągu 5 lat. Tak długi przeciąg czasu pozwala na przypuszczenie, że w tym przypadku mogło nastąpić stałe wyleczenie. Bo chociaż opisane są przypadki nawrotu po dłuższym jeszcze przeciągu czasu, to jednak w każdym razie podobne przypadki są wielką rzadkością. Nasuwa się pytanie, jaki wpływ miało leczenie tyrojodyną? Odpowiedzieć na to pytanie bardzo trudno, a nawet niemożebnie; osobliwie jeżeli zestawimy z tym przypadkiem przypadek 5, w którym chora brała tylko kąpiele na 29°, a niemniej nastąpiło stałe wyleczenie, gdyż w ciągu lat 4 chora nie miała nawrotu.

Co się tyczy innych leków, stosowanych w szpitalu na łuszczycę, to skutki ich działania były niepewne.

Kończąc moją pracę, powtarzam, że celem jej nie było szczegółowe roztrząsanie kwestyi łuszczycy u dzieci; chciałem tylko na podstawie materyału szpitala św. Olgi wyświetlić niektóre strony tej sprawy chorobowej.

* * *

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Marskość wątroby i częste moczenie *(pollakiurya)*.

Podał

Dr. med. Wasserthal (Karlsbad).

P. W., lat 48, silnej budowy ciała, źle odżywiony, skarży się na uciążliwe parcie na mocz, które zmusza chorego do oddawania go co 20—30 minut; najbardziej zaś mu dokucza w nocy, przyczem występuje nagle i potęguje się do tego stopnia, że pacyent ani chwili powstrzymać się nie może i często oddaje mocz pod siebie. W układzie nerwowym pacyent nie wykazuje zmian żadnych; zauważył tylko, że razem z ogólnem osłabieniem do pewnego stopnia, wystąpił zanik energii płciowej. Odruchy prawidłowe, chód z zamkniętemi oczyma pewny, siła widzenia dobra. Wątroba się wyczuwa na 3 palce poniżej łuku żebrowego, jest twarda, trochę bolesna przy ucisku. Śledziona nieco powiększona, macalna. Osłuchiwanie i opukiwanie narządów wewnętrznych daje wynik ujemny. Poważniejszych zmian miażdżycowych brak. Do zakażenia kiłowego pacyent się nie przyznaje, nie przebywał też i innych chorób wenerycznych. Dawniej nadużywał wyskoku. Od lat trzech jeździ do Karlsbadu z powodu cierpienia wątroby; dolegliwości pęcherzowe wystąpiły przeszło od 2 lat. Pacyent przestał pić w zupełności od kilku lat; używa tylko pokarmów niedrażniących, przeważnie mleka, potraw mącznych, jarzyn i niewielkich ilości mięsa. Po za uczuciem osłabienia najbardziej dokucza choremu bezsenność, spowodowana bezpośrednio przez zbyt częste parcie na mocz, które zmusza chorego do ciągłego zrywania się. Każdorazowo oddaje 50—60 grm. moczu.

Chory zażywał bez skutku różne leki: w celach rozpoznawczych kilkakrotnie poddawał się wziernikowaniu pęcherza; wynik badania miejscowego był zawsze ujemny. Brom i chloral nie przyniosły choremu żadnej ulgi; największe działanie wywiera ciepła kąpiel wieczorem przed pójściem do łóżka, która zapewnia choremu 2—3 godzinny spoczynek.

Mocz jest zupełnie czysty, przejrzysty, osad bardzo skąpy, nie zawiera nieprawidłowych składników komórkowych i krystalicznych. Chemicznie zaś jest wolny od składników patologicznych. Indykan zwiększony. Ilość dobowa moczu 2000—2300 grm. (przy piciu wód).

Badanie narządów płciowych nie dało żadnego wyniku; przy wziernikowaniu pęcherza nie zauważono nic nieprawidłowego. Gruczoł

krokowy nie wykazuje zmian ani przy obmacywaniu, ani przy wziernikowaniu. Krwawniczych żylaków także brak.

Pojemność pęcherza dla roztworów niedrażniących (woda borowa) zupełnie prawidłowa, chory znosi bez parcia 2—3 strzykawki po 160 gramów bez uprzedniego znieczulenia miejscowego.

Z czem więc mamy do czynienia u naszego chorego? Przy zupełnie czystym moczu i przy braku widocznych zmian w pęcherzu nadmiernie częste parcie na mocz (*pollakiurya*). Czy możemy przypuszczać w naszym przypadku t. zwaną drażliwość pęcherza (*Reizblase, irritable bladder*)? Wszystkie objawy w zupełności odpowiadają temu pojęciu chorobowemu.

Uderza nas tylko fakt, że pacyent znosi bez dolegliwości i bez parcia kilkaset cnt. sześc. obcego płynu.

Zadałem sobie pytanie, czy nie kwas węglowy wody mineralnej przy użyciu wód. przechodzący do moczu, nadaje temu ostatniemu własności drażniących. Okazuje się jednak, że pacyent w domu, gdzie nie używa nawet wody sodowej, ma się raczej znacznie gorzej, aniżeli w Karlsbadzie. W przerwach kilkudniowych w piciu również nie następuje żadna zmiana na lepsze.

Jaką jest w naszym przypadku etyologia częstego moczenia?

Przerost nerek przy marskości wątroby, opisany niedawno przez Mollarda, jako objaw cząstkowy tego cierpienia, w naszym przypadku nie może być brany pod rozwagę, gdyż przy niewielkiej ilości moczu i onby nie usprawiedliwiał częstego moczenia.

Zależy ma się rozumieć od osobistego zapatrywania, czy w danym przypadku mówić będziemy o drażliwości pęcherza, czy też o częstem moczeniu.

Wobec braku dających się wykazać zmian miejscowych należałoby przy rozpoznawczem różniczkowaniu wziąć pod uwagę wiąd rdzenia (crises tabétiques), syringomyelię, oraz początkowy okres gruźlicy pęcherza, która w początku, kiedy mocz jest jeszcze zupełnie czysty, może wywołać częste i bolesne parcie na mocz. Brak wszelkich objawów ze strony narządu nerwowego i względnie długi czas trwania cierpienia, dają nam pewnego stopnia możność wykluczenia wyżej wzmiankowanych spraw chorobowych.

Ogólnie znane krwawienia wewnętrzne, spostrzegane przy marskości wątroby, mogłyby w danym razie mieć znaczenie etyologiczne, o ileby takie krwawienie lub choćby tylko przekrwienie miało miejsce w pęcherzu. U naszego chorego mocz nigdy nie był krwawy i błona śluzowa pęcherza okazała się przy badaniu prawidłową; musimy zatem szukać gdzieindziej związku przyczynowego, o ile takowy wogóle zachodzi.

Nie możemy pominąć jednego ważnego szczegółu, mianowicie, że pojemność pęcherza dla wody borowej jest znacznie większa, aniżeli dla własnego moczu. Dlaczegożby pacyent nie miał znosić bez dolegliwości równie wielkiej ilości moczu, tembardziej, że na pewno własny mocz znacznie wolniej wypełnia pęcherz, aniżeli jakikolwiekbądź obcy płyn, nawet przy najbardziej ostrożnem i umiejętnem obchodzeniu się ze szprycką.

Trzeba więc z konieczności przypuścić, że sam mocz zawiera jakoweś drażniące składniki, których brak w roztworze kwasu borowego. W rzeczy samej taka własność moczu znaną jest oddawna w piśmiennictwie: Etheridge, Kraus, Gorvitsch i inni spostrzegali przypadki, w których objawy podrażnienia szły równolegle ze stężeniem moczu i zawartością soli moczowych.

Chevalier opisał kilka przypadków, w których chorych długi czas leczono na nieżyt pęcherza zupełnie bez skutku i dopiero, gdy autor po rozpoznaniu przyczyny postarał się zmienić stężenie moczu przez zastosowanie odpowiedniej dyety i przez rozwodnienie, udało mu się usunąć męczącą i uciążliwą częstość moczenia. Brown niedawno potwierdził w kilku przypadkach doświadczenie Chevaliera. Janet zauważył również, że u niektórych osób, które nawet przy bardzo niewielkiem wypełnieniu pęcherza moczem odczuwały silne parcie, wprowadzenie kilkuset ctn. sześc. roztworu niedrażniącego nie wywoływało podrażnienia.

To dziwne i niejednakowe zachowanie się pęcherza wobec różnego rodzaju zawartości uważa Janet za pewny objaw częstego moczenia na tle psychopatycznem (*pollakiurie psychopathique* przytocz. według Krausa).

Być może, że i takie przypadki dałyby się inaczej tłómaczyć, a mianowicie: że z jednej strony błona śluzowa pęcherza, nie schorzała miejscowo, wykazuje wysoką tolerancyę dla płynów niedrażniących, z drugiej nietolerancyę dla moczu o własnościach drażniących.

Dotychczas wiemy, że kwas moczowy i kwas szczawiowy powodować mogą częste moczenie; dalsza obserwacya wykaże, czy i inne i jakie mianowicie składniki moczu wywołać mogą tenże skutek.

Z powodów odemnie niezależnych mocz naszego pacyenta nie mógł być poddanym wszechstronnemu rozbiorowi; byłoby jednak bardzo pożądane, żeby zwrócono uwagę w tym kierunku i wykazano doświadczalnie, czy składniki moczu, o których wiemy, że występują przy chorobach wątroby w ilości zwiększonej, mogą wywołać podrażnienie błony śluzowej pęcherza.

Nie jest nieprawdopodobnem, że amoniak (Weintraud), kwas mlekowy (*Fleischmilchsäure*, Stadelmann, Noorden) i ciała aromatyczne, które występują w zwiększonej ilości w moczu w marskości wątroby, mogą spowodować podrażnienie pęcherza, szczególnie u osób źle odżywionych i wrażliwych.

W dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem odpowiednich opisów; pytanie jednak nie jest, zdaje mi się, nieuzasadnione, szczególnie wobec prawie dyametralnej różnicy zdań i poglądów na istotę t. zw. pęcherza drażliwego (*Reizblase*).

Piśmiennictwo. Kraus: La pollakiurie urique („Ann. d. mal. d. org. genito-urin." T. XV, 1897. — Guyon: Die Krankh. d. Harnwege. Wieden 1897 (tłómacz. niem.). — Ertheridge: Treatment of the irritable bladder of the women („The Chicago medical journal", 1881). — Chevalier: Les pollakiuries uriques („Annales Gyn." T. XVII, 1899). — Gurvitsch: Zur Kenntniss d. Pollakiurie („St. Petersb. med. Woch." XXIX). — Oberlaender: Zur Kenntniss d. nervosen Erkr. am Harnapparat d. Mannes („Vollkmanns Beiträge" Nr. 275). — Ratherbeury: Excess of uricacid a frequent couse of chronic cystitis („Med. Brief. St. Louis" 1904). — S. Mollard: Sur l'hyperthrophie des reins dans la cirrhose de Laennec („Lyon médical" Nr. 46, 1903). — Brown: Urinary Hyperthrophie („The N. York med. Journ." 1903). — Hirsch: Centralblatt aus d. Grenzgebieten 1904. Streszczenie zbiorowe. (Literatura).

IV. Oceny i sprawozdania.

Marceli Nencki. **Opera omnia.** *Gesammelte Arbeiten von Prof. Nencki. Tom I (1869—1895), str. XLII i 840. Tom II (1886—1901), str. XIII i 893.* Z portretem i autografem autora oraz z tablicami. *Braunschweig, 1905. Fr. Vieweg.*

Leżą przedemną tylko co wydane dwa wielkie tomy ze zbiorem prac naszego sławnego uczonego i budzą one w autorze wierszy niniejszych, jak obudzą pewno w niejednym, rój najróżnorodniejszych myśli i uczuć. Budzą one żal świeży za tą prawdziwie „pańską" postacią, jaką był Marceli Nencki — pańską przedewszystkiem z ducha, z zamiłowania idei naukowej, z wytrwałości dążeń idealnych, niemniej z łaskawości i dobroci postępowania z mniejszymi, — ale i zadowolenie przytem, że nareszcie wystawiono mu *monumentum* najgodniejsze, jakie człowiekowi nauki wystawić można... Budzą jednak tuż zaraz i pytania wątpiące, czy istotnie my najpierw mamy prawo pomniki mu stawiać, czy istotnie ten wielki uczony był „naszym" całkowicie, czy myśmy go dali nauce, czy przeciwnie, mimo pozory, myśmy go tylko w darze od obcych otrzymali?

Takie zapytania, takie smutne przypuszczenia budzą, niestety, te dwa wielkie tomy, ale i budzić muszą. Bo czyż naprawdę każdy jest „naszym", kto z krwi, czy z ziemi naszej pochodzi? Jeśli to ma wystarczać, to niewątpliwie,

Marceli Nencki był „naszym“, — boć śród nas się urodził, nawet do wieku młodzieńczego w szkole tylko śród nas przebywał. Było przecież i coś więcej oprócz tego. Zmuszony wcześnie ojczyznę opuścić i mając przez długie lata dostęp do niej zamknięty, nigdy Nencki o niej nie zapominał, zawsze do niej ciążył, zawsze najchętniej współziomków, czy to było w Bernie, czy w Petersburgu — do siebie garnął i koło siebie gromadził — i ci w nim zawsze „swego“ w całem jestestwie odczuwali. Znajdziemy przecież i całe szeregi prac Nenckiego i jego uczniów w języku polskim,— a więc dbał on i o ojczyste piśmiennictwo naukowe, — pamiętamy cały szereg jego odczytów w warszawskiem Towarzystwie lekarskiem. Wszystko, jednem słowem, czynił Marceli Nencki, by swą „przynależność“ do nas zaznaczyć i o tem społeczeństwo swoje przekonać.

I nie można, z drugiej strony, bynajmniej twierdzić, by społeczeństwo to okazało się względem „swego“ „niewdzięcznem“, by nie dało mu u siebie, jeśli nie formalnego, to takiego moralnego stanowiska, na jakie on zasługiwał. Przeciwnie, — szczególnie tam, gdzie był osobiście bliżej znany, — w Warszawie, — posiadał Nencki imię jaknajwiększe, imię wprost skąpane w atmosferze uwielbienia, niekiedy jakby z pewną domieszką fetyszyzmu, co zresztą daje się zauważyć często u nas wogóle względem wybitnych jednostek.

Wszystko to było niewątpliwie, ale czy to wszystko wystarcza, byśmy mieli prawo uważać Nenckiego tylko „naszym“ i niczyim więcej? Czy do tego, by pewnego twórcę nazwać „swoim“, niepotrzeba jeszcze czegoś więcej, czy właśnie niepotrzeba najpierw czegoś innego — i tego mianowicie, by umysł twórczy znajdował pobudkę do myślenia i badania śród swoich i od swoich ją czerpał, by płody jego twórczości najpierw przez swoich świadomie ocenione zostały i umysły „swoje“ najpierw zapładniały, — by innemi słowy istniała łączność duchowa pomiędzy twórcą i społeczeństwem? Taka łączność zdaje się być właśnie warunkiem niezbędnym, — tylko, zdaje się, przy obecności tego warunku społeczeństwo pewne może nazwać pewnego twórcę „swoim“, może twierdzić, że ludzkość i kultura zdobyły jeszcze jeden umysł wielki tylko przez nie i od niego.

I jeżeli teraz zapytamy, jak to w tym względzie, — względzie najważniejszym, — było między nami, a Marcelim Nenckim, to odpowiedź może być chyba tylko jedna. W Marcelim Nenckim — brzmieć będzie ona — odźwierciedla się wybitnie i znowu powtarza znany a przykry problem nauki polskiej, że z pnia naszego mogą i na polu nauki wyrastać jednostki wielkie, że myślą swą mogą one znakomicie pomnażać dobytek naukowy ludzkości, — ale jednostki te przedewszystkiem nie u nas ziarnem naukowem zapłodnione zostają, nie u nas najpierw oddźwięk i świadomą ocenę znajdują, nie w naszych wreszcie mózgach myśl twórczą dalej rodzą. Wszystko to powtórzyło się z Marcelim Nenckim, jak się już nieraz powtarzało w historyi naszej umysłowości z innymi: u obcych i przez obcych wyrósł i każdy trzeźwo, a nieuprzedzenie na rzeczy spoglądający, żywić będzie usprawiedliwione powątpiewania, czyby nawet Nencki stał się tem, czem się stał, gdyby nie śród obcych, ale śród swoich myśl naukową pielęgnować zaczął. I jak było mało spójni myślowej pomiędzy Nenckim a nami, najlepszem świadectwem jest fakt, że nieliczne światełka samodzielniejszej myśli biologiczno-lekarskiej, jakie się rodzić zaczęły na naszym gruncie w ostatniem trzydziestoleciu, — mimo całą aureolę imienia, prawie nigdy od niego nie zapalano, — prawie nigdzie w naszem piśmiennictwie naukowem imienia Nenckiego, jako punktu wyjścia nie spotkamy, kiedy inni, mniejsi od niego, ale zupełnie obcy, prawdziwie „prorokami“ śród nas nieraz się stawali.

To było, rzec nawet wolno, wprost rażące, i zastanawiałem się nieraz, czy przyczyna głębsza niepłodności myśli Nenckiego śród nas nie leżała po części i w całym charakterze jego działalności naukowej. Z punku widzenia filozoficzno-naukowego, istotnie, Marceli Nencki był to klasyczny „analityk“, — analityk nietylko najwzorowszy, ale może nawet i najbardziej wyłączny śród pokolenia, które w nauce kierunek analityczny właściwie za jedynie „naukowy“ uważało. „Nie był on przyjacielem ogólnych teoryi, które nie łatwo można niezłomnie uzasadniać“, — mówi biograf we wstępie do pierwszego tomu „Opera omnia“ — trzymał się nawet, powiedzieć można, tak zdaleka od uogólnień naukowych, że poza odczytem, wygłoszonym na ostatnim Zjeździe polskich przyrodników i lekarzy w Krakowie „O zadaniach chemii biologicznej“ nie pozostawił nam właściwie żadnej syntezy naukowej, choćby w kształcie podręcznika czy monografii w zakresie pewnego ogólniejszego pytania biologicznego. „Fakt“ naukowy — to była „moc i siła“ Nenckiego; możliwie ścisłe i wyczerpujące opracowanie poszczególnych faktów z różnorodnych dziedzin współczesnej „teoryi“, to cel i treść jego działalności naukowej.

Któż zechce zaprzeczać ważności analitycznego kierunku naukowego? czyż możebnemi byłyby przedewszystkiem zastosowania nauki do życia bez posiadania trwale uzasadnionych „faktów“ naukowych? Przez cóż innego nauka, wracająca nieraz do „teoryi“ z przed dwóch tysięcy lat, dała tyle pożytków życiu spółczesnemu, jak nie przez kierunek „analityczny“, przez opracowanie i zdobycze w ostatniem półwieczu szeregu poszczególnych faktów, których dwa tysiące lat temu nie było? Ujawniło się to dobitnie i w działalności naukowej Nenckiego, którego prace syntetyczno-chemiczne bezpośrednio dostarczyły farmakoterapii szeregu pożytecznych środków leczniczych, że przypomnimy przedewszystkiem popularny salol.

Ale jeżeli „fakt“ naukowy bywa tak ważnym dla życia praktycznego, to — zapytywałem się nieraz, — kiedy chodzi o dalszy postęp nauki, — ściślej mówiąc — o dalszą pobudkę do badania naukowego, jako źródła nowych „faktów“, — czy nie będzie nieraz pożyteczniejszą synteza-teorya? Czy nie będzie ona pożyteczniejszą właśnie u nas, którzy posiadamy pono przeważnie umysły „syntetyczne“, „uogólniające“? Czy zresztą wogóle nie poruszy prędzej umysłów synteza, choćby właśnie przez niezbędne braki i niedomówienia, czy nie poruszy łatwiej, niż fakt starannie opracowany i udowodniony, tak wyczerpująco opracowany, jak to było u Nenckiego — i w którym też nic lub prawie nic do rozwinięcia dla innych nie pozostaje?

Być może — jest część prawdy w tem, co mówię; ale czyż gdzieindziej fakty Nenckiego nie okazały się w „teoryi“ najbardziej płodnymi? Czy cały Brieger, jeden z pierwszych uczniów Nenckiego, nie zrodził się właśnie ze swego mistrza; czy dla każdego, kto zna bliżej dzieje najnowszej nauki, nie jest niezawodnem, że zaczątkiem współczesnych teoryi o toksynach bakteryjnych, ich roli w rozwoju choroby, teoryi, wieńczonych epokowemi konsekwencyami terapeutycznemi, są przedewszystkiem prace Nenckiego: poszukiwania pozornie „bardzo specyalne“ i „suche“ nad produktami gnicia żelatyny, nad składem chemicznym bakteryi gnilnych, — czy właśnie wykrycie przez Nenckiego ważnych różnic chemicznych w składzie drobnoustrojów podobnych morfologicznie nie stworzyło pierwszej pobudki do najnowszych dążeń różniczkowania bakteryi w ten czy inny sposób dyagnostyczno-chemiczny?

Bywa niewątpliwie ważnym bodźcem dla czystej nauki i „fakt“ poszczególny; bo i fakt pozornie drobny, bardzo „specyalny“, zdolen jest zrodzić zupełnie nowe, odmienne pojęcia, jakich przedtem nie było. Były niewątpliwie bardzo płodnymi dla czystej nauki i „fakty“ Nenckiego, — tylko były tam, gdzie istnieje „atmosfera“ naukowa, gdzie istnieją zwarte szeregi badaczy, bacznie śledzących postępy nauki i usilnie starających się w nowych odkryciach znaleźć pobudkę i punkt wyjścia dla własnej

twórczości, gdzie, wreszcie, przeciętny poziom zasobów umysłowych człowieka nauki umożliwia łatwe i szybkie przyswojenie sobie świeżo zdobytych i nowo zróżniczkowanych pojęć naukowych. A jeśli śród nas samych z twórczości Nenckiego śladów nie widać, to właśnie dlatego, że nie było tego wszystkiego, co jest u obcych, że przedewszystkiem, mówiąc językiem codziennym, to, co on robił, wprost było „za mądre“ dla nas, że ani nasza przeciętna wytrwałość w badaniu, ani znajomość metod poszukiwania naukowego, nie starczyła na „strawienie“ produkcyi tego umysłu znakomitego. I przez tę naszą „niższość“ znowu dotknął nas w osobie Nenckiego fatalizm dziejowo-kulturalny, — nie pierwszy to przykład i najpewniej nie ostatni, — że iskra naszego własnego geniuszu, energia twórcza naszego własnego szczepu, poszła przedewszystkiem na wzmożenie dobrobytu umysłowego obcych, że jeżeli nawet później wyniki twórczości tego „naszego“, już jednak jako pierwiastki nauki szkolnej do nas przyszły, to i to niemal wyłącznie stało się za pośrednictwem obcych.

Tak! ale czyż wielkie duchy nie są wspólną własnością ludzkości, czyż wolno tu mówić o „swoich“ i „obcych“ i wprowadzać tak wązkie, jakoby „nacyonalistyczne“ punkty widzenia? Zapewne, dziedzina nauki, zarówno jak sztuki, jako największych wykwitów uczłowieczenia, jest i powinna zawsze pozostać terenem, na którym porozumienie i wspólność duchową znajdują i najbardziej wrogie narody: człowiek wielkiego talentu mimowoli staje się „międzynarodowcem“ w najlepszem znaczeniu tego wyrazu. Dopóki jednak istnieje spółubieganie między narodami na świecie — spółubieganie, tak często przyjmujące kształty bezwzględnej walki o byt, dopóki atutami w tej walce pozostają nietylko siły fizyczne oraz materyalne, ale i duchowe społeczeństw, a jak obecnie właśnie sprawność i wytwórczość naukowa stają się coraz potężniejszym orężem, — dopóty każdy naród dbać musi o własny dorobek naukowy, o zużytkowanie siły geniuszu swego przedewszystkiem dla siebie, o to właśnie, by „Nenccy“ całkowicie, a nie tylko w drobnej części, jak obecnie, na jego „conto“ zapisywani zostali...

Smutne myśli budzić mogą wielkie tomy prac Nenckiego, ale przecież wolno obiecywać sobie coś lepszego w przyszłości. Mamy bardzo mało własnej myśli naukowej, ale przecież mamy jej obecnie mimo przeważnie najniepomyślniejsze dla rozwoju narodowego okoliczności, więcej, niż było dawniej. I wolno też śmiało tuszyć sobie, że „duch“ naukowy powoli, ale stale śród nas wzrastać będzie, że dźwignie się tak, jak dźwignął się wbrew niedawnym a stanowczym przepowiedniom artyzm, że przedewszystkiem wytworzy się ciągłość idei naukowej, naukowa tradycya, której jeszcze niema śród nas, a która jest cechą podstawową i charakterystyczną zespolenia się społeczeństwa z dążeniami naukowemi i samodzielnego rozwoju w niem naukowej twórczości.

I życzyćby sobie należało, by właśnie świeżo wydane „Opera“ Marcelego Nenckiego poszły na tę naszą potrzebę, by przedewszystkiem nasza umysłowość badawcza skorzystała z olbrzymich, a pierwszorzędnej wartości materyałów, jakie tutaj podano. Nie widzę możności ani celu szczegółowego omawiania na tem miejscu treści wydanych tomów: to tylko powiem, że właściwie dopiero obecnie można powziąść dokładniejsze wyobrażenie o całym ogromie i płodności z górą trzydziestoletniej pracy tego, który, jak mówi jego uczeń, a serdeczny biograf[1]), „łączył bogactwo ideowe swych spółziomków z niemiecką sumiennością i niemieckim zapałem do badania“. „Opera omnia“ zawierają przecież więcej, niż 300 prac samego Nenckiego i jego uczniów, prac stosownie do ważności przedrukowanych *in extenso* z miejsc pierwotnej publikacyi, albo podanych tylko w szczegółowszych streszczeniach ze wskazaniem źródeł, — a dotyczących różnorodnych gałęzi naukowych, — równie dobrze zakresu chemii organicznej jak biologicznej, fizyologii i farmakodynamiki, patologii doświadczalnej i bakteryologii, wreszcie epizootiologii, względnie weterynaryi. Tak wszechstronnym był ten pierwszorzędny umysł! Stosunkowo tylko drobna część tych sławnych badań posiada znaczenie historyczne — w tym sensie, iż weszła dawno w skład nauki i istnieje jako powszechnie znane i uznane fakty; znaczna większość natomiast, nietylko z czasów ostatnich, ale i z przed dwudziestu lat, że przypomnę badania nad utlenianiem ustrojowem, nad chemizmem kiszkowym, rolą wątroby w wytwarzaniu mocznika, nad barwnikiem krwi i t. d. i t. d. — posiada wartość zupełnie świeżych, aktualnych materyałów, jeszcze bardzo niewiele wyzyskanych naukowo, i studyowanie tych prac może dostarczyć niemało pobudki do dalszego badania równie dobrze teoretykowi-biologowi, jak klinicyście. Wysoką więc wartość realną posiada wydawnictwo omawiane — i wysoką niewątpliwie zasługę przed całym światem naukowym zdobyli sobie wydawcy — pani Nadzieja Sieber, znana towarzyszka niemal całej drogi naukowej zmarłego mistrza, oraz p. Jan Zaleski, jeden z jego ostatnich także już dobrze znanych współpracowników, obecnie profesor chemii w Akademii rolniczej w Dublanach. Specyalne podziękowanie od ogółu polskiego należy się wydawcom, nietylko za ich niemałe trudy i mozół przy tej budowie pomnika dla naszego imienia, ale niemniej za to, iż nie omieszkali podkreślić pochodzenie polskie Marcelego Nenckiego i uczestnictwo jego w naszych usiłowaniach naukowych, przedrukowując w tym celu kilka prac, n. p. odczyt na Zjeździe krakowskim w języku naszym. Obecność dzieła w każdej bibliotece naukowej polskiej, w każdej pracowni lekarskiej, wreszcie w rękach każdego badacza-biologa polskiego uważam tembardziej za obowiązek społeczno-etyczny. *E. Biernacki.*

[1]) M. Hahn: „Münch med. Wochenschr.“, 1901 Nr. 49, str. 1973.

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Bürker. **Działanie klimatu górskiego na krew.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 6). Loewy. **Działanie klimatu górskiego i morskiego na człowieka.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 4). Jaquet. **Klimat górski i tworzenie się krwi.** (*Archiv f. exp. Pathol.* T. 45). Abderhalden. **O wpływie klimatu górskiego na skład krwi.** (*Zeitschrift f. Biologie* T. 43 i *Mediz. Klinik*, 1905, Nr. 9). Doświadczenie i praktyka lekarska oddawna już korzystały z leczniczego i zbawiennego ze wszech miar wpływu, jaki wywiera klimat górski na chory ustrój ludzki. Oddawna wiedziano, że pobudza on w ogólności, podnieca i wzmacnia cały szereg czynności ustroju, nie umiano jednak bliżej przyczyny tego objawu wytłómaczyć. Z chwilą, kiedy we wszystkich prawie krajach cywilizowanych powstały i zaczęły rozwijać się coraz liczniejsze uzdrowiska i sanatorya górskie, zaczęto bliżej rozpatrywać i zajmować się tą kwestyą ze stanowiska więcej naukowego i dociekać prawdy, gdzie i w jakim czynniku klimatycznym leży właściwa przyczyna i w jaki sposób oddziaływa ona korzystnie na ustrój. Tak, jak to w nauce naszej bardzo często się dzieje, za spostrzeżeniami czysto praktycznemi poszły w ślad badania naukowe, praktyka dała bodziec do dociekań teoretycznych. Z początku w pracowniach fizyologicznych poddawano zwierzęta i ludzi działaniu rozrzedzonego powietrza w maszynach i gabinetach pneumatycznych i badano wpływ jego na narząd krążenia i oddychania. Doświadczenia te nie były jednak wiernem naśladownictwem natury, nie można ich też było żadną miarą uważać za ścisłe i dokładne z tego powodu, że uwzględniały one i brały w rachubę tylko jeden pojedynczy czynnik klimatu górskiego, t. j. rozrzedzenie powietrza, podczas gdy w górach współdziała jeszcze cały szereg innych, nawet może ważniejszych czynników, które przyczyniają się, każdy ze swej strony, do wywierania korzystnych wpływów; wymienić tu tylko należy: względną suchość powietrza, brak drobnoustrojów, silne i długotrwałe działanie promieni słonecznych, niską ciepłotę, przewiew powietrza, jego silne przewodnictwo elektryczne, znaczne działanie promieniotwórcze. Że n. p. pierwsze dwa czynniki potężną w górach odgrywają rolę, dowodzi znany powszechnie fakt, iż pokrajane w kawałki mięso, zawieszone w świeżem powietrzu, nie gnije, ale wysycha jak drzewo. Chcąc robić tedy o ile możności

dokładne spostrzeżenia, należało je wykonywać w warunkach nie sztucznych i naśladowanych, ale wprost naturalnych. Co się tyczy krwi, to od czasu Pawła Berta (1882) cały szereg badaczy dowodził, że pod wpływem klimatu górskiego ulega ona znacznym korzystnym zmianom; do dziś dnia powstało w tym przedmiocie bogate już piśmiennictwo, które wykazuje, że przy przejściu z nizin do gór liczba ciałek czerwonych, jakoteż ilość hemoglobiny, żelaza i tlenu w jednostce objętości krwi się zwiększa. Zazwyczaj przybytek ten nie następuje odrazu z chwilą wzniesienia się i zamieszkania w górach, ale stopniowo w 1—2—3 tygodni, utrzymując się na osiągniętym poziomie tak długo, jak długo trwa pobyt w górach. Z chwilą powrotu do nizin zmniejsza się stopniowo ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych, — w ciągu kilku dni, lub nawet miesięcy, — wykazując jeszcze i później przez jakiś czas pewną zwykle nadwyżkę. Bardzo niewielka tylko liczba spostrzeżeń wykazywała prawie natychmiastowe podniesienie liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny w górach i następowy nagły spadek z chwilą powrotu do nizin. Kwestya, która zdawała się być już rozstrzygniętą i jasną, stała się nagle sporną, gdy pewna część badaczy ogłosiła ujemne wyniki, według których w górach nie następuje wcale przybytek ciałek czerwonych i hemoglobiny, ale owszem ubytek. W ostatnich nawet czasach dwa doświadczenia, robione podczas jazdy powietrznej balonem, wręcz się sprzeciwiają sobie; podczas gdy Gaule spostrzegał podczas wznoszenia się w górę balonem znaczne powiększenie się liczby ciałek czerwonych z pojawieniem się ciałek jądrzastych, to Zuntz i Schrotter spostrzeżeń tych potwierdzić nie mogli. Sprzeczne wyniki wywołały żywą wymianę zdań i cały szereg przypuszczeń, starających się wytłómaczyć wyniki badań poszczególnych autorów. I tak Miescher tłómaczył zwiększanie się ciałek czerwonych pobudzeniem narządów krwiotwórczych do zwiększonej czynności pod wpływem zmniejszonego ciśnienia powietrza. Za przypuszczeniem tem zdawała się przemawiać naprzód okoliczność, że w preparatach mikroskopowych krwi spostrzegano niekiedy obecność małych ciałek czerwonych, które uważano za formy młodociane, nowo wytworzone, powtóre, że powiększenie dotyczyło w znacznie wyższym stopniu liczby ciałek czerwonych, aniżeli hemoglobiny. Przeciw teoryi Mieschera wystąpił niebawem z opozycyą Gottstein, twierdząc, że wszelkie powiększanie się liczby ciałek czerwonych jest w ogólności pozorne, a winę w tem ponosi używana do liczenia ciałek kamera Thoma-Zeissa, która zmienia swą objętość pod wpływem niskiego ciśnienia i niskiej ciepłoty powietrza. Szczegółowa jednak kontrola Bürkera dowiodła, że jeżeli liczenie ciałek krwi odbywa się tylko w sposób dostatecznie wprawny i szybki, to błędy nie leżą po stronie kamery Zeissa i nie zależą od wahań ciepłoty i ciśnienia, spotykanych w praktyce. Ściany bowiem, a co za tem idzie i objętość kamery, nie zmienia się tak daleco przy stosunkowo niewielkich różnicach ciepłoty i ciśnienia, spotykanych w naturze, aby z tego powodu wynikać mogły błędy w liczeniu. Główny zarzut, stawiany teoryi Mieschera, został w ten sposób zupełnie odparty. Jak rozmaite były jednak zapatrywania na kwestyę działania klimatu górskiego na stan krwi, wystarczy wymienić po kolei wszystkie teorye, jakie stawiano z biegiem czasu. I tak zwiększenie liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny tłómaczył Fick mniejszym rozpadem i zużywaniem się krwinek czerwonych w atmosferze rozrzedzonej, a tem samem i przedłużeniem ich życia; Grawitz i Sahli — zagęszczeniem się krwi pod wpływem zwiększonego w górach parowania i przeziewu skórnego; Zuntz nierównomiernem rozmieszczeniem się krwi w układzie krwionośnym, a w szczególności rozszerzeniem się naczyń włosowatych skóry (z których się zazwyczaj krew do badania pobiera) pod wpływem ciepłoty i silnego działania promieni słonecznych; Bunge wreszcie — przystosowaniem się ustroju do zmniejszonego ciśnienia parcyalnego tlenu: aby mu mianowicie sprostać i dostatecznie się nim nasycić, musi w jednostce czasu więcej hemoglobiny przepływać przez włosowate naczynia płuc, a dzieje się to w ten sposób, że krew się zagęszcza skutkiem przenikania pewnej części osocza z naczyń krwionośnych do przestrzeni chłonnych ustroju; wytworzone tą drogą zagęszczenie krwi imponuje później jako prawdziwe powiększenie się liczby krwinek. We wszystkich dotychczasowych obliczeniach ciałek czerwonych opierano się na próbach krwi, pobranych do badania z obwodowych naczyń, a w szczególności z naczyń włosowatych skóry. Oczywiście, że tego rodzaju obliczenia nie są zupełnie ścisłe i nie są dokładnym wskaźnikiem jakości krwi w całym ustroju: wiadomo bowiem, jak skutkiem naczynioruchowych wpływów, — a te przecie w górach znaczną odgrywają rolę, — skład krwi w naczyniach obwodowych się zmienia. Względy powyższe spowodowały, że w ostatnich czasach zaczęto oznaczać całą ilość krwi u zwierząt przez ich skrwawienie. Sposób postępowania bywa zazwyczaj następujący: zwierzęta dzieli się na grupy według pojedynczych rzutów; jedną połowę z każdego rzutu pozostawia się w nizinach, a drugą przenosi się do miejscowości górskich, żywiąc zwierzęta przez cały czas doświadczenia w obu miejscach jednakowo tak pod względem ilości, jak i jakości. Po pewnym czasie zabija się przez skrwawienie zwierzęta, przebywające w górach i oznacza całkowitą ilość hemoglobiny. Z badań tych wynika, że im dłużej trwał pobyt w górach, tem zapas hemoglobiny staje się większy. Do podobnych zupełnie wyników doprowadziło także oznaczanie całkowitej ilości żelaza we krwi i w narządach wewnętrznych. Badania histologiczne szpiku kostnego wykazały u zwierząt, które przebywały w górach, miejscowe przeobrażanie się szpiku żółtego na szpik czerwony. Z licznych tych spostrzeżeń, wielokrotnie stwierdzonych w ostatnich czasach, wynika, że rzeczywiście klimat górski działa korzystnie na krwiotwórcze narządy ustroju; bliższe jednak szczegóły tego zawiłego biologicznego procesu są nam jednak do dziś dnia nieznane; na każdym kroku nowe nasuwają się pytania, na które dopiero przyszłe badania mogą odpowiedzieć.

Wilczyński.

G. Klemperer. **Leczenie kamicy żółciowej.** (*Therapie der Gegenwart*, Nr. 2, 1905). Autor streszcza przeglądowo obecnie stosowane zabiegi zarówno w ostrych napadach, czyli tak zwanych kolkach, spowodowanych kamicą, jakoteż w przewlekłej skazie kamiczej. W napadzie kolki poleca w pierwszym rzędzie wstrzykiwanie podskórne morfiny; według jego doświadczenia ten sposób podawania tego leku działa szybciej i pewniej, niż wszelkie inne, i dlatego stosuje go kilkakrotnie, nawet w podeszłym wieku chorych i w miernym zapadzie; równocześnie posługuje się termoforami, albo okładami o ile możności gorącymi, tłómacząc sobie pomyślny ich skutek w ten sposób, iż gorąco niejako przygłusza bole. Bardzo sceptycznie wyraża się K. o wynikach stosowania leków rzekomo rozpuszczających kamyki lub żółciopędnych; nie ufa ani durandowskim kroplom, ani eunatrolowi, ani salicylanowi sodowemu; przetwory te przyczyniają się najwyżej do skracania napadów, nie wpływając wcale lub bardzo mało na samą istotę sprawy chorobowej. Najwięcej pod tym względem zasługuje na nasze zaufanie ścisła dyeta i woda karlsbadzka w ilości 2—3 szklanek dziennie, albowiem ten bodziec fizyologiczny najwięcej się przyczynia do wydzielenia żółci. W przewlekłych przypadkach wolno próbować, chociaż z pewną oględnością, mięsienia wibracyjnego przewodów żółciowych, po którem K. kilkakrotnie spostrzegał, iż nietylko bole szybko ustały, ale i kamień po 24 godzinach znalazł się w kale. Chorym, skłonnym do kolki żółciowej, zakazuje autor noszenia sznurówki lub paska, a to w celu nietamowania odpływu żółci; natomiast poleca odpowiednią opaskę brzuszną tam, gdzie wiotkie powłoki brzuszne nie wywierają odpowiedniego ucisku; zaleca się dalej takim chorym ciągłe picie szczaw alkalicznych, szczególnie naczczo, gdy warunki chłonienia są najlepsze; dyetę przepisać należy nie drażniącą, nie przepełniającą zbytnio żołądka z unikaniem napojów wyskokowych, potraw zbyt tłustych, za kwaśnych lub wywołujących wzdęcie. Ruch jest wskazany, tak samo jak ćwiczenia gimnastyczne w porach wolnych od napadów; choć z drugiej strony wystrzegać się należy wysiłków, tak samo jak wzruszeń umysłowych i moralnych, wywołujących dość często napady kolki. Jeśli napady są za często, wówczas nie można się spodziewać wiele po leczeniu wewnętrznem; natomiast szybszą poprawę sprawia zwykle w takich razach zabieg chirurgiczny, czy to cholecystostomia, czy też cholecystektomia, chociaż z drugiej strony pamiętać należy, iż 5% operowanych umiera wskutek zabiegu.

Korm.

Quenstedt. **Działanie przetworów salicylowych na nerki.** (*Therapie der Gegenwart*, Nr. 3, 1905). Przed kilku laty Lüthje (*Deut. Archiv. f. klin. Med.* 1902) pierwszy zwrócił uwagę, że przetwory salicylowe, wbrew dotychczasowemu mniemaniu, nie są obojętne dla ustroju i że prawie w każdym przypadku dłuższego ich stosowania można stwierdzić u chorego objawy zadrażnienia dróg moczowych, w szczególności nerek. Aby sprawdzić spostrzeżenia L., robił autor badania na obfitym materyale kliniki Stintzinga w Jenie. Chorym gośćcowym, których mocz przedstawiał się poprzednio pod każdym względem zupełnie prawidłowo, podawał zależnie od nasilenia objawów gośćcowych 6—4—2 grm. dziennie przetworów salicylowych. W czasie ich stosowania zauważył na 200 wykonanych przez siebie rozbiorów moczu 110 razy obecność białka (przeważnie tylko ślady), a 96 razy obecność wałeczków w osadzie; nadmienić należy, że autor posługiwał się nietylko zwykłym salicylanem sodowym, ale także i nowszymi, modnymi, z wielu stron zachwalanymi preparatami. Że nie był to białkomocz fizyologiczny, dowodziła okoliczność, że chorzy ani przed, ani po okresie doświadczenia, względnie podawania salicylu, nigdy śladów białka nie okazywali, a powtóre, że do badania używany był zawsze mocz z nocy, w którym, według Leubego, nawet w przypadkach istotnego fizyologicznego białkomoczu białko się nie ukazuje. Podobnie nierzadko spotykał autor w osadzie wałeczki —

przeważnie szkliste i ziarniste. Że nie była to znowu t. zw. cylindrurya fizyologiczna, jaką w ostatnich czasach opisywano, dowodziła okoliczność, że pojawiała się ona tylko w czasie okresu podawania salicylu, znikając zupełnie z chwilą jego usunięcia. Z innych składników morfotycznych zauważył autor znacznie niekiedy zwiększoną ilość komórek nabłonkowych górnych i dolnych dróg moczowych, obok ciałek białych często w tak dużej ilości, że obraz drobnowidowy odpowiadał w zupełności temu, jaki się spotyka w lekkim złuszczającym nieżycie pęcherza. Na podstawie swoich spostrzeżeń potwierdza autor w zupełności zdanie L., że większa ilość salicylu drażni prawie zawsze drogi moczowe i to w niektórych przypadkach przeważnie nerki, w innych zaś pęcherz. Wszystkie objawy zadrażnienia ustępują w jakiś czas po odstawieniu salicylu w zupełności. Czy spotykaną prawie zawsze przez rozmaitych badaczy w osadzie moczowym podczas podawania salicylu znacznie zwiększoną ilość szczawianu wapniowego (kryształy kopert listowych) tłómaczyć można wprost zwiększeniem się ilości wydzielanego z ustroju kwasu szczawiowego pod wpływem salicylu, czy tylko ułatwieniem warunków jego krystalizacyi, czy też wreszcie jest to objaw, zależny tylko od odpowiedniej dyety, a nie od salicylu, — rozstrzygnąć powinny przyszłe szczegółowe badania. *Wilczyński.*

K. Rzętkowski. **Nowy sposób utrwalania preparatów mikroskopowych.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 10, 1905). Rozpostarte w możliwie najcieńszej warstwie na szkiełkach nakrywkowych preparaty krwi, plwociny, osadu moczowego lub preparaty cytologiczne wysusza autor przez krótką chwilę na powietrzu pod kloszem szklanym (celem uniknięcia zanieczyszczeń od kurzu). Wysuszone preparaty kładzie do naczynia (objętości około 200 ctm.^{3}), zawierającego 40—50 ctm.^{3} świeżej, najczystszej oliwy tak, aby się w niej szkiełka zupełnie zanurzyły i poddaje je następnie na siatce drucianej ostrożnie ogrzaniu na lekkim płomieniu lampki gazowej lub spirytusowej. Gdy ciepłomierz, wstawiony w oliwę, wskaże 117—118° C., wtedy się całe naczynie zdejmuje z siatki, podczas czego ciepłota podnosi się zazwyczaj do 120—121°. Z ciepłej jeszcze oliwy wyjmuje się preparaty szczypczykami, wysusza między skrawkami bibuły, zmywa bardzo dokładnie eterem kilkakrotnie aż do zupełnego uwolnienia preparatu od przylegających kropelek tłuszczu, w końcu poddaje się je jeszcze zmyciu alkoholem i wodą. Utrwalone powyższą drogą preparaty dają bardzo dobre wyniki, barwiąc się doskonale wodnymi, jak i alkoholowymi rozczynami barwików. *Wilczyński.*

E. Leyden i P. Lazarus. **Przypadek porażenia wskutek postrachu. Uwagi dodatkowe.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 8, 1905). Przypadek dotyczył 16-letniej służącej, która w 60 godzin po doznanym przestrachu została porażoną na całem ciele, począwszy od szyi. Podczas gdy jednak niedowład mięśni tułowia i brzucha, oraz utrudniona sprawność zwieraczy w następnych dniach sama ustąpiła, stan porażny kończyn górnych i dolnych nie zmienił się wcale, a towarzyszyło mu jeszcze znieczulenie zupełne na ból, ciepłotę i dotyk; chorą zupełnie niedołężną i bezradną trzeba było karmić jak niemowlę; odruchy ścięgniste były prawidłowe, natomiast nie można ich było wywołać na skórze; narządy wewnętrzne zdrowe, chora łykała wszystko z łatwością; sen, łaknienie i usposobienie nic nie pozostawiały do życzenia. Co do etyologii tego stanu chorobowego, to autor uważa nagły strach za jedyną przyczynę zasłabnięcia. Takie wzruszenia umysłowe mogą się stać przyczyną zaburzeń w narządzie krążenia, a częściej jeszcze w układzie nerwowym, pod postacią drżączki poraźnej, pląsawicy, udaru mózgowego, a szczególnie nerwic czynnościowych. Przyłączając z piśmiennictwa spostrzeżenia własne i innych autorów, podobne do opisanego przypadku, Leyden zastanawia się nad sposobem powstania anatomicznych zmian wskutek wzruszeń i przypuszcza, że i w tych przypadkach jedynie usposobienie osobnicze odgrywa ważną rolę. Wzruszenie w przytoczonym przypadku działało podobnie, jak wstrząs urazowy, przez przerwanie drogi przewodnictwa od ośrodków mózgowych kończyn i to tak dla czucia, jak i dla ruchu. O ile w przebiegu tych zaburzeń nie przyłączy się istotne schorzenie rdzenia, należy w takich przypadkach rokować pomyślnie. Leczenie jest po części psychiczne, po części pobudzające, co się uskutecznia silną faradyzacyą, która wywołuje uczucia bolu i drgania. Lazarus, przedstawiając chorą już jako uzdrowioną i zdolną do pracy, wspomina, że leczenie trwało 19 dni. Już podczas pierwszej i jedynej elektryzacyi ustąpiło znieczulenie; osłabiając nasilenie prądu, żądano energicznie od chorej, by naśladowała drgania i ruchy mięśni, wywołane prądem przerywanym; początkowo nie udało się wcale, ale w 3 dni później cho a wykonywała wszystkie ruchy w pojedynczych stawach kończyn, choć dość niezgrabnie. Dalsze ćwiczenia ustawiczne i zachęcania doprowadziły nareszcie do pożądanego celu. *Korm.*

Pelz. **O wstrzykiwaniach zewnątrzoponowych** (*epiduralnych*). (*Centralblatt f. d. Grenzgebiete der Med. und Chir.*, 1905). Catelin pierwszy w roku 1901 stosował ten sposób wstrzykiwań, chcąc uniknąć tą drogą niebezpieczeństw, połączonych z praktykowanemi wstrzykiwaniami podpajęczemi. Płyn wstrzyknięty, czy to 1—2% kokaina, czy też rozczyn fizyologiczny soli kuchennej, nie dostaje się między opony, lecz tylko do przestrzeni, wyścielonej okostną kręgów i oponą twardą, obfitującej w korzonki nerwowe i gęste sploty żylne. Wyjaławianie igły u strzykawki i płynu stosowanego, jakoteż zachowanie zasad czystości co do pola operacyjnego, jest nieodzownie potrzebne. Co się tyczy wskazań klinicznych do wykonania powyższego zabiegu, to wszyscy się zgadzają, iż w pierwszym rzędzie należy go stosować w nerwobolach dolnej połowy tułowia i to naturalnie tylko objawowo, gdyż na sprawę chorobową jako taką, metoda ta wcale niema wpływu. Ponieważ wykluczonem jest, by chory sam wykonał w mowie będący rękoczyn, nigdy nie może nastąpić przyzwyczajenie, jak bywa przy morfinie i kokainie, a tem samem niebezpieczne skutki ciągłego podawania tych środków są niemożliwe. Stosowano wstrzykiwania zewnątrzoponowe w przypadkach samowolnego oddawania moczu; statystyka wyników wykazuje 49% wyleczeń trwałych, 35% polepszeń trwałych, 10% polepszeń przemijających, i nareszcie 4% nie wyleczonych. Probowano też wpływu tej metody leczenia na zaburzenia w zakresie chorób płciowych, jak n. p. w niedołęztwie męzkiem, nasieniotokach i t. p., ale wyniki były wątpliwe, a liczba chorych za szczupłą, by można było wyciągnąć jakieś ogólne wnioski. Wreszcie doświadczenia, wykonane w zamiarze wprowadzenia tą drogą do ustroju nie obojętnych leków, należy uważać za nieudane, a nawet za niebezpieczne. *Korm.*

CHIRURGIA. Depage i Mayer. **O wycinaniu moczowodów i pęcherza przy rozległym raku macicy.** (*Arch. für klin. Chirurgie*, 74, 1905). W przypadku rozległego raka macicy nie powinien operator wahać się ani chwili poświęcić część moczowodów lub pęcherza. Moczowody można często potem wszyć znowu do pęcherza. Depage i Mayer przytaczają odpowiednie 4 historye chorób. Sokoloff w roku 1899 zebrał 28 przypadków połączenia moczowodów z pęcherzem: śmiertelność wyniosła 10·7%. Obecnie już jest opisanych około 63 przypadków: śmiertelność wynosi 11·7%, a po obliczeniu przypadków, zmarłych z innych przyczyn, tylko 5·9%. Łączenie to można wykonać przez wszycie moczowodu do pęcherza zapomocą rurki, guzika lub samego szwu. Depage poleca swój prosty sposób: odcinek środkowy moczowodu obcina skośnie i oswobadza z otrzewnej. W obranym miejscu pęcherza robi mały otwór i wprowadza do nie.o moczowód, zaopatrzony na końcu nitką jedwabną Nr. 0. Końce tej nitki wyprowadza z pęcherza od wewnątrz w odległości 1½ ctm. od otworu i zawęźla na zewnątrz (podobnie jak przy operacyi przepukliny sposobem Barkera). Po ukończeniu tego aktu obszywa się jeszcze moczowód szwami surowiczymi, tak jak dren przy gastrostomii Witzla, przez co moczowód leży w kanale. Operacya łatwa, da się wykonać szybko. Boczne zranienia moczowodu można po prostu zaszywać, łączyć oba moczowody ze sobą bocznie lub wszczepiać środkowy koniec przeciętego do drugiego. Wszczepianie moczowodów do skóry, prostnicy i pochwy daje gorsze wyniki. Stosunkowe najlepsze następstwa daje operacya Maydla, bo tylko 22% śmiertelności. W jednym przypadku raka macicy wycięli autorowie pęcherz moczowy, jeden moczowód wszyli do jelita grubego wstępującego, drugi do zstępującego; chora wyzdrowiała. *Dr. A. Klęsk.*

Lilienfeld. **O podskórnych zranieniach jelit i ich leczeniu.** (*Beitr. zur klin. Chirurgie*, 1905, 45, I). Autor omawia przypadki (z piśmiennictwa) podskórnego pęknięcia i zranienia jelit, dołączając do nich 5 nowych przypadków z następowem ogólnem zapaleniem otrzewnej (z tego dwa wyzdrowienia). U jednego z pacyentów nie było właściwie pęknięcia, lecz tylko zgniecenie jelita, a mimo to spotkano ogólne zapalenie otrzewnej. Jelito, wyłożone przed raną, wkrótce przyszło do siebie. Na mocy obszernego doświadczenia swego szefa Riegnera radzi autor zawsze w przypadkach zajęcia otrzewnej zakładać enterostomię: uwalnia się przez to zaraz ustrój od zatrucia kałem. Szybka operacya i rozpoznanie decydują tu o wszystkiem. W razie wysokiego pęknięcia jelita nie można naturalnie zakładać przetoki; wystarcza tu zwykle za to skrupulatne płókanie żołądka. Jelito zmiażdżone przepuszcza swobodnie bakterye i mimo braku otworu zakażenie otrzewnej wystąpić może. Przy ogólnem zajęciu otrzewnej radzi autor toaletę jamy brzusznej na sucho, w razie ropy sączkowanie zapomocą grubych drenów. *A. Klęsk.*

Kuzmik. **Guzy nadnerczowe nerki.** (*Beitr. zur klin. Chirurgie*, 1905, 45, I). Po przytoczeniu historyi chorób spostrzeganych przez siebie 3 przypadków guzów nadnerczowych nerek

omawia autor szczegółowo tę sprawę, zwracając uwagę, że nowotwory to spotyka się często przypadkowo przy sekcyach w zaczątkach, jako narośle wielkości grochu lub wiśni i często uważa się je za gruczolaki, tłuszczaki lub naczyniaki, a nie bada się ich pod drobnowidem. Guzy te rozrastają się dopiero zwykle po 45-tym roku życia, usadawiają się na górnym biegunie nerki pod torebką, a mają utkanie kory i rdzenia nadnercza. Klinicznie zdradzają ich istnienie w pierwszym rzędzie krwotoki nerkowe. Guzy rosną z początku powoli i równomiernie; spostrzegano n. p. krwotoki na 11½ lat przed wybadaniem guza. Złośliwość ich powiększa się w miarę wzrostu, przebijają torebkę nerki, wkraczają do żył i tworzą przerzuty. Zawierają dużo glikogenu i lecytyny, często żółty barwik. Przerzuty w drugiej nerce należą do rzadkości, często natomiast spotyka się w obu nerkach pierwotne ogniska. Przerzuty powinny być bezwzględnem przeciwskazaniem do operacyi, podobnie zajęcie żyły nerkowej i dolnej głównej, choć próbowano oczyszczenia tych ostatnich, lecz bez skutku. Zabieg taki niema celu, przedłuża operacyę i czyni ją niebezpieczną dla pacyenta, a pomódz już nic nie może. Wydobywać najlepiej te guzy od strony lędźwi; usuwać należy cały tłuszcz okołonerkowy, a szypułę nerki pod odcięciu obszyć katgutem. *A. Klęsk.*

Dr. Landau. **Mięsień prosty brzucha w stosunku do bramy przepukliny pachwinowej wewnętrznej.** (*Zentralblatt f. Chir.*, Nr. 5, 1905). Mięsień prosty przy skurczu skracając się, rozszerza się równocześnie o jaki 1 ctm., wskutek czego brzeg jego zewnętrzny zakrywa bramę przepuklinową, czyniąc ją niedrożną. Rozszerzenie to nie przychodzi do skutku w położeniu wdechowem, gdyż przy wdechu zwiększa on biernie swe rozmiary na długość. Przeciwnie w położeniu wydechowem skraca się i rozszerza mięsień prosty *ad maximum*, a nasuwając się na bramę, stanowi dla niej niejako zaporę ochronną. Sądzi więc autor, że w przypadkach istniejącej szerokiej bramy, lub nawet małej przepukliny, byłoby wskazanem wykonywanie wszelkich czynności, połączonych z podniesieniem ciśnienia w jamie brzusznej (parcie na stolec, wysiłki fizyczne, kichanie) w położeniu wydechowem, gdyż w ten sposób można się na długi czas uchronić przed zabiegiem operacyjnym lub noszeniem paska, nie zaprzestając nawet ciężkiej fizycznej pracy zawodowej. *Dr. Jossé.*

Dr. Mellin. **Tiosinamina w leczeniu przykurczeń bliznowatych.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 5, 1905). Od czasu, kiedy Hebra wprowadził tiosinaminę, używano tego przetworu we wszystkich sprawach, którym towarzyszyło tworzenie się blizn. I tak już Hebra zastosowywał go w leczeniu liszaja żrącego, gruczołów zmienionych gruźliczo, w zmętnieniu rogówki, w przykurczeniach więzadeł i ścięgien, wywołanych bliznami skóry. Dalej zastosowywano tiosinaminę z mniejszym lub większym skutkiem i w chirurgii, w sprawach przewlekle zapalnych, jak zwężeniach cewki moczowej, zrostach wszelkiego rodzaju w jamie brzusznej i to zarówno przed operacyą, jak i po niej, w cierpieniach, wywołanych tworzeniem się blizn i zrostów (Lewandowski). Działanie tego leku na tkanki bliznowato zmienione, nie jest dotychczas jeszcze zupełnie jasne. Według badań Glasa polega ono na pęcznieniu i zwiotczeniu tkanek bliznowatych. Tiosinaminę zazwyczaj wstrzykuje się podskórnie (w roczczynie alkoholowym 15—20% lub wodnym 10% z gliceryną), stopniując dawkę od ½—1 strzykawki Pravatza; razem 20—30 wstrzyknięć, które odpowiadają 2—3 grm. przetworu. Objawów ogólnych tiosinamina prawie nie wywołuje, z wyjątkiem niekiedy pokrzywki u dzieci, a przy znaczniejszych dawkach zwiększonego wydzielania moczu i lekkiej śpiączki. Z licznych przypadków, leczonych w szpitalu w Britz, w których zastosowano tiosinaminę z dodatnim wynikiem, przytacza autor kobietę w wieku 53 lat, która doznała oparzeń 2—3 stopnia na twarzy, ramionach i rękach. Po odpadnięciu części obumarłych i zastosowaniu przeszczepień sposobem Tnierscha, wytworzyły się rozległe blizny, które wywołały przykurczenie ramienia pod kątem prostym i zesztywnienie palców i odwinięcie powiek znacznego stopnia. W 25 wstrzyknięciach podano 2·3 grm. tiosinaminy przy równoczesnem zastosowaniu mięsienia. Po miesiącu chora wyleczona opuściła szpital. *Dr. Jossé.*

Dr. C. Israel. **Podwiązanie tętnicy miednicowej prawej** (*a. hypogastrica*) **z powodu tętniaka t. pośladkowej dolnej** (*a. glutaea inferior*). (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 5, 1905). Do szpitala zgłasza się kobieta w wieku 56 lat, ma guz na prawym pośladku, w którym od kilku miesięcy doświadcza silnych bolów. Objawy te przypisuje upadkowi, który miał miejsce przed niespełna rokiem. Badanie wykazuje: olbrzymi tętniący guz, pokryty na szczycie prawie tylko skórą, wychudzenie, brak łaknienia, tętno małe, ściany tętnic twarde. Ponieważ chora nie zgadza się na zabieg operacyjny, zastosowano leczenie objawowe: makowiec, jodek potasu, spokój, ucisk. Z dnia na dzień stan pogarsza się z równoczesnym wzrostem guza, który dochodzi do wielkości głowy dziecka. Wobec tego przystąpiono do podwiązania tętnicy miednicowej w połowie odległości między jej punktem wyjścia, a najbliższem rozgałęzieniem. Po podwiązaniu tętnienie ustało, guz stał się w pierwszej chwili większy i twardszy, aby następnie stopniowo się zmniejszać. Po wygojeniu się rany chora w 1½ miesiąca opuściła szpital. Stan ogólny poprawił się znacznie, guz pozostał wielkości jaja kurzego, nie tętniący i nie sprawiający żadnych dolegliwości. Obrzęki kończyn, które po operacyi wystąpiły, znikły zupełnie dopiero po 1½ roku. *Dr. Jossé.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Raschkow. **O związku chorób umysłowych z chorobami skórnemi.** (*Derm. Zeitschrift*, XII. 2, 1205). Związek między temi dwiema grupami chorób jest dotąd jeszcze mało znany, chociaż opisywano przypadki, w których udowodniono wzajemny wpływ tych chorób na siebie, gdyż stwierdzono przeciwne wahania w nasileniu choroby umysłowej, a skórnej. Autor opisuje przypadek z kliniki psychiatrycznej wiedeńskiej, w którym u kobiety 44-letniej wystąpiło zboczenie umysłu z omamami i uczuciem lęku, rozpoznane jako ogólne pomieszanie (*amentia*). W okresie, w którym pobudzenie i lęk prawie zupełnie znikły, pojawiło się silne zaczerwienienie twarzy, a następnie liczne guzki i krosty w postaci trądzika różyczkowego (*acne rosacea*). Ile razy zaczerwienienie przybladło, a w końcu znikało całkiem, pojawiało się silniejsze pobudzenie, a z chwilą uspokojenia się chorej powstawały nowe guzki i krosty. Związek taki tłómaczyćby można chyba tylko działaniem toksyn, które i w etyologii ogólnego pomieszania odgrywają rolę. *Krzysztalowicz.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Bornyval. Oficynalne przetwory kozłka rozkładają się bardzo łatwo i tracą skuteczność. Stąd też starano się oddawna wytworzyć chemicznie takie związki kwasu kozłkowego, któreby lepiej się utrzymywały. Do takich należą n. p. kozłkan cynkowy, oraz związki, zwane validolem i valolem. Brak w nich jednak jednego skutecznego składnika, mianowicie borneolu. Zawiera go z przetworów kozłka jedynie bornyval, niedawno wytworzony, mający postać przezroczystej, aromatycznej cieczy, oddziaływającej obojętnie, wrzącej przy 250°. Srodka tego próbował Boss (*Medizinische Klinik* 1905, Nr. 7) w 15 przypadkach, w których wskazane były przetwory kozłka i oświadcza, że lek ten jest najlepszem *analepticum* z dotąd znanych. Podaje się w perełkach po 0.25 grm. 3—4 razy dnia. *Ll.*

Jothion, nowy przetwór, wyrabiany przez fabrykę Bayera w Elberfeldzie, jest to ester kwasu jodowodorowego, nierozpuszczalny w wodzie, rozpuszczalny zaś w olejach, alkoholu i innych rozczynnikach organicznych, mający postać cieczy oleistej i zawierający 80% jodu. Jothion wchłania się łatwo przez skórę, dlatego Schindler (*Prager med. Wochs.*, 1904, 39) użył go w postaci wcierań maści: *Jothion 2,0 Cerae albae, Lanol anhydr aa 0,5*, gdyż wcierany w stanie czystym wywołuje ten lek łatwo pieczenie skóry i podrażnienie błony śluzowej nosa i spojówek. Po wtarciu w skórę wykazywano jothion w ślinie po godzinie, w moczu po 1½—2 godzin. Po ukończeniu wcierań wydzielał się jod w moczu i ślinie jeszcze przez tydzień i dłużej. W 18 przypadkach kiły późnej ustąpiły zmiany nosa, skóry i kości, po jothionie znacznie szybciej, niż po zwykłych przetworach jodowych, przyczem ani razu nie zdarzyła się jodzica. Równie dobre wyniki uzyskał Lipschütz (*Wiener med. Wochs.*, 1904, 28). *B.*

Prof. A. Neisser i K. Siebert. **O stosowaniu maści kalomelolowej („unguentum Heyden“) do leczenia przeciwkiłowego wcieraniami.** (*Medizin. Klinik*, Nr. 1, 1905). Najprostszem, najdogodniejszem i najpewniejszem leczeniem rtęcią byłoby wstrzykiwanie nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych, gdyby nie powstawały przytem nacieki, ropnie, bole etc. Wstrzykiwania zastępujemy dlatego wcieraniami. W tym celu polecają N. i S. maść kalomelolową. Nie jest ona wprawdzie skuteczniejszą od zwykłych wcierań lub wstrzykiwań, leczenie jednak tą maścią jest o wiele łatwiejsze i przyjemniejsze dla chorych, szczególnie kobiet, ponieważ dzięki białej barwie maści jest czystsze i nie zdradza choroby otoczeniu. „Ungnentum Heyden“ zawiera 30% rtęci. W wrocławskiej klinice leczono nią 54 przypadków (52 kiły wtórorzędnej, 2 trzeciorzędnej). Jednorazowa wcierka: 8—10 grm., przeciętnie 30 wcierek. Skutek nie był uderzająco „ostrym“, lecz odpowiadał łagodnym wstrzykiwaniom (salicylan i tymolan rtęciowy) lub miernym zwyczajnym wcierkom (po 3 grm. szaruchy). Doświadczenia na zwie-

rzętach wykazały, iż maść kalomelolowa równa się co do trujących własności maści szarej. Tak maść kalomelolowa, jak i sam kalomelol w postaci pudru (*Kalomelol 5·0, Zinci oxyd., Amyli aa 2·5*), działa też szybko na miejscowe zmiany kiłowe, jak wrzody, kłykciny sączące i t. d. *Baschkopf.*

Haberfeld (*Orvosi Hetilap*, 1904, Nr. 36, 37) wykonał w szpitalu św. Jana w Peszcie badania nad dyetetyczną i leczniczą wartością protyliny. Stwierdziwszy, że środek ten ulega strawieniu w jelitach, uważa go H. za wskazany we wszystkich tych przypadkach, w których trawienie żołądkowe podupadło i chcąc dostarczyć ustrojowi białka, trzeba podawać je w takiej postaci, aby mogło być strawione w jelitach. Protylina, obfitująca w białko i fosfor, dzielnie wspiera sprawę odradzania się u takich osób, które znajdują się jeszcze w okresie rozwoju, i nadaje się w przypadkach zaburzeń odżywczych układu nerwowego i kostnego. Protylinę najlepiej podawać po 4—5 grm. 3 × dnia, rozmieszawszy z wodą lub mlekiem w czasie posiłków, przyczem podnieca ona także łaknienie. H. zauważył u swych chorych znikanie zaburzeń trawienia, przybytek sił i wagi ciała, — u niedokrwistych wzrost ilości hemoglobiny we krwi. *R.*

Dla zapobieżenia zimnicy byłoby według Moriego najlepszym środkiem (*Allg. med. Centr-Zeitung* 1904, Nr. 42) niewątpliwie wygubienie roznoszących zarazki komarów. Dopóki to jednak jest niemożliwe, należy u osób, których zajęcia muszą się odbywać na wolnem powietrzu o niebezpiecznej porze, starać się cel osiągnąć przez podawanie środków wewnętrznych. Z nich za najlepszą uważa M. euchininę, jako mniej niesmaczną, a co ważniejsza, mniej szkodliwie działającą na krążenie, niż chinina. M. podawał do 2 gr. jednego dnia w ciągu 2 godzin bez żadnych niemal skutków ubocznych. Z tych samych względów zaleca Nicastro (*Gazz. med. Lomb.* LXIII, Nr. 5) ten środek do leczenia wybuchłej już zimnicy. *Zm.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Sprawozdanie z poświęcenia i uroczystego otwarcia „Domu Tow. lek. krak.“ w dniu 2 marca 1905 r.

O godz. 11½ przed południem, przy licznym udziale zaproszonych uczestników, dokonał poświęcenia nowego przybytku ks. kanonik Rychlak, proboszcz parafialnego kościoła św. Mikołaja na Wesołej, poczem zwrócił się do obecnych z okolicznościowem przemówieniem.

W kilku serdecznych słowach podziękował mu prezes imieniem Towarzystwa lek. i przystępując do otwarcia posiedzenia, zaprosił kolegę sekretarza generalnego do odczytania wyjątków z protokołów posiedzeń Towarzystwa, dotyczących budowy „Domu“. Następnie kol. przewodniczący zaznaczył, że na dzień otwarcia „Domu“ przypadło ukończenie druku „Słownika lekarskiego polskiego“, wydanego staraniem Towarzystwa i udziela głosu kol. prof. Browiczowi, przewodniczącemu Komisyi słownikowej.

Kol. prof. Browicz oznajmia, że praca przedsięwzięta około ułożenia „Słownika“ dobiegła końca i jako owoc tejże składa w ręce prezesa Towarzystwa pierwszy egzemplarz „Słownika“.

Kol. przewodniczący przyjmuje imieniem Towarzystwa z rąk prof. Browicza »Słownik“ i dziękuje jemu i Komisyi słowami:

„Niech mi wolno będzie, Czcigodny Panie Kolego, w imieniu naszego Towarzystwa złożyć w Twoje ręce serdeczną podziękę dla Ciebie i dla całej Komisyi złożonej z kol. prof. Domańskiego, Ciechanowskiego i Kryńskiego za ten wielki trud, jakiegoście się podjęli na podstawie mandatu, przez Towarzystwo Wam udzielonego, dla dobra naszego piśmiennictwa lekarskiego polskiego. Dziś wręczyłeś nam dzieło, owoc długoletniej Waszej świadomej celu i umiejętnej pracy, za które Towarzystwo głęboką zachowa wdzięczność i tak ono, jak i ogół lekarzy polskich Waszymi pozostaną dłużnikami“.

Następnie zwraca się przewodniczący do obecnych z następującą przemową:

„Dzień dzisiejszy jest z pewnością jednym z ważniejszych historyi naszego Towarzystwa, które ma za sobą już pewną tradycyę, bo data jego założenia przypada na rok 1866. Uważam to za pomyślny i dobrze rokujący zbieg okoliczności, iż pierwszy egzemplarz „Słownika lekarskiego“ pojawia się oto w dniu otwarcia nowej własnej siedziby Towarzystwa, o której myślano dawno, ale którą na realne tory wprowadził swą energiczną inicyatywą Kolega nasz prof. Mars, tworząc w roku 1890 Komisyę i razem z kolegą Lustgartenem fundusz budowy „Domu“. Przewodniczącymi Komisyi byli z kolei koledzy: prof. Jakubowski, prof. Mars i Dr. Bielański.

W przeciągu lat kilkunastu Komisya ta zebrała taki fundusz, że przy poparciu „Przeglądu Lekarskiego“ mogliśmy pomyśleć o budowie własnego domu.

Przed dwoma laty wnieśliśmy do gminy miasta Krakowa prośbę o bezpłatne odstąpienie pod budowę gruntu, na którym dom nasz obecnie się wznosi. Dzięki bardzo przychylnemu przyjęciu i poparciu naszych usiłowań przez pana Prezydenta miasta, prof. Leo i ówczesnego wiceprezydenta dyrektora Staniszewskiego, jak również byłego Prezydenta Friedleina i dzięki życzliwości Świetnej Rady miasta Krakowa, której ofiarność na cele kulturne, mimo szczupłych środków, nie ma granic, otrzymaliśmy rzeczony grunt bezpłatnie i zaciągnąwszy na korzystnych warunkach w miejskiej Kasie Oszczędności pożyczkę, przystąpiliśmy do budowy domu, nad którą miała opiekę Komisya, złożona z kolegów Kwaśnickiego, Lustgartena, Bielańskiego, Gwiazdomorskiego i Łepkowskiego, oraz uproszonego z poza Towarzystwa Nadradcy Sarego, pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa. Plan na budowę domu wykonał, oraz budowę przeprowadził, pan architekt Kaczmarski i sądzę, iż będzie to dla niego dostateczną satysfakcyą, gdy powiem, iż rozkład ubikacyi i ich wymiary zostały tak szczęśliwie dobrane, że ani przez chwilę nie pragnęliśmy i nie pragniemy żadnej zmiany.

Dom nasz mieści salę posiedzeń, bibliotekę Towarzystwa, czytelnię, Towarzystwo samopomocy lekarzy, oraz Izbę lekarską, do tego też jego celu zastosowano plany. Dziś dom skończony i jestem obecnie w tem miłem położeniu, że jako przewodniczący Komisyi budowy własnego domu mogę przybytek ten oddać Towarzystwu. Nie potrzebujemy zaś wstydzić się naszego dzieła. Dążyliśmy usilnie do tego, aby wnętrze domu, w którym częściej przebywać nam przyjdzie, wypadło jak najartystyczniej, albowiem my przyrodnicy mamy wrodzone pragnienie piękna. Nauka bowiem i sztuka z jednego płyną źródła i jak w prawdziwej sztuce nie da się nic wielkiego stworzyć bez ścisłych matematycznych obliczeń, tak znów każda głębsza, naukowa myśl w natchnieniu się rodzi. Przeprowadzenie naszych dążeń umożliwiła nam okoliczność, że wielki nasz artysta poświęcił nam swój niezwykły talent dekoracyjny i umożliwił, mimo szczupłych naszych środków, wzniesienie wnętrza, które między artystycznymi pomnikami Krakowa z pewnością niepoślednie zajmie miejsce.

Nie mogę pominąć milczeniem okoliczności, że wszystko wykonano na miejscu: instalacyę kaloryferów i wodociągów zakładał p. inżynier Żmigrodzki, roboty kominiarskie — p. Kozłowski, roboty stolarskie — pracownia p. Sydora, malowanie ścienne — pracownia p. Tucha, balustradę schodów — fabryka p. Góreckiego, wieszadła — p. Uznański, świeczniki — p. Górka, kilimki — p. Sikorska z Czernichowa, witraże wreszcie robi fabryka prof. Ekielskiego i Tucha. Mogę z uczuciem wielkiego zadowolenia powiedzieć, że wykonano wszystko bardzo dobrze według szczegółowych projektów p. Wyspiańskiego i na podstawie tego mam prawo twierdzić, że niema z pewnością rzeczy, artystycznie tak wysoko stojących, którychby u nas doskonale wykonać nie zdołano. W ten sposób otwarcie naszego domu potrąca o kwestyę, żywo u nas w ostatnich czasach dyskutowaną, kwestyę naszego własnego przemysłu.

Wdzięczni jesteśmy wszystkim tym, którzy dopomogli nam przy wzniesieniu tego przybytku i niech mi wolno będzie złożyć serdeczne dzięki Gminie miasta Krakowa za ofiarowany pod budowę domu grunt na ręce p. Prezydenta miasta. Dziękujemy p. Kaczmarskiemu i wszystkim przy budowie zajętym, oraz p. nadradcy Saremu za fachową opiekę nad budową. Specyalna zaś gorąca podzięka należy się od nas panu Wyspiańskiemu, który stworzył nam to wnętrze i włożył w nie część potężnego swojego ducha.

Ale będąc w nowym budynku, nie zapominajmy o starych naszych gospodarzach: wdzięczni jesteśmy naszej starej Jagiellońskiej szkole za gościnność, której naszemu Towarzystwu przez szereg lat użyczała i p. prof. Szajnosze, naszemu ostatniemu gospodarzowi.

Niech mi wolno będzie wreszcie zwrócić się z gorącą podzięką do naszych dostojnych gości, którzy przez swoje przybycie uświetnili nasz obchód i dodali mu uroczystości i powagi. Kolegom członkom

naszego Towarzystwa, którzy pracowali gorliwie około wzniesienia domu, będącego naszą wspólną własnością, jak wymienionym już prezesom Komisyi budowy domu i obecnym członkom Komisyi wykonawczej budowy domu, równie jak kolegom moim w Wydziale Towarzystwa: prof. Rosnerowi, Ciechanowskiemu, Rutkowskiemu, Borzęckiemu, Urbanikowi, Różeckiemu, Dobrowolskiemu, Raczyńskiemu, Pisarskiemu i innym nie dziękuję; pracowali oni bowiem nad rzeczą naszą wspólną, a przytem zanadto dobrze znam ich poczucie obowiązku i miłość dobra publicznego, abym nie wiedział, że praca ta była im miłą i że podzięka taka nie zrobiłaby im przyjemności.

Ja osobiście dumny jestem z tego, że stoję na czele Towarzystwa, które rozwój swój utwierdziło wzniesieniem tego oto gmachu ze współudziałem artysty tej miary, co Wyspiański, gdzie pod wspólnym dachem mieszczą się wszystkie tutejsze lekarskie instytucye. Dokonaliśmy zaś tego pod hasłem *„viribus unitis“*, jednocząc się w dążeniu do wspólnego celu.

My lekarze, wzięci, jako część naszego społeczeństwa, złożyliśmy tu dowód zdolności do wytrwałej organicznej pracy zbiorowej i do zestrzelenia sił ku jednemu celowi.

Wiadomo, że nie brak nam zapału i pięknych porywów i jak o nas powiedział poeta: „duch się w każdym poniewiera, że czasami dech zapiera“, ale daleko nam trudniej indywidualności nasze wspólnej podporządkować myśli: dzisiejsza uroczystość świadczy, że i tego się uczymy i to z coraz lepszym skutkiem. Pełen zatem radości oddaję Towarzystwu dom ten, który oby przyniósł mu siłę i rozwój wszechstronny“.

Z kolei zaprasza kol. przew. J. Magn. Rektora U. J. prof. N. Cybulskiego do wygłoszenia odczytu: „Materya promienista, jako środek leczniczy“ (odczyt ten wyszedł w N. 11 „Przegl. lek.“), wyrażając swoją radość, że w tym roku jeden z pośród nas lekarzy piastuje wysoką godność kierownika starej naszej *Almae matris*.

Odczyt ten poprzedziło następujące przemówienie Rektora:

„Zanim rozpocznę zapowiedziany na porządku dziennym wykład, pragnąłbym dać wyraz wrażeniom, których doznaję w tym nowym przybytku, mającym służyć dalszemu rozwojowi wiedzy lekarskiej w Polsce. Myśl powzięta przed laty stała się rzeczywistością; Towarzystwo posiada własny dom, w nim wszystko, czego dla celów Towarzystwa potrzeba: obszerną salę dla zebrań towarzyskich i naukowych, czytelnię, bibliotekę i szereg ubikacyi, które mogą być przeznaczone na cele z celami Towarzystwa wspólne, a wszystko to nietylko odpowiada swemu przeznaczeniu, nietylko czyni zadość wymaganiom hygieny, lecz sprawia także przyjemne wrażenie pod względem estetycznym i może zadowolnić nawet najbardziej wybredne wymagania pod względem piękna. Nikomu nie jest tajnem, że urzeczywistnienie tej dawnej myśli zawdzięczamy naszemu prezesowi prof. Julianowi Nowakowi, którego pracę i zabiegi z uznaniem podziwialiśmy; sądzę, że dam wyraz panującemu w dzisiejszem zebraniu uczuciu, jeżeli imieniem wszystkich lekarzy krakowskich wyrażę mu naszą najserdeczniejszą wdzięczność i uznanie“.

Następnie zabiera głos doc. Bylicki ze Lwowa. Podnosi energiczną działalność całego szeregu prezesów od Radcy Dworu prof. Korczyńskiego do prof. Nowaka, w którymto okresie czasu dosięgło Towarzystwo punktu kulminacyjnego swojego rozwoju.

Na zakończenie odczytał sekretarz doroczny telegramy z życzeniami dla Towarzystwa od: Radcy Dworu prof. Henryka Jordana, prof. Wiczkowskiego, prof. Sieradzkiego, prof. Baranowskiego, Radcy Dworu prof. Rydygiera, Dr. Obtułowicza, Dr. Sikorskiego, Loewy'ego, Kapellnera i Lenartowicza, prof. Ziembickiego, Dr. Wł. Łukaszewicza, Dr. Janiszewskiego, Dr. Gustawa Zaremby, Dr. K. Rzętkowskiego, prof. Henryka Kadyia, prof. Hoyera, Dr. Heliodora Święcickiego, prof. Karola Kleckiego, Dr. Patkiewicza, Dr. Chłapowskiego, Dr. Walczyńskiego, posła Jana Rottera, starszego radcy Józefa Sarego, Dr. Jabłońskiego, Dr. Stangenhausa, Instytutu anatomii patologicznej we Lwowie, Dr. Kwiatkiewicza.

Pisarski, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 15 marca 1905 r.

Przewodniczy: kol. prof. Nowak.

Obecnych członków 90.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. przewodniczący wita obecnych na posiedzeniu kolegów z Warszawy Dr. Zawadzkiego i Dr. Pruszyńskiego.

III. Kol. przewodniczący wnosi sprawę zaciągnięcia w miejskiej Kasie Oszczędności pożyczki 2000 kor., z powodu jednak braku przepisanego kompletu, sprawy tej na tem posiedzeniu nie załatwiono.

IV. Kol. prym. Borzęcki przedstawia dwa przypadki: jeden dotyczy chorego z wrzodami miękkimi prącia i rzadkiem przeszczepieniem tejże sprawy na lewym policzku, drugi dotyczy 11-letniego chłopca, cierpiącego na *lichen ruber planus*, który zasługuje z tego względu na uwagę, że choroba ta w tym wieku należy do rzadkości.

V. Kol. prof. Reiss demonstruje chorego z *erythema exsudativum multiforme* i 5-letnią dziewczynkę z *folliculitis scrophulosorum*, która to zmiana nie jest wprawdzie gruźlicą skóry, lecz występuje u osobników, chorych na gruźlicę innych narządów. Demonstrowane dziecko posiada znamiona zołzów.

W dyskusyi zabierają głos koll. Rydel i Gertler.

VI. Kol. przewodniczący poddaje pod głosowanie nowych członków Towarzystwa: D-rów Cetnarowskiego, Mięsowicza, Owsińskiego, Wilczyńskiego, Riedmüllera, Blassberga, Supińskiego i Nitscha. Wszystkich wybrano jednogłośnie.

VII. Kol. przewodniczący dziękuje imieniem Tow. jednemu z kolegów za hojny dar 100 koron na fundusz żelazny „Domu“, stosując się jednak do życzenia owego kolegi, nie wymienia jego nazwiska.

VIII. Kol. Eisenberg, upoważniony do tego przez pewne grono kolegów, interpeluje prezydyum w sprawie Komisyi referatowej, zawiązanej przy Redakcyi „Przeglądu lekarskiego.“ Na interpelacyę tę kol. przewodniczący daje wyjaśnienia.

Kol. prym. Borzęcki stawia wniosek, ażeby sprawę tę przekazać do załatwienia Komitetowi, na co przewodniczący się zgadza.

IX. Rektor Browicz wygłasza zapowiedziany odczyt: „O funkcyi wydzielniczej jądra komórki wątrobnej.“ (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos koll.: docent Bochenek i prof. Rosner. *Dr. Pisarski,* sekretarz doroczny.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyj.

Sekcya jarosławska odbyła w szpitalu powszechnym d. 12 października 1904 r. posiedzenie naukowe. Przewodniczący Dr. Władysław Czyżewicz. Obecnych członków 22; 8 usprawiedliwiło nieobecność. Jako goście c. i k. lekarze pułkowi: Dr. Kulbe, Dr. Geisler, Dr. Eisenschimmel, Dr. Czechowicz.

Porządek dzienny:

1) Kol. Lewicki: a) O krwotokach macicznych w porodzie, podając sposób ręcznego tamowania krwotoku od pochwy i przez powłoki brzuszne równocześnie. b) Czy lekarz miejski może być radnym?

2) Kol. Fechter: „O zapaleniu wyrostka robaczkowego“ na podstawie nowoczesnych zapatrywań.

3) Kol. Fechter przedstawia preparaty anatomiczno-patologiczne: a) 4 wyrostki robaczkowe; b) 2 torbiele jajnikowe; c) preparat kości goleniowej i skokowej, wydobytych u 5-letniego dziecka, jako odsłój wskutek ostrego zakaźnego zapalenia szpiku; d) preparat kości strzałkowej, wydobytej u dziecka 4-letniego, jako odsłój z powodu *caries tbc. sbq. fractura pathologica;* e) preparat główki kości udowej po resekcyi stawu biodrowego sposobem Rydygiera z powodu *caries tbc sicca;* f) preparat *osteosarcoma femoris sbq. fractura pathologica* po wyłuszczeniu kończyny dolnej w stawie biodrowym sposobem Rosego; g) preparat jelita cienkiego, resekowanego z powodu zgorzeli przy *obturatio interna* z powodu *torsio mesenterii et strangulatio.* W dyskusyi zabierali głos prawie wszyscy obecni.

D. 24 listopada 1904 r. odbyli członkowie sekcyi w liczbie 14 wycieczkę do Przeworska. Jako goście: lekarz pułkowy Dr. Geisler, lekarze powiatowi Dr. Kramarzyński i Udziela z Przemyśla. Odbyło się zwiedzenie cukrowni w pełnym ruchu i urządzeń hygienicznych, mleczarni i serowni.

D. 3 lutego 1905 r. odbyła sekcya posiedzenie administracyjne w szpitalu powszechnym. Przewodniczył Dr. Czyżewicz. Obecnych członków 18. Porządek dzienny:

1) Sekretarz zdał sprawozdanie za rok 1904. Sekcya liczy obecnie 30 członków.

2) Wybór zarządu: wybrano ponownie przez aklamacyę członków zeszłorocznych.

3) Kol. Sawicki mówił »O ranach na głowie w praktyce sądowo-lekarskiej«.

4) Kol. Fechter przedstawił chorych operowanych w szpitalu: 1) chorą z *peritonitis tbc serosa plastica, laparotomia*: wycięcie gruźliczo zmienionych trąbek. 2) Chorą z torbielem jajnika (15 klgrm. wagi). 3) Dziecko, u którego wyjęto jako odsłoje kości goleniową i skokową; wygojenie ze skróceniem 3 ctm. 4) 3 chorych z nabłoniakiem wargi dolnej, operowanych według Königa i Hermana. 5) Dziecko z plastyką ubytku wskutek raka wodnego. 6) Dziecko z obustronnym rozszczepem wargi górnej, przyczem część środkowa szczęki przerosła w postaci ryjka. 7) Kość, wydobytą z krtani u 8-miesięcznego dziecka kleną krtaniową, zmodyfikowaną przez Rydygiera; następowa intubacya. Wyleczenie. 8) Kość, wyjętą z przełyku na wysokości *aditus ad laryngem*. 9) Wyrostek robaczkowy 12 ctm. długi; na obwodzie przedziurawienie. Chory był przed 2 laty operowany z powodu ropnia okołokątniczego. Po roku typowy napad kolki wyrostka;—atak przeszedł. Przed dwoma miesiącami atak z ropniem w tem samem miejscu ze zgorzelą blizny; przecięcie ropni obok i z tyłu za jelitem biodrowem; 4 tygodnie po 1 zabiegu zabieg doszczętny cięciem na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego. Po otwarciu jamy brzusznej wyrostek robaczkowy zmieniony, umiejscowiony z tyłu jelita i przyczepiony zrostami do otrzewnej ściennej tuż na zewnątrz od guza kości łonowej po stronie prawej, komunikujący otworem perforacyjnym z dolnym kątem rany po ropniu. Wyleczenie. 10) Chorego, u którego z powodu mięsaka wyjęto migdałek z otoczeniem, po poprzedniem prowizorycznem podwiązaniu tętnicy dogłowowej zewnętrznej.

Tadeusz Fechter, sekretarz sekcyi.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Dnia 25 marca 1905 r. odbył się w Wiedniu w Tow. lekarzy 15-ty zjazd austryackich stowarzyszeń lekarskich, w którym wzięło udział 60 delegatów z całej Austryi. Ministeryum spraw wewn. reprezentował radca dworu Dr. Deimer. Zgromadzonych powitał prezes Tow. lek. wied. radca dworu prof. Chrobak. W mowie swojej wskazał na niekorzystne stosunki społeczne i materyalne lekarzy austr. i wyraził nadzieję, że uda się organizacyom lekarskim znaleźć środki dla złagodzenia nędzy wśród lekarzy i dla zaopatrzenia wdów i sierót. Dr. Svetlin podziękował rządowi za wsparcie funduszu wdów i sierót kwotą 50.000 koron. Sprawę zmiany ubezpieczenia chorych, przedłożoną w znanym projekcie rządowym, omawiali Dr. Gross i Klein.

Dr. Gross uzasadniał szczegółowo żądania lekarzy i polecił następującą rezolucyę do przyjęcia:

Lekarze Austryi domagają się, aby ich oficyalne reprezentacye uwzględniano w należyty sposób przy wszystkich społeczno-politycznych przedsięwzięciach, dotyczących interesów lekarzy; praktyczni lekarze widzą kwestyę bytu swego w sprawie zaprowadzenia granicy dochodu rocznego 2400 koron, a miesięcznego 200 koron dla członków przyszłych Kas chorych, poza którą to granicą ustaje obowiązek należenia do Kas chorych; system wolnego wyboru lekarzy w Kasach leży zarówno w interesie członków Kas, jak i lekarzy. Dlatego lekarze Austryi domagają się, aby system wolnego wyboru lekarzy powoli do nowo powstających Kas wprowadzano, żeby pod tym względem nie liczono się tylko z zarządami Kas, ale także i z Izbami lekar.; lekarze Austryi wreszcie witają jako instytucyę dobra publicznego, zakładanie stowarzyszeń i Kas zapomogowych, dla ludzi, nieobowiązanych do ubezpieczenia, o ile te Kasy będą w chorobie dawały członkom zasiłki pieniężne, a leczenie zostawią prywatnej praktyce lekarskiej. Wnioski te przyjęto jednogłośnie.

E. S.

Memorandum Związku stowarzyszeń lek. austryackich w sprawie reformy ubezpieczenia robotników.

Z wiosną minionego roku przedłożył rząd interesowanym kołom program reformy ubezpieczenia robotników, który obok reformy ubezpieczenia w chorobie obejmuje także reformę ubezpieczenia od wypadku i zamierza utworzyć ubezpieczenie robotnika w razie stałej niezdolności do pracy i na starość. Sprawa ta dotyka blizko lekarzy, bo fundamentem, na którym zamierza się oprzeć cały ten pomysł, mają być powiatowe Kasy chorych.

Program rządowy uwzględnia w dość dalekiej mierze życzenia lekarzy, kilkakrotnie przedkładane rządowi. I tak członkiem przyszłej Kasy może być tylko robotnik, którego dochód roczny nie przekracza 2400 koron; dalej program zezwala na wolny wybór lekarzy, a ponadto może ministeryum spraw wewnętrznych dla pewnego działu ubezpieczenia ustanowić taryfę lekarską minimalną i maksymalną po wysłuchaniu interesowanych Kas i Izb lekarskich. Nie uwzględnia jednak program rządowy całego szeregu żądań lekarskich, jak ustanowienie sądu polubownego dla spraw między Kasami, a lekarzami kasowymi, potrzeby przyzwolenia Izb lekarskich na prawomocne układy między lekarzami, a Kasami, nie godzi się również na to, żeby Kasa mogła lekarza oddalić tylko po zasięgnięciu opinii Izby lekarskiej.

Moralną podporą, na której wedle rządowego programu ma się wspierać cała reforma, będzie jedynie i wyłącznie lekarz. Ponieważ ubezpieczenie ma w przyszłości obejmować nietylko chorobę, ale i wypadki, równie jak stałą niezdolność do pracy, będzie zadaniem przyszłego lekarza kasowego nietylko leczyć, ale chronić i zapobiegać, a zadaniem przyszłej Kasy nietylko wypłacać zasiłki choremu, a inwalidzie rentę, ale zajmować się higieną robotników w całem tego słowa znaczeniu. Dlatego przyszły lekarz kasowy będzie musiał się zapoznać z techniką pracy swoich członków i z niebezpieczeństwami, na które członka Kasy naraża jego zajęcie, będzie więc musiał odwiedzać warsztaty i fabryki. Dokładna znajomość techniki i wogóle stosunków przemysłowych będzie lekarzowi bezwzględnie potrzebną, skoro ma oceniać, czy i w jakim stopniu zaszły wypadek spowodował niezdolność do pracy zawodowej z powodu utraty, czy okaleczenia jakiejś części ciała.

Memorandum zwraca uwagę na dwa państwa europejskie, które w kwestyi ubezpieczenia robotników przodują, jako na wzory godne naśladowania, a temi są Niemcy i Anglia. Od Niemiec, które stworzyły wspaniałą instytucyę ubezpieczenia na stałą niezdolność do pracy, powinniśmy się nauczyć, że tylko wielkie Kasy są zdolne do wielkich świadczeń. Co zaś lekarze mogą zrobić dla podniesienia zdrowotności robotników, pokazuje Anglia. Ale też w Anglii od czasu wprowadzenia nowej ustawy fabrycznej z roku 1901 ustanowiono 2000 lekarzy przemysłowych (*certyfying surgeons*), a zajęcie ich stanowi głównie wydawanie świadectw młodocianym robotnikom, czy się nadają do obranego zawodu, dochodzenia przyczyn wypadków i zawodowych zatruć w fabrykach, peryodyczne kontrolowanie gałęzi przemysłu, dla zdrowia szkodliwego. A ponadto wszyscy lekarze praktykujący są obowiązani za odpowiedniem wynagrodzeniem donosić inspekcyi przemysłowo - sanitarnej o każdym przypadku zawodowego zatrucia.

Dlatego memorandum wita jako szczęśliwą myśl oparcie ubezpieczenia na wielkiej jednostce, jaką jest powiatowa Kasa chorych, upatruje w projekcie rękojmię, że państwo starać się będzie o sanacyę niebezpiecznych dla zdrowia zawodów tem bardziej, że wprowadza jako zupełnie słuszną zasadę, iż członkowie będą płacić wkładki, których wysokość ma zależeć od niebezpieczeństwa, na jakie naraża ich rodzaj zajęcia[1]).

W końcu zwraca się Związek do Ministerstwa z prośbą o urządzenie w tej sprawie ankiety, złożonej z zastępców Izb lek., Związku Stow. lek., dalej przedstawicieli Kas, członków najwyższej Rady zdrowia, lekarzy powiatowych i higienistów zawodowych.

E. S.

W sprawie praktyki ubezpieczeń.

Praktyka ubezpieczeń stanowi dziś już ważną część czynności prawie każdego lekarza. Odnosi się ona po części do ubezpieczeń od wypadków, a w głównej mierze do ubezpieczeń na życie. Jeśli lekarze w nowszych czasach tak słusznie narzekają na wykorzystywanie ich ze strony Kas chorych, w których ordynacya odbywa się za bezwstydnie niską cenę, to znowu Towarzystwa ubezpieczeń sowicie wynagradzają badania lekarskie. Niestety wielu lekarzy nie ceni tego należycie i bardzo źle się odwdzięcza towarzystwom ubezpieczeń, wyrządzając im często znaczne szkody. Ileż to razy napotyka się na opór i różne uwagi ze strony agentów ubezpieczeniowych, oraz chcących się ubezpieczyć, skoro widzą, że lekarz bada ich ściśle i sumiennie. Już kilkakrotnie się ubezpieczali, powiadają,

[1]) Memorandum to wniesiono jako petycyę do Ministerstwa spraw wewnętrznych z początkiem marca 1905 r.

badali ich głośni lekarze, a nigdy nie żądano od nich, by się mieli rozbierać, lub mocz oddawać. Są lekarze, którzy dla celów ubezpieczeń badają przez ubranie serce, płuca, i biorą wymiary klatki piersiowej i brzucha, albo wystarcza im do ubezpieczenia popatrzeć się na osobnika, choćby w poczekalni kolejowej. Znam także przypadki i takich lekarzy, którzy w ten sposób badają. Spotkałem się też nieraz z dziwnem zapytaniem ze strony kolegów, czy nie polecam do przyjęcia takich osób, u których stwierdziłem stan chorobowy? W większych miastach mogą Towarzystwa ubezpieczeń wybierać między lekarzami i poruczać badanie tym, do których nabrały zaufania; natomiast w małych miasteczkach są one wprost wydane na łaskę i niełaskę lekarzy. Zapewne, akwizytorzy żądają prawie zawsze, by chcących się ubezpieczyć niedługo męczyć, gdyż polecony przez nich osobnik jest zdrowy i niema czasu poddać się długiemu badaniu. Sprzyjają oni naturalnie takim lekarzom, którzy jak najmniej badają i najwięcej kandydatów przyjmują. Lecz czy zgadza się z powagą stanu lekarskiego postępowanie takiego lekarza, który nie zbadawszy nawet osobnika, daje podpis i ręczy czcią i sumieniem, że zbadał kandydata do ubezpieczeń najstaranniej i dokładnie i że wszystkie odpowiedzi zgodzą się z prawdą. Jednakże dość często się zdarza, że Towarzystwa ubezpieczeń dowiadują się o takich lekarzach, którzy, by zagarnąć dla siebie wszystkich agentów przez powierzchowne badanie, wyrządzają im szkody, i takiemu lekarzowi żadne Towarzystwo nie porucza więcej badania lekarskiego, gdyż pod tym względem wspierają się one wzajemnie. A trzeba wiedzieć, że istnieje też kartel między Towarzystwami ubezpieczeń i że wzajemnie one sobie donoszą, kto i z jakiego powodu kiedykolwiek został, i w jakiem Towarzystwie odrzucony. Pojmuję też, że w ostatnich czasach Towarzystwa ubezpieczeń pracują nad różnemi taryfami tak zwanego ubezpieczenia ludowego, dozwalającemi ubezpieczyć każdego bez poprzedniego badania lekarskiego, które niestety z powyższych powodów często zawodzi.

Czynność lekarza, cieszącego się zaufaniem, nie przedstawia żadnych nadzwyczajnych trudności; ma on tylko dokładnie zbadać chcących się ubezpieczyć i odpowiedzieć na pytania drukowanego formularza, a lekarz naczelny z przedmiotowego tego opisu otrzymuje obraz zdrowia danego osobnika i rozstrzyga o przyjęciu lub nieprzyjęciu go do Towarzystwa ubezpieczeń. Jednak w nowszych czasach, gdy sprawa ubezpieczeń tak się rozwinęła i istnieje tak znaczna liczba Towarzystw ubezpieczeń swojskich i obcych, współubiegających się taniością taryfy w osiągnięciu jak największej liczby ubezpieczonych, nietylko wzorowe i najlepsze „ryzyka“ są przyjmowane, lecz lekarz musi także wybierać między tymi, którzy będąc obarczeni jakąś wadą, mimoto mogą być ubezpieczeni. To też istnieje już zasobna literatura, pouczająca poniekąd lekarzy o sprawach ubezpieczeniowych [1]). Doskonałe dzieła Buchheima i innych są już wyczerpane i niełatwo przystępne; dlatego z zadowoleniem należy powitać książeczkę Feilchenfelda: „Leitfaden der ärztlichen Versicherungspraxis“ [2]), która na 131 stronicach dość dokładnie poucza lekarza o postępowaniu przy ubezpieczeniach na życie i od wypadków. Część, poświęcona ubezpieczeniu na życie, informuje o ubezpieczających się i traktuje o chorobach, wykluczających ubezpieczenie, lub nie wykluczających. Nieraz autor postępuje z względnością, radząc n. p. przyjmować tych, którzy, przebywszy kiłę i kilka kuracyi, są wolni przez trzy lata od wszelkich objawów. Jeśli w ten sposób postąpimy, nie zmniejszą się straty, jakich doznają ciągle Towarzystwa ubezpieczeń z powodu bezwładu postępującego [3]). Znacznie ostrożniej postępuje wobec kiły Salomonsen (Kopenhaga) przy ubezpieczeniach na życie. Nie przyjmuje on żadnego kandydata, u którego nie minęło przynajmniej 4—5 lat bez żadnych objawów kiły. Po upływie tego czasu żąda on zawsze jeszcze w pierwszych 4—5 latach podwyższenia premii. Lecz jeśli n. p. minęło już lat 10 lub więcej bez wystąpienia nawrotów, jeśli kandydat poddawał się dłuższemu leczeniu z przerwami według Fourniera, jeśli jego stanowisko społeczne i sposób życia są pomyślne, jeśli jest żonatym, a żona jego jest zdrową, nie roniła częściej i ma on zdrowe dzieci, wtedy przyjmuje go Salomonsen bez wahania według premii taryfowej .... Po gruźlicy za najczęstszą przyczynę śmierci u ubezpieczonych uważa Feilchenfeld schorzenie rakowate; dlatego nie radzi on przyjmować osobnika z obciążeniem rakowatem, jeśli przekroczył już 45 rok życia. Ponieważ w ostatnim czasie z naciskiem podnoszono zaraźliwość raka, nie powinno się przyjmować osób, w których najbliższem otoczeniu zdarzyły się w ostatnim czasie przypadki tego nowotworu, n. p. jeśli jedno z małżeństwa uległo tej chorobie. Warto jednak zaznaczyć, że na ostatnim Kongresie medycyny wewnętrznej w kwietniu 1904 w Lipsku podniósł Bahrdt, że u ubezpieczonych w lipskiej asekuracyi śmiertelność z powodu miażdżycy i jej następstw (udar sercowy i mózgowy, rozmiękczenie mózgu, niektóre przewlekłe choroby sercowe i zgorzel starcza) w ostatnich 11 latach wynosiła 22% wszystkich wypadków śmierci, wobec 7% śmiertelności z powodu gruźlicy. Jeden przypadek choroby umysłowej, zdarzającej się w rodzinie, nie powinien być przyczyną odmówienia policy. Kandydatów bardzo szczupłych nie należy przyjmować, z wyjątkiem jeśli wychudnienie jest objawem dziedzicznym u osobników zresztą zdrowych i w wieku już nieco podeszłym. Przy otyłości wiek odgrywa ważną rolę, a otyłość w młodocianym wieku jest poważniejszą, niż u osób starszych. Norton [4]) na międzynarodowym Kongresie lekarzy ubezpieczeń w Paryżu (maj, 1903) oznaczył ubezpieczenie każdego otyłego za niebezpieczne ryzyko. Lekkie miękkie obrzęki gruczołów pachwinowych u zresztą zdrowego człowieka są bez znaczenia: mogą one pochodzić z natężenia przy chodzeniu, bieganiu, gimnastykowaniu, jeździe konnej i t. p. Często też mogą być pozostałością po kilkakrotnie przebytej rzeżączce. Następstwa porażenia dziecięcego są bez znaczenia dla ubezpieczenia: również łuszczyca jamy ustnej nie stanowi przeszkody w przyjęciu; nawykowe zwichnięcie stawu barkowego wymaga podwyższenia premii (*Prämienzuschlag*). Ubezpieczenie na życie kobiety ciężarnej należy odłożyć do odbytego połogu, gdyż ciąża i poród bezwątpienia mają w sobie pewne ryzyko. Na żaden sposób jednak nie powinien lekarz polecić do ubezpieczenia na życie [5]) pierworódki. Osoby z białkomoczem fizyologicznym i okresowym lub przepuszczającym również mogą być przyjęte, jednak według taryfy podwyższonej. Muszę jednak zaznaczyć, że Senator [6]) uważa białkomocz okresowy (lepiej *albuminuria orthostatica seu orthotica*), powstający przy staniu i chodzeniu, już za objaw chorobowy, gdyż często jest on pozostałością po przebytem zapaleniu nerek, albo przechodzi powoli w przewlekłe ich zapalenie. Tu należy również zaliczyć białkomocz młodzieńców (*albuminuria adolescentium*). Wogóle aż do czasu dokładniejszego jeszcze wyświetlenia białkomoczu fizyologicznego lekarze ubezpieczeń uczynią najlepiej, jeśli nie będą przyjmować ludzi z białkomoczem, i tak samo by się zachował wobec cukromoczu. Serédey wprawdzie na Kongresie Towarzystw ubezpieczeń w Amsterdamie 1901 r. radził wszystkim chorym, cierpiącym na cukrzycę odmówić ubezpieczenia, tłustym zaś tylko w 35 roku życia. Autor daje pogląd na postępowanie w ocenie orzeczeń lekarza, będącego mężem zaufania przez lekarza naczelnego Towarzystwa ubezpieczeń (*Revisionsarzt*). Wreszcie proponuje Feilchenfeld dla przypadków wątpliwych urządzić stacyę obserwacyjną przy klinikach lub domu zdrowia, gdzie chcący się ubezpieczyć musiałby na własne koszta przebywać kilka dni dla dokładnego zbadania i stwierdzenia jego stanu zdrowia. Lecz to nie prowadziłoby do celu, gdyż większa część ludzi dopiero wtedy jest skłonną do ubezpieczenia, gdy czuje, że ich zdrowie jest już nieco nadwątlone. Nie czują oni wtedy potrzeby dokładnego stwierdzenia stanu ich zdrowia, lecz przeciwnie, pragnęliby ukryć przed lekarzem badającym braki swego zdrowia. A jeśli im się to w jednym Towarzystwie ubezpieczeń nie udaje, to próbują w drugiem, trzeciem lub czwartem i niestety zbyt często osiągają swój cel. A któżby zresztą się zgodził na to, by na kilka dni porzucić zajęcie i na własne koszta przebywać na stacyi obserwacyjnej, by w dodatku może jeszcze nie być przyjętym?

[1]) Buchheim: „Practischer Leitfaden für Versicherungsärzte, Wiedeń 1875. — Tenże: „Handbuch für Versicherungsärzte“. Lipsk 1878. „Aerztliche Versicherungsdiagnostik“, Wiedeń 1887. „Aerztliche Versicherungsdiagnostik der vollwerthigen und der minderwerthigen Leben“, Wiedeń 1897. — Florschütz, artykuł „Versicherungswesen“ w Eulenburga Realencyclopädie der gesammten Heilkunde. III Aufl. 1900. — Dippe: „Der Versicherungsarzt der Versicherungsgesellschaften“, Anhang zu Thiersch „Der Kassenarzt“. Lipsk 1895. — Elsner: „Der Gesellschaftsarzt“, Handbuch für Lebensversicherer. Berlin 1874. Oldendorf: „Über die ärztlichen Atteste“, Lipsk 1877. Tenże: „Grundzüge der ärztlichen Versicherungspraxis“, Urban i Schwarzenberg, 3 kor. 60 hal. — Sieveking: „The medical adviser in life assurance“, tłómaczenie niemieckie przez Pearsona, Lipsk 1875. — Mahillon: „Considérations pratiques sur l'examen médical“. Bruxelles 1894.

[2]) Urban i Schwarzenberg, Berlin i Wiedeń 1903, cena opraw. 5 kor. 60 hal.

[3]) Florschütz w Eulenburga encyklopedyi, III wydanie.

[4]) „Deutsche med. Wochenschrift“ 1903, Vereinsbeilage str. 208.

[5]) Dlaczego Towarzystwo ubezpieczeń krakowskie nie przyjmuje ludzi z przepukliną wolną i dającą się dobrze utrzymać, nie wiem. Czynią to wszelkie inne Towarzystwa, skoro tylko chcący się ubezpieczyć zobowiązuje się do ciągłego noszenia odpowiedniego paska. Prof. Florschütz wykazał, że z osób przyjętych do ubezpieczenia mimo przepukliny żadna nie umiera z powodu następstw tej ułomności.

[6]) „Deutsche med. Wochenschrift“ 1904. Nr. 50.

W drugiej części książeczki zajmuje się autor ubezpieczeniem od wypadków; tu właśnie należy cenić Feilchenfelda jako doświadczonego praktyka, który na podstawie własnego doświadczenia i zasobnej już pod tym względem literatury daje krótki, lecz jasny przegląd wiadomości, potrzebnych dla lekarza Towarzystw ubezpieczeń od wypadków. F. określa zakres i pojęcie wypadku: u lekarzy n. p. zastrzał palców i czyraki na rękach należy zawsze uważać za wypadek, gdyż od ranek i rozpadlin lekarzom niepodobna się ustrzedz i powstają one często bez ich wiedzy. Dlatego u lekarzy należy zawsze z góry uznawać wypadek za przyczynę zakażenia, jeśli nie są inne widoczne przyczyny. W miarę potrzeby daje też autor wskazówki dla leczenia lub usunięcia następstw po niektórych wypadkach, mówi o udawaniu i przesadzaniu (*aggravatio*) i tworzy pojęcie dysymulacyi i podstawiania (*substitutio*) w wypadkach. Pod dysymulacyą w wypadkach rozumie Feilchenfeld takie przypadki, w których wprawdzie objawy i stan chorobowy istnieją, lecz podsuwa się fałszywą przyczynę za wypadek. Albo też osobnik uległ wypadkowi, którego jednak Towarzystwo ubezpieczeń według swoich norm nie uznaje za taki, a ubezpieczony udaje, że dolegliwości i zaburzenia, powstałe z powodu tego wypadku, pochodzą z innego, zupełnie lekkiego obrażenia. A więc dysymuluje się cięższy wypadek, nie uprawniający do odszkodowania, a podaje się niewinne lekkie uszkodzenie, jako rzekomą przyczynę dla istniejących zaburzeń. W takich przypadkach Towarzystwo lub odpowiednia Kasa musi zasięgnąć dokładnych wywiadów o sposobie życia i o przejściach w życiu podejrzanego o dysymulacyę osobnika i czy nie doznał on przedtem jakiegoś cięższego wypadku. Z podstawieniem (*substitutio*) mamy wtedy do czynienia, jeśli się podaje wypadek lekki za przyczynę objawów, mogących pochodzić z istniejącej już przedtem choroby. Autor przytacza też z własnego doświadczenia przypadki dysymulacyi i podstawiania w wypadkach. Pewnem jest, że Towarzystwa przez czyste i mieszane postacie dysymulacyi i podstawiania o wiele więcej tracą, niż przez właściwe udawanie.

Dr. Fels.

Miejska Kasa dla chorych w Krakowie przedkłada obecnie drukowane sprawozdanie za rok 1904. Następujące liczby, jako blizko obchodzące lekarzy, wyciągamy ze sprawozdania. Płace lekarzy i dyety wyniosły w roku sprawozdawczym 15.845 K. 81 h. Zwrot za pomoc doraźną wynosił 690 K. 04 h., — kwoty tej nie pobrali w całości stali lekarze kasowi, lecz przeważnie lekarze nie należący do Kasy, używani w nagłych przypadkach przez chorych kasowych. Możemy śmiało powiedzieć, że ze sumy tej najwyżej połowa wpłynęła do kieszeni lekarzy, stale pracujących w Kasie, a więc około 350 K. Razem więc wzięli lekarze **16.195 K. 81 h.**

Za to wykonali następującą pracę: Zachorowań zgłoszono 17,197; z tych odesłano do szpitala na leczenie 729. W ambulatoryach Kasy leczono 16.468 przypadków. Porad lekarskich udzielono wogóle, a więc w Kasie i poza Kasą **44.605.** Jeśli kwotę 16.195 K. 81 h. podzielimy przez 44.605, otrzymamy liczbę, wskazującą, ile wynosi przeciętne honoraryum lekarza kasowego za jedną wizytę, bez względu na to, czy to była wizyta w Kasie, czy poza Kasą w domu chorego, oraz bez względu na to, czy rzecz była drobna, czy też wymagała jakiego zabiegu. Liczbą tą jest kwota 36 halerzy, czyli 18 centów.

E. S.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 6 kwietnia.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego wybrani zostali na członków honorowych zasłużeni koledzy: prof. Tad. Browicz i prof. Jul. Nowak. Po załatwieniu spraw administracyjnych odbyła się zapowiedziana demonstracya kol. prof. Rosnera i wykład kol. doc. Majewskiego.

* Kancelarya Akademii Umiejętności przysyła nam następujące ogłoszenie:

„Nasz udział w pracach przyrodniczych całego świata. Dnia 20 marca odbyło się doroczne posiedzenie administracyjne Komisyi bibliograficznej Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności. Komisya ta zbiera ze wszystkich czasopism tytuły prac, tłómaczy je na francuskie i z odpowiedniemi cytatami przesyła międzynarodowej Komisyi katalogowej, mającej siedlisko w Londynie, która z współudziałem w kosztach państw lub Akademii europejskich, ogłasza je corocznie. Nasza Akademia uzyskała prawo opracowywania wszystkich prac, wychodzących po polsku bez względu pod jakim wychodzą zaborem. Ze sprawozdania międzynarodowej Komisyi (z 24 maja 24 maja 1904) okazało się, że z 29 państw, względnie instytucyi mających brać udział w jej pracach, było czynnych 25 biur regionalnych. Komisya rozpoczęła prace w r. 1901. a nasza Akademia już w tym samym roku 22 lipca wysłała pierwszy zapas kartek z tytułami (Austrya dopiero 10 lipca 1903). — Co do ilości kartek (tytułów prac) na czele stoją Niemcy (147,000 kartek), potem Francya (47.000), Wielka Brytania (43.000); Rosya ma pokaźną liczbę 21,000, Włochy 13.000. Holandya 6,700, Austrya 6,400, po której idzie zaraz Polska z 3,492 kartkami, zajmuje zarazem dziewiąte na świecie miejsce. Wobec trudnych warunków, w jakich się znajdujemy, jest to zapewne bardzo zaszczytny wynik. Przewodniczącym tej Komisyi, która obecnie została rozszerzona i będzie się zajmować historyą nauk matematyczno-przyrodniczych, był prof. W. Natanson, jej sekretarzem p. T. Estreicher, którzy też zostali ponownie na rok następny wybrani“.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Maurycy Spatz.

* Posada lekarza pomocniczego w zakopiańskiem Sanatoryum „Bratnia Pomoc“ nie jest jeszcze obsadzoną. Zgłaszać się należy do kierownika Zakładu, Dr. Zychonia w Zakopanem.

* We Lwowie zaszedł wypadek śmierci ponoś wskutek zatrucia zęba przez technika dentystycznego. Nieszczęśliwe to zdarzenie jest silnym argumentem dla lekarzy, a poważną przestrogą dla władzy, która zamierza dozwolić tym technikom wykonywania pewnych zabiegów chirurgicznych, do czego do tej pory nie mieli upoważnienia.

* Dr. Leopold Glaser z Tarnowa obchodził w tych dniach 50-letnią rocznicę otrzymania dyplomu doktora medycyny. Delegacya lekarzy tarnowskich, z Dr. Dzikowskim na czele, złożyła jubilatowi życzenia i wręczyła mu pierścień, zakupiony przez grono lekarzy i aptekarzy tarnowskich.

* Dr. Wł. Tatarczuch, kierownik polikliniki lwowskiej, otrzymał krzyż Franciszka Józefa.

* „Neue Freie Presse“ w Nr. z 2 kwietnia dono i z upoważnienia poselstwa rosyjskiego, że wobec toczącej się wojny na dalekim Wschodzie, a z drugiej strony ze względu na możebność rozszerzenia się cholery po obszarach państwa, brak lekarzy, dziś już dający się uczuć, mógłby się stać wprost groźnym, gdyby z nastaniem lata epidemia cholery rozpoczęła bardziej grasować. Wobec tego prawie przymusowego położenia rząd rosyjski postanowił upoważnić lekarzy zagranicznych do praktyki w granicach państwa, z warunkiem jednak przedstawienia głównemu zarządowi sanitarnemu dyplomu lekarskiego i dowodu dwuletniej służby w jakimkolwiek zakładzie leczniczym. Ziemstwa mogą przyjąć lekarza z dyplomem zagranicznym tylko po porozumieniu się z głównym zarządem sanitarnym.

* Flaszki z moczem, wysyłane dla analizy pocztą, często się tłuką i zanieczyszczają inne posyłki. To dało powód ministerstwom handlu i spraw wewnętrznych do wydania rozporządzenia zarządowi poczt, ażeby wymagał flaszek mocnych, szczelnie zamkniętych, owiniętych w słomę i zapakowanych do twardych pudełek. Posyłki z moczem mają być odtąd deklarowane.

* W Wiedniu, w nakładzie Höldera, będzie wychodzić w zeszytach „Encyklopedya praktycznej medycyny“. Na czele wydawnictwa stoją Schnirer (Wiedeń) i Vierordt (Tybinga) ze spółudziałem zawodowych spółpracowników.

* Między 13 a 19 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy: w mieście Krakowie 1 przypadek, w 4 gminach powiatu dąbrowskiego i w 1 gminie powiatu tarnowskiego. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: brzeżańskim, buczackim (po 1 gm.), cieszanowskim (2 gm.), czortkowskim (1 gm.), doliniańskim, drohobyckim (po 2 gm.), gródeckim, husiatyńskim, jaworowskim (po 1 gm.), kamioneckim, kołomyjskim (po 2 gm.), lwowskim (1 gm.), nadwórniańskim (3 gm.), niskim, rawskim (po 1 gm.), stryjskim, tarnopolskim (po 2 gm.), tłumackim i zborowskim (po 1 gm.). W m. Lwowie 1 przypadek.

Mianowania i odznaczenia. Tytuł profesorski otrzymali docenci: Magnus-Levy (medycyna wewnętrzna) i Stöckel (położnictwo i ginekologia); w Berlinie; doc. Dietrich (anatomia patologiczna) w Tybindze. Dr. van Calcao mian. profesorem bakteryologii w Leydzie. Profesorowie nadzwyczajni: Nieznamow (okulistyka) i Kuzniecow (chirurgia) mianowani prof. zwyczajnymi w Warszawie.

Bibliografia

— *Gazeta lekarska* Nr. 11. Rabek: Dwa przypadki tężca przyrannego, leczone surowicą. Bornstein: Z kazuistyki neurologicznej (c. d.). Majewski: Badania nad zakażeniem ustroju gołębia przecinkowcem Miecznikow-Gamaleïa (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 2—3. Puławski: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą swoistą z pracowni prof. Bujwida. Fidler: O typhusdiagnosticum Fickera. Żenczykowski: Sześć przypadków włośnicy (dok.). Brudziński: Słów kilka o postępach szpitalnictwa dziecięcego.

— *Głos lekarzy* Nr. 7 zawiera: Z stosunków towarzyskich lekarzy. — Towarzystwo higieniczne we Lwowie. — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (c. d.). — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi (c. d.). — W sprawie lekarzy okręgowych. — Ustawy i rozporządzenia sanitarne. — Pokrzywdzenie lekarza skarbowego. — Pokłosie z prasy lekarskiej. — Z Towarzystw lekarskich. — Odcinek.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 1. Pelczar: Kilka słów w sprawie zdrojowisk. Tyszecki: Zabawy dla dzieci w miejscach kąpielowych. — Zakład leczniczy Dr. A. Chramca w Zakopanem.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 13. Hřivna: O plicních komplikacích zánětlivých při tyfu abdominalním (dok.). Slavík: Lupus vulgaris a moje připady luposní. Starý: Tetanie v průběhu žaludeční choroby a břišního tyfu (c. d.). Schwarz: O profylaxi, prognose a zásadách therapie bočitosti.

— *La Presse médicale* Nr. 23. Achard i Paisseau: Pęknięcie aorty. Delherm i Laquerrière: Prąd często-zmienny a krwawnice.

Nr. 24. Lermoyez: Setna rocznica urodzin Emanuela Garcii wynalazcy laryngoskopu. Barié: Ostre gośćcowe zapalenie tętnic.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 13. Leyden: Teorya pasożytnicza etyologii raka. Israel: Teorya biogenetyczna nowotworów i etyologia raka. Brieger: Z zakresu wodolecznictwa. Krause: Stosunek balneologii do chirurgii. Rothschild: Przewlekłe zapalenie płuc w przebiegu choroby serca. Hansemann: Co wiemy o przyczynie złośliwych nowotworów? (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 13. Schlesinger: O okresowem napadowem porażeniu. Infeld: Przypadek porażenia okresowego. Pfeiffer: O działaniu substancyi fluoryzujących na prawidłową surowicę i na czerwone ciałka krwi. Lang: Choroba skóry nabłonkowa (zwyradniająca), ograniczona, wypryskowata. Choroba Pageta. Höldmoser: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w krtani. Stegmann: Kosmetyczne leczenie blizn poospowych waseliną i olejem waselinowym.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 13. Alt: Zwalczanie stanu padaczkowego. Volhard: Tętno naprzemienne i rzekomo naprzemienne. Bauereisen: Przypadek wystąpienia raka jajnika w śródściennym mięśniaku dna macicy. Graff: Wrodzony rozrost jednego płuca przy jednoczesnem tworzeniu się drugiego. Habs: Zranienia nerek. Rosenbach: Związek nieprawidłowych przypadów w oku z objawami w zakresie nerwu błędnego. Rammstedt: Przypadek podłużnego złamania kości śródręcza.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 13. Deycke Pascha i Reschad Pascha: Pogląd na sprawę trądu. Posner i Rapoport: Wydzielina gruczołu krokowego i jego zapalenie. Przyczynek do kwestyi zapalenia. Buschke i Schmidt: Działanie X-promieni na gruczoły. Rosenberg: Sondowanie jelit. Stenger: Przyczynek do nauki o wczesnych objawach złośliwych nowotworów w jamie nosowo-gardłowej. Rissmann: Przypadek pęknięcia olbrzymiego skórzaka w prawym jajniku, zakażonym pneumokokiem (Fränkel-Veichselbaum).

Redakcya otrzymała. Królikowski: Przyczynek do wiedzy o przeszczepianiu tkanek zwierzęcych. Żeleński: „Kropla mleka". Serkowski: Zarys semiotyki moczu. Kośmiński: 1) Doświadczenia nad podwiązywaniem moczowodu. 2) Stół operacyjny. Fronczak: Poisoning by potassium bichromate. Brudziński: 1) O nowych postaciach wysepek ostrych u dzieci. 2) Słów kilka o postępach szpitalnictwa dziecięcego. 3) Przyczynek do leczenia szkarlatyny surowicą przeciwpłoniczą.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 13 (od dnia 26/III do 1/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 35, dziew. 28; nieżywo: chł. 3, dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 16, kob. 20; zamiejscowych: męż. 10, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 12, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 4. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 8, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 36, obcych 22.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 12 b. m., o godzinie 6 wieczorem, ***w sali wykładowej kliniki lekarskiej,*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem: 1) kol. prof. Jaworski przedstawi i omówi rzadsze przypadki kliniczne; 2) kol. Dr. Bier wypowie rzecz „O nowych metodach fotometryi, stosowanych w higienie oświetlenia (z demonstracyą).



Laboratoryum chem. farm. Eugeniusza Matuli, Radomyśl koło Tarnowa, poleca jako znakomity środek dyetetyczny:

„STOMACHIN“

który w zaburzeniach żołądkowych działa znakomicie. Ułatwia trawienie, wzmacnia, zwiększa apetyt, etc.

Wyrabiam dwojaki a to: sam jako Stomachicum i z dodatkiem Acid. cynamilic. a to 0.35. na 200 gramów. Sposób użycia: 2—3 razy dnia mały kieliszek. — Cena małej flaszki 2 koron. Całej 4 koron. — Do nabycia w aptekach. — Próbki dla WWPP. Lekarzy gratis i franco.

SYNAPIZMY »AUSTRIA«

polecone przez

Szanowne Krakowskie Towarzystwo lekarskie

wyrabia 167

DUSSELDORFSKA FABRYKA

KRAKÓW - ZWIERZYNIEC.

„Wni Panowie Lekarze raczą łaskawie polecać do użytku ten jedyny wyrób krajowy polski, lepszy i tańszy od wszelkich Rigollotów i Rigolletów zagranicznych“.

SYRUP Valeriano-Bromat. comp. „Jahr“.

Syrup ten łączy sole bromowe, waleryanowe, fosforowe z wyciągiem orzechów Kola. Przyjemny w smaku, lekko strawny.

Wskazania: przy nerwowości, osłabieniu, neurastenii, hysteryi, padaczce, pląsawicy, zamroczeniach epileptycznych i t. p.

Rp. Syrup. Valeriano-Bromat. comp. „Jahr“ lagen. origin.

S. D. Dziennie 2—4 łyżeczki kawowe z wodą lub mlekiem. Dzieciom połowę dawki. 169

Prawdziwy tylko we flaszkach oryginalnych po K. 2 i K. 3·80.

Wyrób i skład główny w aptece Fortunata Gralewskiego w Krakowie, ul. Szczepańska l. 1.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców;** bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin“

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku.

Dwie flaszki wysyłam franco.

AQUA FERRO-CALCEA „TERLIK“

(Nazwa i marka prawnie zastrzeżone!)

Przetwór żelazowowapniowy, wypróbowany i za doskonały uznany przez wielu pp. lekarzy

Wskazania: *a)* Niedokrwistość, blednica, zmiany szczytów płuc, krztusiec i krzywica.
b) Osłabienia po przebyciu ciężkich chorób, po znacznych krwotokach i brak łaknienia.

Przetwór ten, o dobrym smaku, łatwo strawny, nie psujący zębów, działał nawet w tych przypadkach, w których inne przetwory żelaza zawiodły lub nie były znoszone.

Zapisuje się w dowolnych ilościach. — **Klinikom i szpitalom** celem wypróbowania dostarcza się bezpłatnie!

73 Główne zastępstwo i jedyna fabryka:

Chem.-farm. Laboratorium STERN-APOTHEKE, Wien IV. Karolinengasse 32.

Rok XLIV. Kraków 15 Kwietnia 1905. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O funkcyi wydzielniczej jądra komórki wątrobnej.

Podał

Prof. Browicz.

(Rzecz przedłożona Akademii Umiej. w Krakowie dnia 13 marca 1905).

W roku 1897 w publikacyi o patologicznym stanie jądra komórki wątrobnej, przemawiającym za tem, iż jądro spełnia funkcyę wydzielniczą (Akad. Umiej. w Krakowie), zwróciłem uwagę, iż w pewnych stanach chorobowych wątroby, jak n. p. w wątrobie biernie przekrwionej, prócz wakuol, wypełnionych igiełkowatymi kryształkami brunatnoczarnymi w cytoplazmie komórek wątrobnych, spotyka się także i w jądrze komórki wątrobnej podobne, ściśle ograniczone wakuole, zawierające ziarna barwika brunatnoczarnego lub igiełkowate kryształy brunatnoczarne. Uważałem te złogi mylnie za złogi żółciowe i w publikacyi z r. 1898 o zjawiskach krystalizacyi w komórce wątrobnej (Akad. Umiej. w Krakowie) sprostowałem ten błąd. Przekonałem się bowiem, iż kryształy te powstają pod wpływem formaliny, użytej do stwardniania wątroby, co pierwszy stwierdziłem, oznaczając formalinę niejako za odczynnik mikrochemiczny na hemoglobinę płynną (vide także publikacyę moją w Archiwum Virchowa: „Über die Einwirkung des Formalins auf das in den Geweben vorfindbare Hämoglobin“, t. 162, 1900), że złogi te nie są złogami żółciowymi, lecz produktem pochodzenia hemoglobinowego, powstającym pod wpływem formaliny, kryształami barwikowymi formalinowymi, jak je później (1899) Kobert nazwał.

Z obrazów tych wysnułem podówczas wniosek, iż jądro bierze czynny udział we funkcyi wydzielniczej komórki wątrobnej. W tymże roku (1897) podałem w publikacyi o budowie komórki wątrobnej (Akad. Umiej. w Krakowie) szczegół, iż niekiedy w wątrobach żółtaczkowych widzieć można w cytoplazmie komórki wątrobnej pasemka żółci, śródkomórkowe, ostro ograniczone, wnikające w obręb jądra, że wśród jądra dostrzega się złogi żółciowe (zielona naturalna barwa świadczy o jakości złogów) punktowate. Złogi żółciowe wśród jądra nader rzadko dostrzedz się dają, ale niewątpliwie spotyka się je w jądrze komórki wątrobnej. Oto drugi szczegół, na którym oparłem twierdzenie o czynnym udziale jądra we funkcyi wydzielniczej komórki wątrobnej.

W tym samym roku (1897) ogłosiłem w publikacyi: „Jak i w jakiej postaci otrzymują komórki wątrobne hemoglobinę“ (Akad. Umiej. w Krakowie) spostrzeżenie, iż u psa normalnego w komórce wątrobnej normalnej głównie w czasie trawienia dostrzega się tak w cytoplazmie, jakoteż w jądrze komórki wątrobnej krwinki czerwone o charakterystycznem wejrzeniu.

W cytoplazmie komórki wątrobnej dostrzegłem po wstrzyknięciu roztworu hemoglobiny do krwi psa, po transfuzyi krwi obcej, innogatunkowego zwierzęcia („Pochłanianie krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną i mogące stąd powstać obrazy w tej komórce“ i „O pochodzeniu substancyi skrobiowatej“, Akad. Umiej. w Krakowie, 1899 i 1901) w cytoplazmie komórki wątrobnej w wakuolach także gromadki krwinek czerwonych, które przedstawiały częścią wejrzenie prawidłowe, częścią wejrzenie krwinek wyługowanych lub też zlewających się w kule szkliste, barwiące się eozyną, kwasem pikrynowym, fuksyną.

Prócz krwinek w cytoplazmie i w jądrze komórek wątroby normalnej u psa normalnego głównie w czasie trawienia, dostrzegłem w jądrze komórki wątrobnej i tylko w jądrze kryształy hemoglobiny, pojawiające się już w świeżej, nie stwardnionej wątrobie.

Pojawianie się kryształów tylko w jądrze, jakkolwiek spotyka się krwinki czerwone nawet gromadkami w cytoplazmie komórki wątrobnej, wskazuje, iż działanie miąższu cytoplazmy, w której krwinki czerwone ulegać mogą wyługowania lub w której tworzyć się z nich mogą kule szkliste, jest inne, aniżeli miąższu jądra. Spostrzeżenie to poparło twierdzenie moje o czynnym udziale jądra komórki wątrobnej we funkcyi wydzielniczej, t. j. iż jądro wytwarza barwik żółciowy, który przecież powstaje z hemoglobiny.

W roku 1898 dostrzegłem dalszy szczegół, popierający to zapatrywanie („Obraz mikroskopowy komórki wątrobnej po wstrzyknięciu do żyły szyjnej roztworu hemoglobiny“, Akad. Umiej. w Krakowie), iż tak w cytoplazmie jakoteż w jądrze komórki wątrobnej po wstrzyknięciu roztworu hemoglobiny do krwi psa po stwardnieniu wątroby w formalinie pojawiają się złogi barwika brunatnego lub prawie czarnego. W jądrach komórek wątrobnych znajdowały się pojedyncze lub dwa i trzy złogi barwikowe.

W ostatnim czasie znalazłem nowy szczegół, który, zdaniem mojem, stwierdza słuszność mego twierdzenia co do udziału jądra komórki wątrobnej we funkcyi wydzielniczej komórki, a mianowicie, iż jądro wytwarza barwik żółciowy.

W pewnych przypadkach żółtaczki u noworodków, bo nie we wszystkich przypadkach spotyka się jednaki obraz mikroskopijny, występują w wątrobie kryształy bilirubiny tak tabliczkowate, jakoteż igiełkowate, które spotyka się i w innych tkankach organizmu, dokąd bilirubina z krwią się dostaje, we krwi, w moczu. Szczegół dawno zresztą znany.

Kryształy bilirubiny leżą w wątrobie pomiędzy krwinkami czerwonemi w śródzrazikowych naczyniach włoskowa-

tych krwionośnych, w krwinkach białych, w cytoplazmie komórek wątrobnych. Znalazłem je jednakże także w jądrach komórek wątrobnych*).

Położenie kryształów wśród jądra komórki wątrobnej nie podlega najmniejszej wątpliwości. Znajdowałem w jądrze komórki wątrobnej, w cytoplazmie której n. p. nie było złogów żółci lub kryształów bilirubiny, zazwyczaj jeden kryształ bilirubiny o charakterystycznem wejrzeniu postaciowem i barwnem, rzadko dwa kryształy, niekiedy ukośnie jeden nad drugim leżące, wskutek czego obrys złogu krystalicznego był nierówny, kanciasty. W komórkach wątrobnych o dwóch jądrach kryształ bilirubiny tkwił albo tylko w jednem jądrze, gdy drugie nie zawierało kryształu, albo też niekiedy tkwiły kryształy w obu jądrach.

Obecność bilirubiny, produktu komórki wątrobnej, w jądrze komórki wątrobnej, stanowi, zdaniem mojem, niewątpliwy, niezbity dowód udziału jądra we funkcyi wydzielniczej komórki wątrobnej, stwierdza prawdziwość poprzednich moich wniosków, wysnutych z szeregu spostrzeżeń w obrazach mikroskopijnych jądra komórki wątrobnej. Jądro komórki wątrobnej wytwarza więc barwik żółciowy, ku czemu służy hemoglobina, której dostawanie się w obręb jądra komórki wątrobnej stwierdziłem poprzednio tak w komórce wątrobnej ludzkiej w pewnych stanach chorobowych wątroby, jakoteż eksperymentalnie w komórce wątrobnej psa.

Prócz funkcyi rozrodczej spełnia więc jądro komórki wątrobnej także funkcyę wydzielniczą.

*) Dostrzega się je tak w skrawkach ciętych ze świeżego, niestwardnionego, jakoteż z poprzednio stwardnionego miąższu wątroby. Najwygodniej widzieć je można w niezabarwionych skrawkach, ciętych z przymrożonych, w formalinie stwardniałych kawałeczków wątroby, badanych n. p. w octanie potasowym. W skrawkach barwionych, traktowanych wyskokiem i ksylolem nikną kryształy, gdyż bilirubina rozpuszcza się nieco w wyskoku, łatwo w ksylolu. Barwiąc jądra n. p. hemotoksyliną należy po ostrożnem odwodnieniu wyskokiem unikać ksylolu, a wyjaśniać tylko olejkiem. Wtedy widzi się wśród miąższu jądra, zabarwionego hematokryliną, ceglastoczerwony kryształ bilirubiny.

II. O doszczętnej operacyi przepukliny pępkowej [1]).

Podał

Dr. Roman Barącz

Docent prywatny chirurgii Uniw. lwowskiego.

Operacya doszczętna przepukliny pępkowej przedstawia o wiele większe trudności, aniżeli przepukliny pachwinowej lub udowej. Także nawroty po operacyi doszczętnej tej przepukliny bywają o wiele częstsze, aniżeli po operacyach doszczętnych innych rodzajów przepuklin. Według P. Bergera nawroty występują w przypadkach operowanych 15—20% przepuklin mniejszych, zaś w 30% przypadków średnich lub wielkich. Przyczyny tych nawrotów należy szukać raz w anatomicznej budowie pierścienia przepuklinowego przepuklin pępkowych, powtóre w brakach samej techniki operacyjnej. Podczas gdy przy innych przepuklinach wrota przepuklinowe stanowi krótszy lub dłuższy kanał, otoczony warstwami mięśni, przydatnymi do plastycznego pokrycia tego kanału, tu wrota przepuklinowe stanowi bardzo krótki, niepodatny pierścień, utworzony z utkania rozciągnistego; nadto wobec przepuklin znaczniejszych znajdujemy często bardzo znaczny rozstęp mięśni prostych brzucha. Sam worek przepuklinowy jest zrośnięty tu z cienką skórą, pozbawioną podściółki tłuszczowej, przytem jest on zazwyczaj podzielony na liczne komory, do których przyrastają bryły stłuszczonej sieci. Jeżeli nadto uwzględnimy, że przepuklinom pępkowym ulegają po większej części kobiety starsze, otyłe, o zwiotczonych ścianach brzusznych w następstwie licznych porodów, to łatwo pojmiemy, jak znaczne trudności techniczne przedstawia operacya doszczętna wobec takich warunków, a osobliwie, jeżeli ją wykonywamy w sposób typowy, t. j. cięciem, poprowadzonem przez środek obrzęku. Z powodu licznych zrostów worka przepuklinowego ze skórą i treścią przepukliny możemy łatwo zranić jelito; nadto oryentacya jest nadzwyczaj utrudniona. W przypadkach uwięznienia takich przepuklin możemy przy postępowaniu zwyczajnem podczas przecinania pierścienia herniotomem znowu bardzo łatwo naciąć ścianę jelita. Przy tem pozostawiamy właściwy punkt wyjścia nawrotu choroby: ścieńczały pierścień przepuklinowy; zaszycie go w zwykły sposób zabezpiecza nas bardzo mało przed nowem rozstąpieniem się jego ramion.

Jako wielki postęp w technice operacyjnej musimy uważać sposób, opisany po raz pierwszy (1888 r.) przez Amerykanina W. Keena [2]), a następnie polecony i ulepszony przez Condamina [3]) z Lyonu, t. j. wycięcie pępka przez całą grubość powłok brzusznych, czyli t. zw. omfalektomię całkowitą. W miejsce otwierania worka cięciem podłużnem albo poprzecznem, okrąża się przy postępowaniu Condamina okolicę pępka dwoma łukowatemi cięciami, które po powierzchni worka przepuklinowego pogłębia się aż do jego szyi; następnie okala się wrota przepuklinowe cięciem okrężnem i otwiera odrazu otrzewnę. Następnie podwiązuje się sieć w kilku pęczkach *en masse*, wycina ją, odprowadza wypadłą pętlę jelitową i zaszywa powłoki brzuszne warstwowo, szyjąc osobno otrzewnę, osobno mięśnie i osobno skórę. Metoda ta przedstawia wielorakie korzyści przed dawnem postępowaniem. Przedewszystkiem skraca znacznie i ułatwia cały zabieg. Wewnętrzne ujście bramy przepuklinowej staje się od razu dostępnem, sieć daje się łatwiej wycinać wraz z workiem przepuklinowym, oryentacya jest o wiele łatwiejsza, pętla jelita daje się łatwo odprowadzić, a uwięzniętą pętlą łatwiej uwolnić; rana zbliża się więcej do zwykłej rany laparotomijnej, a szew warstwowy zabezpiecza łatwiej przed nawrotami choroby.

P. Bruns [4]) (Tybinga) postępował w podobny sposób, co Condamin, jednak zaszywał powłoki brzuszne szwami głębokimi, obejmującymi wszystkie warstwy, czego zdaniem mojem uważać nie można za postęp.

Przypadki Pernicea [5]) i Langsdorffa [6]) dowodzą, że po omfalektomii sposobem Condamina wobec przepu-

[1]) Częściowo według wykładu w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem, wygłoszonego dnia 21 października 1904.

[2]) Medical News, 1888 z 25 lutego.

[3]) R. Condamin. (de Lyon). *De l'omphalectomie et de la suture à trois étages dans la cure radicale des hernies ombilicales.* „Archives provinciales de Chirurgie". 1892, tom I, str. 193 i 1893, tom II, str. 325 i referat w „Centralblatt für Chirurgie". 1892 Nr. 52 i 1893 Nr. 44.

[4]) P. Bruns: Die Omphalektomie bei der Radicaloperation der Nabelbrüche („Centralblatt für Chirurgie". 1894. Nr. 1)

[5]) „Centralblatt für Chirurgie" 1895, Nr. 3, str. 75.

[6]) Ibidem: 1895, Nr. 17, str. 421.

klin bardzo znacznych mogą powstać wielkie trudności przy zeszywaniu powłok brzusznych. Przypadek Langsdorffa wykazuje nadto, że omfalektomia według Condamina nie we wszystkich przypadkach może zabezpieczyć przed nawrotem choroby, gdyż w jego przypadku już po 14 miesiącach nastąpiło ścieńczenie blizny. Inni chirurdzy starali się ulepszyć technikę tej operacyi w tym kierunku, ażeby o ile możności zabezpieczyć się przed nawrotami choroby przez zastosowanie szwów warstwowych, albo też przez utworzenie płatów mięśniowych uszypułkowanych.

Gersuny[7]) okala cięciem bliznę pępkową, oddziela na tępo worek przepuklinowy, otwiera go, podwiązuje i wycina sieć i worek, zaszywa osobno otrzewnę, a następnie bramę przepuklnową w kierunku poprzecznym. Następnie przecina nożyczkami pochwę obu mięśni prostych brzucha na ich częściach dośrodkowych, odpreparowuje ich smugi ścięgniste *(inscriptiones tendineae)*, przez co mięśnie stają się bardziej przesuwalne, zszywa ich brzegi dośrodkowe szwem, obejmującym także smugi ścięgniste. Przez to przybliża do siebie na znaczniejszej przestrzeni oba mięśnie proste, przez co mięśnie tę tworzą następnie twardą zaporę dla tłoczni brzusznej; ranę skórną zaszywa z osobna.

Ostermayer[8]) (Budapeszt) operował w podobny sposób, co Gersuny, jednak wyciął przy tem pierścień przepuklinowy, co w każdym razie lepiej może zabezpieczyć nas przed nawrotem choroby, aniżeli proste zeszycie bramy przepuklinowej (Gersuny).

Dauriac[9]) wypreparował z dośrodkowych części obu mięśni prostych brzucha po jednym podłużnym płacie, krzyżował je następnie i przyszywał końce każdego z płatów tych po przeciwnej stronie.

M. Wołkowicz[10]) z Warszawy przyszedł niezależnie od Dauriac'a na podobny pomysł. Radzi on przy przepuklinach w smudze białej i przepuklinach pępkowych, w celu zapobieżeniu nawrotom przy operacyach doszczętnych albo krzyżować mięśnie proste brzucha albo nasuwać je poza siebie. W obu postępowaniach należy poprzednio wycinać zupełnie worek przepuklinowy i zaszywać wrota przepuklinowe. Mięśnie proste brzucha należy przy tem obnażyć z pokrywającej je pochwy. Krzyżowanie odbywa się w ten sposób, że odpreparowane dośrodkowe połowy tychże przecina się poprzecznie powyżej i poniżej pępka, przez co tworzą się dwa czworoboczne płaty. Górny lewy płat łączy się za pomocą szwu z prawym dolnym, prawy zaś górny z lewym dolnym. Na miejscu najsłabszem, odpowiadającem dawnej bramie przepuklinowej, powstaje przez to zapora ze zdwojonych w ten sposób płatów mięśniowych.

Nasuwanie mięśni prostych jeden na drugi wykonywa się w ten sposób, że oba środkowe czworoboczne płaty nakłada się jeden na drugi i przymocowuje do siebie za pomocą szwu.

[7]) R. Gersuny: Eine Methode der Radicaloperation grosser Nabelhernien. („Centralblatt für Chirurgie". 1893, Nr. 43, str. 921).

[8]) Por „Centralblatt für Chirurgie. 1894. Nr. 5; str. 97.

[9]) I. Dauriac: Traitement chirurgical des hernies de, l'ombilic et des éventrations. („Progrès medical", 28 kwietnia, 1894. „Gazette des Hopitaux" 1894, str. 675 i These de Paris, 1896, Nr. 168).

[10]) Maksymilian Wołkowicz: Pomysły do nowych zabiegów chirurgicznych, mające na celu zapobieganie i leczenie przepuklin brzusznych środkowych i obwisłego brzucha. („Gazeta lekarska", 1896, Nr. 6—12).

Oba pomysły, tak Dauriac'a, jak i Wołkowicza, są zbyt skomplikowane, nadto z mięśni wytwarza się płaty mięśniowe uszypułkowane, które, jak doświadczenie poucza w następstwie mogą zaniknąć; dlatego też obie te metody nie zyskały zwolenników.

Większej natomiast doniosłości praktycznej jest metoda, którą podał D. Biondi[11]) z Cagliari. Autor ten wychodzi z zapatrywania, że szew założony w jednym (pionowym) kierunku, nawet jeżeli jest wielowarstwowym, zawsze stanowi miejsce słabszego oporu. Dlatego radzi po odprowadzeniu jelita i wycięciu worka zaszywać brzegi otworu w otrzewnej i tylną pochwę mięśni prostych w kierunku poziomym, mięśnie same w kierunku pionowym, przednią pochwę mięśni prostych znowu w kierunku poziomym, skórę brzucha znowu w kierunku pionowym. Przez skrzyżowanie się różnych warstw szwów powstawać ma blizna silniejsza, chroniąca przed nawrotem choroby.

Powyżej przytoczyłem najważniejsze metody operacyi doszczętnej, podane w ostatnich czasach, a mające na celu uzyskanie trwalszych wyników ostatecznych po tym zabiegu. Jeżeli się teraz zwrócimy do najnowszych podręczników chirurgii, przekonamy się, że pod względem, której metodzie należałoby oddać pierwszeństwo przed innemi, mało napotkamy zdań zgodnych. Najwięcej polecanymi bywają postępowania Gersunyego i Biondiego[12]). Natomiast o nowych tych pomysłach nie znajdujemy wzmianki w najnowszych podręcznikach chirurgii operacyjnej. Przytoczę tu tylko dzieła: Kochera[13]) i Jacobsona[14]), oba uważane jako najlepsze.

Kocher prowadzi cięcie poprzeczne powyżej albo poniżej pępka, zależnie od większego rozwoju przepukliny ponad albo poniżej pępka, odpreparowuje worek przepuklinowy aż do wrót przepuklinowych i otwiera go. Radzi on podwiązywać sieć zawsze w małych pęczkach i możliwie przy obwodzie wyciąć. Podwiązanie większych części sieci w czambuł usposabia do zakrzepów i zgorzeli. Otrzewnę ucina na zewnątrz wrót przepuklinowych i zaszywa ją razem z pierścieniem przepuklinowym.

Jacobson odpreparowuje worek na tępo aż do szyi, odcina go, zaszywa otrzewnę szwem z cienkiego jedwabiu, podocnie zaszywa brzegi pierścienia przepuklinowego, ranę skórną zaszywa włosiem końskiem.

Mojem zdaniem dobra metoda doszczętnej operacyi przepukliny pępkowej powinna spełniać dwa zadania: 1) powinna ułatwiać i upraszczać sam akt operacyi; 2) powinna wytworzyć silne zamknięcie powłok brzusznych, któreby było w stanie stawić silny opór ciągle działającej tłoczni śródbrzusznej, jak również ciągłemu działaniu bocznych mięśni brzusznych (*m. m. obliquus abdom. externus, internus et transversus*).

Metoda, którаby tym zadaniom sprostać mogła i którаby we wszystkich niepowikłanych i powikłanych (uwię-

[11]) D. Biondi: W sprawie leczenia przepuklin pępkowych. („Clinica chirurgica", 1895, Nr. 8 i ref. w „Centralbl für Chir" 1895, Nr. 50).

[12]) Porównaj: Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz: Handbuch der praktischen Chirurgie. 1900, tom III, część I, str. 792.

[13]) Theodor Kocher: Chirurgische Operationslehre, IV wydanie, 1902, str. 750.

[14]) Jacobson: Operations of Surgery IV. wydanie, tom II. str. 50.

znięcie) przypadkach dała się zastosować, zasługiwałaby na pierwszeństwo przed innemi.

Ze wszystkich metod, wyżej przytoczonych, najwięcej odpowiada pierwszemu zadaniu metoda Condamina, gdyż pozwala najłatwiej oryentować się i ułatwia tak manipulacye na worku przepuklinowym samym, jak i na jego treści; po części spełnia ona i drugie zadanie, gdyż zeszycie odświeżonych brzegów pierścienia i założenie szwu warstwowego daje daleko niepodatniejszą bliznę, aniżeli samo zeszycie brzegów pierścienia. Drugiemu zadaniu odpowiadają metody wyżej przytoczone tylko po części, gdyż nawroty przepukliny powstają nietylko przy użyciu szwu warstwowego bez wycięcia pierścienia, ale i po wycięciu go, a także przy użyciu metod Gersunyego i Biondiego. (C. d. n.)

III. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego (Prof. Dr. Gluzinski).

Kilka uwag w sprawie klinicznego badania krwi.

Podał

Dr. Wincenty Czernecki,

demonstrator kliniki lekarskiej.

(Dokończenie.)

Przytoczę teraz dla poczynienia wniosków przynajmniej kilka z badanych przypadków.

Przypadek I. *K. L.*, lat 18. Rozpoznanie: *Chloranaemia.*

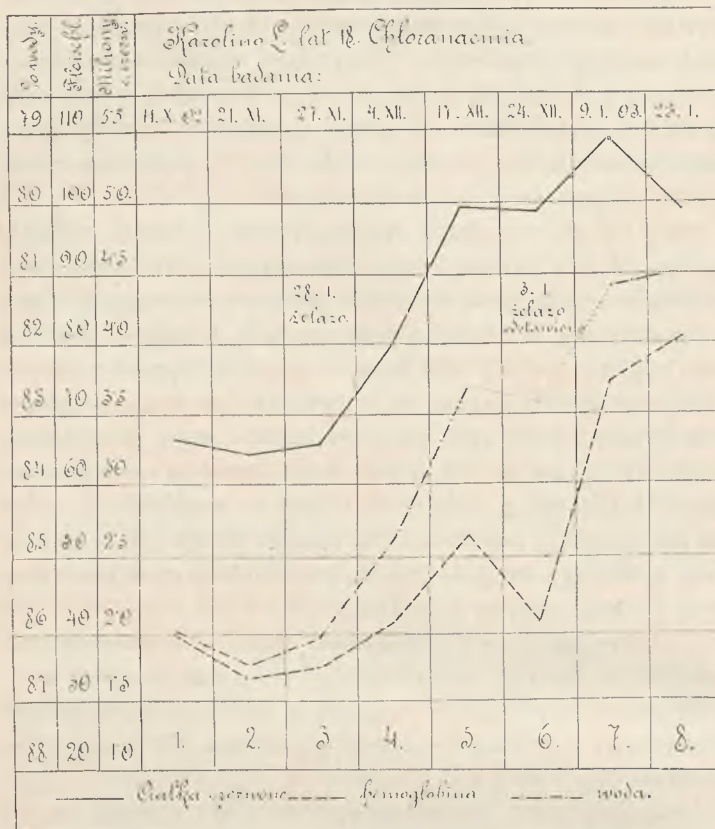
Wyniki otrzymane przedstawia tablica:

Nr. badania	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm.³	Liczba ciałek białych w 1 mm.³	Hgl sposobem Fleischla	Wskaźnik	Odsetkowa ilość wody
	1902					
1.	11/XI	3,365.000	8.827	40	0·59	85·98
2.	21/XI	3.224.000	5.624	33	0 51	86.45
3.	27/XI	3.285.000	6.875	35	0·53	86.14
	28/XI zaczęto podawać pigułki Blauda.					
4.	4/XII	4.000.000	11.406	42	0·52	84·72
5.	17/XII	4.991.000	7.812	53	0 53	82·6
6.	24/XII	4.912.000	6.250	42	0·42	—
	1903					
	3/I przestano podawać żelazo.					
7.	9/I	5,450.000	8.750	75	0·68	81·2
8.	23/I	4,950 000	8.125	81	0 81	81·02

Liczby, przedstawiające zachowanie się ilości ciałek czerwonych, hemoglobiny i ilości wody, ująłem w graficzny rysunek, z którego widzimy, że w I-szym okresie (badanie 1, 2) mamy lekkie pogorszenie się stanu krwi, w II-gim (badanie 2, 3) lekkie polepszenie. Po rozpoczęciu leczenia żelazem poprawa idzie szybszym krokiem W badaniu 6-tem mamy chwilowe pogorszenie się powtórne; niestety, braknie tu oznaczenia ilości wody, a krzywa jej byłaby w niezgodzie z innemi, gdybyśmy krzywą wody w badaniu 5. połączyli z dalszym ciągiem tej krzywej w badaniu 7. linią prostą; należy jednak przyjąć domniemany przebieg tej krzywej, zaznaczony linią kropkowaną.

Po zaprzestaniu podawania żelaza w jakiś czas spada liczba ciałek czerwonych, a i inne krzywe nie okazują już takiej tendencyi do wznoszenia się.

Wynik tego badania jest następujący: W miarę poprawy stanu krwi, sądząc o nim z liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny, oznaczonej przyrządem Fleischla, spada również ilość wody, z dwóch więc pierwszych ilości można wnioskować o trzeciej.



Przypadek II. *J. F.*, lat 26. Rozpoznanie: *Aortitis et periaortitis post influenzam, chloranaemia.*

Nr. badania	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm.³	Liczba ciałek białych w 1 mm.³	Hgl sposobem Fleischla	Wskaźnik	Odsetkowa ilość wody
	1902					
1.	12/XII	3.085.000	7.200	20	0·32	86 7
	15/XII zaczęto podawać pigułki Blauda.					
	1903					
2.	2/I	4,050 000	6.030	37	0·45	84·54
	17/I żelazo przestano podawać.					
3.	17/I	4,450.000	—	43	0 48	—
4.	26/I	5,050.000	4.400	60	0·59	81 81
5.	5/II	5.050,000	7.100	71	0 7	81·4
6	24/II	4.368.000	5.500	67	0·77	—

Badanie w tym przypadku wykazuje wyraźną zgodność liczby ciałek czerwonych, hemoglobiny i wody.

Przypadek III. *M. L.*, lat 25. Rozpoznanie: *chloranaemia gravis subsequ. thrombosi venae saphenae dextrae.*

Nr. badania	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm.³	Liczba ciałek białych w 1 mm.³	Hgl sposobem Fleischla	Wskaźnik	Odsetkowa ilość wody
	1903					
1.	3/XII	2,830.000	5.400	30	0·45	87·8
2.	29/XII	4,600.000	8.128	55	0 53	83·8
	1904					
3.	19/II	4,600.000	6.700	75	0·73	82

W przypadku tym, w miarę ogólnego polepszania się stanu chorej i w miarę poprawy stanu krwi, sądząc o niej według dotychczasowych sposobów badań, zmniejszają się równorzędnie i proporcyonalnie liczby, wyrażające zawartość odsetkową wody we krwi.

Przypadek IV. *M. M.*, lat 55. Rozpoznanie: *Anaemia gravis. Achylia gastrica, enteritis catarrhalis chronica.*

Stan chorego wskutek leczenia, zwróconego na przewód pokarmowy, znacznie się poprawił.

Badanie krwi wykazywało:

Nr. badania	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm.³	Liczba ciałek białych w 1 mm.³	Hgl sposobem Fleischla	Wskaźnik	Odsetkowa ilość wody
	1902					
1.	15/V	975.000	2.500	30	1·5	89·01
2.	9/VI	1,700.000	5.000	25	1·4	87·3
3.	20/VI	2,265.000	—	55	1·2	86·2
4.	3/VII	3,141.000	5.825	59	0·9	80·2

Liczba ciałek czerwonych z niespełna 1-go miliona podniosła się na 3 miliony; ilość hemoglobiny również, lecz w mniej szybkiem tempie tak, że wskaźnik z „1·5“ spadł na „0·9“, a wody równocześnie ubyło 9%.

Przypadek ten również przemawia za tem, że dotychczasowy praktyczny sposób badania stanu krwi pozwala klinicznie wnioskować zupełnie zadowalniająco.

Przypadek V. *T. S.*, lat 43. Rozpoznanie: *Anaemia gravis probabiliter neoplasmatica, tumor hepatis et lienis.*

Nr. badania	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm.³	Liczba ciałek białych w 1 mm.³	Hgl sposobem Fleischla	Wskaźnik	Odsetkowa ilość wody
	1902					
1.	3/XII	2,015.000	7.500	52	1·3	84·05
	1903					
2.	23/II	2,241.000	5.094	45	1·0	85·54
3.	10/III	1,725.000	6.843	45	1·3	85·8
4.	5/IV	1,400.000	5.718	30	1·0	86·58

W przebiegu przypadku tego łatwo stwierdzić można, że równorzędnie ze zmniejszaniem się liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny zwiększa się stopień wodnistości krwi. Mamy więc i w tym przypadku dowód, że opierając się na samem oznaczaniu liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny, możemy dobrze wnioskować o poprawie lub pogorszeniu się stanu krwi.

Przypadek VI. *F. B.*, lat 45. Rozpoznanie: *Anaemia gravis.*

Nr. badania	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm.³	Liczba ciałek białych w 1 mm.³	Hgl sposobem Fleischla	Wskaźnik	Odsetkowa ilość wody
	1902					
1.	3/VII	1.247.000	6.562	23	0·92	88·99
2.	15/VII	1,155.000	4.875	31	1·3	—
3.	4/X	1,065.000	4·687	26	1·2	—
4.	17/X	1,085.000	9.464	28	1·27	—
5.	30/X	2.178.000	6.940	40	0·9	85·3
6.	6/XI	3,000.000	6.562	48	0·8	—
7.	11/XI	3,300.000	9.400	45	0·68	83·28
8.	19/XI	3,475.000	7.700	70	1·0	82·91
9.	26/XI	3,500.000	11.000	56	0·8	83·29
10.	3/XII	3.970.000	9.400	45	0·56	82·20
11.	29/XII	4,450.000	8.800	58	0·65	81·14
	1903					
12.	9/I	3.637.500	8.400	77	1·06	81·62
13.	2/II	3,838.000	8.531	58	0·76	—
14.	18/II	3.595.000	6.950	73	1·0	81·42
15.	5/III	3.745.000	6.200	62	0·82	—
16.	15/IV	1,200.000	4.400	30	1·25	—
17.	17/V	1,875.000	7.500	40	1·08	86·6
18.	11/VI	1,475.000	5.312	35	1·2	87·17
19.	29/VI	1,660.000	4.781	33	1·0	87·84
20.	16/VII	2,987.000	3.437	20	0·3	87·28

W tym przypadku każdorazowe pomnożenie się liczby ciałek czerwonych zgadza się ze zmniejszeniem ilości wody.

W rażącej natomiast niezgodzie pozostają z ilością wody liczby Fleischla, n. p. w badaniu Nr. 8, 10, 14, tak, że tylko uciekając się do słusznej uwagi Biernackiego o możliwości istnienia krwi więcej lub mniej jasnej, możemy sobie te liczby wytłómaczyć.

Przypadek VII. *E. L.*, lat 47. Rozpoznanie: *Adenocarcinoma peritonei. Pyelonephritis abscedens ambilateralis subsequ. anaemia gravi.*

Nr. badania	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm.³	Liczba ciałek białych w 1 mm.³	Hgl sposobem Fleischla	Wskaźnik	Odsetkowa ilość wody
	1902					
1.	22/X	826.000	4.687	21	1·2	88·01
2.	30/X	1,020.000	4.843	20	1·0	89·05
3.	5/XI	1,081.000	5.703	19	0·86	90·8
4.	18/XI	1,170.000	4.421	24	1·0	88·78
5.	27/XI	1,250.000	3.828	26	1·04	87·13
6.	4/XII	1,115.000	6.850	23	1·04	88·09
7.	16/XII	1,000.000	4.375	20	1·0	89·59
	1903					
8.	5/I	1,153.000	3.218	17	0·73	88·73
9.	22/I	750.000	2.890	13	0·86	89·03
10.	3/II	472.000	7.814	19	1·9	—
11.	10/II	537.000	4.687	19	1·9	—
12.	21/II	508.000	3.250	18	1·8	91·2
13.	26/II	378.000	2.687	16	2·6	—
14.	28/II	363.000	2.500	14	2·3	—
15.	2/III	426.000	2.031	16	2·2	—

Przebieg zachowania się krwi o tyle przemawia za zdaniem wyżej wypowiedzianem, że każdorazowemu zwiększeniu lub zmniejszeniu się ciałek czerwonych odpowiada takież wahanie w zachowaniu się ilości wody, prócz badania Nr. 1 i 2, gdzie różnica leży jednak w granicach błędu, przy badaniu dopuszczalnego. Nie zgadza się jednak o tyle, że małym wahaniom ciałek czerwonych odpowiada duże wahanie ilości wody. Liczby Fleischla zachowują się w tym przypadku również zgodnie z innemi ilościami.

Przypadek VIII. *E. B.*, lat 23. Rozpoznanie: *Lymphosarcomatosis universalis.*

Nr. badania	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 mm.³	Liczba ciałek białych w 1 mm.³	Hgl sposobem Fleischla	Wskaźnik	Odsetkowa ilość wody
	1902					
1.	16/X	4,100.000	12.578	75	0·91	82·5
2.	1/XII	4,655.000	24.687	55	0·58	82·68
3.	16/XII	4.175.000	28.312	48	0·57	82·81

Na tym przypadku mamy wybitny przykład, że liczenie ciałek czerwonych i oznaczanie hemoglobiny sposobem Fleischla daje nam wcale dobre wyobrażenie o stanie krwi, zgodne z każdorazową ilością wody.

Przypadek IX. *A. W.*, lat. 39. Rozpoznanie: *Leukaemia myelogenes.*

Nr. badania	Data	Liczba ciałek czerwonych w 1 ctm.³	Liczba ciałek białych w 1 ctm.³	Hgl sposobem Fleischla	Wskaźnik	Odsetkowa ilość wody
	1902					
1.	3/III	2,587.000	51.875	34	0·65	86·04
2.	16/III	2,650.000	55.700	32	0·6	—
3.	5/IV	2.420.000	62.240	36	0·75	—
4.	29/IV	2.750.000	11.563	18	0·32	88·4
	1903					
5.	1/V	2.450.000	8.750	23	0·46	—
6.	9/V	1,525.000	2.890	27	0·9	89·5

Przypadek ten również dowodzi, że na dotychczasowym sposobie badania krwi można polegać w ocenianiu, czy „niedokrwewność“ jest większego lub mniejszego stopnia.

Prócz przytoczonych przypadków przeprowadziłem cały szereg poszczególnych badań, których nie przytaczam, nie chcąc przedłużać protokołów.

Zanim przystąpię do zebrania ogólnych wniosków, które się dadzą wyciągnąć na podstawie przeprowadzonych przezemnie oznaczeń, kilka słów jeszcze poświęcę samej metodzie Fleischla oznaczania hemoglobiny.

Mayer[3]) w swej zdumiewająco drobnostkowej pracy wykazał, że liczby odczytane na przyrządzie Fleischla są zawisłe nietylko od samego przyrządu z powodu jego niedokładnego czasem wykonania, od sposobu użycia, oświetlenia, napełnienia pipety i naczyńka, ale także od indywidualnych cech badaczów, t. j. od nieczułości niektórych na barwę czerwoną, od stanu psychicznego badającego, od czynników natury optycznej, a nawet od czucia mięśniowego i t. d. Sama więc już zasada przyrządu, czyniąc wyniki zawisłymi od tylu czynników, dopuszcza błędy, a nadto nasuwa się nam myśl, że jestto właściwie nie oznaczanie ilości hemoglobiny, a raczej ocenianie natężenia zabarwienia krwi; prócz hemoglobiny bowiem znajdowano inne jeszcze barwiki krwi. Sam jednak wynalazca przyrządu uchyla się od odpowiedzialności co do wyników, które wymagają większej dokładności niż 10%.

Z badaczy, używających tego przyrządu, jedni odmawiają tej metodzie wartości badania ścisłego, inni natomiast twierdzą, że wprawdzie przyrząd nie podaje nam bezwzględnych wartości hemoglobiny, wystarcza jednak dla celów klinicznych, zwłaszcza dla badań porównawczych, że ilości odczytane na przyrządzie Fleischla wypadły zgodnie z ilościami spektrofotometrycznemi.

Z mej strony nadmienić muszę, że dokładnem i troskliwem przeprowadzeniem tej metody wielu błędów można uniknąć, że błędy te, jeżeli badający używa zawsze tego samego przyrządu, nie są zbyt wielkie, a jeżeli są, to zdarzają się w tym samym stopniu stale i porównawczemu wnioskowaniu nie przeszkadzają. Dla badań porównawczych może zatem sposób ten zupełnie wystarczyć.

Przechodząc obecnie do własnych wyników pracy, to podnieść odrazu należy, że gdybyśmy ograniczyli się jedynie do higremometryi, natenczas rozmaite postacie chorobowe musielibyśmy oznaczać jedynie jako „hidremia“, nie odróżniając pewnych typów, tak potrzebnych przy klinicznem ocenianiu przypadku chorobowego.

Zaprzeczyć nie można, że metoda higremometryczna jest najdokładniejszą (prócz chemicznych) ze wszystkich metod klinicznego badania krwi i że liczby, oznaczające hemoglobinę przyrządem Fleischla, wzięte same dla siebie, mają wartość względną, której naturalnie na pierwszy plan wysuwać nie należy. Natomiast zaprzeczyć się nie da, że przy uwzględnianiu wyników innych badań, jak oznaczania liczby ciałek czerwonych, mikroskopowego obrazu krwi i t. d., nabiera ona na znaczeniu i z praktycznego użycia usunąć jej się nie powinno. Jako dowód wystarczający dla poparcia naszego twierdzenia służyć może ten fakt, że w moich poszukiwaniach przy każdorazowej znaczniejszej zmianie krwi, sądząc o tem z liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny, ze znikomo małymi wyjątkami mniej więcej znajdowałem równorzędnie również takie same wahania w ilościach wody.

Podnieść także muszę, że w wielu razach każdorazowa liczba ciałek czerwonych odpowiadała wcale dobrze ilościom wody, jeżeli tylko liczby Fleischla nie okazywały zbyt wielkich wahań.

Wyniki zatem moich badań są następujące:

Z oznaczenia liczby ciałek czerwonych, ich postaci, ilości hemoglobiny, dotychczasowymi sposobami, używanymi w klinice, można uzyskać wystarczające dane dla praktycznego ocenienia stopnia i typu „niedokrewności“.

Z drugiej strony podnieść należy, że higremometrya jest metodą, zasługującą na wprowadzenie do praktycznego użycia przy badaniach dokładniejszych, jest ona bowiem najściślejszą, ale codziennemu jej użyciu dla lekarza praktycznego stają na przeszkodzie techniczne trudności; — szczęściem, że dawniejsze sposoby, używane dotąd w praktyce, t. j. oznaczanie liczby ciałek czerwonych, hemoglobiny i badanie mikroskopowe nie potrzebują tracić swego znaczenia i wystarczają w największej liczbie przypadków dla klinicznej oryentacyi.

[3]) Mayer: Die Fehlerquellen der Hämatometeruntersuchung. („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“ Bd. 57. S. 166).

IV. Oceny i sprawozdania.

Hecker i Trumpp: **Atlas und Grundriss der Kinderheilkunde.** (München 1905. J. F. Lehmanns Verlag. Cena: Mk. 16.)

W zbiorze lekarskich atlasów, wydawanych przez Lehmanna, wyszedł świeżo Atlas pedyatryi, połączony z krótkim zarysem. Autorowie postanowili zapełnić lukę, jaka istnieje w piśmiennictwie pedyatrycznem, podobnego bowiem zbioru rycin dotychczas nie było. Celem było przytem ułatwienie młodym lekarzom i studentom — wobec braku w wielu uniwersytetach niemieckich klinicznego nauczania pedyatryi — zrozumienia podręczników. Jednak, jak zresztą już sami autorowie zaznaczają, nawet najlepszy podręcznik i atlas nie może zastąpić klinicznego spostrzegania. Przytem, o ile znaczna część obrazów chorobowych da się dobrze uzmysłowić w rycinach, przy całym szeregu innych zboczeń przedsięwzięcie to tylko bardzo niedostatecznym bywa uwieńczone wynikiem, nawet przy użyciu tablic barwnych. W danym atlasie tablice, wyobrażające płonicę, odrę, wyprysk, zmiany w jamie ustnej i w gardle przy płonicy, błonicy, pleśniawkach i t. d. mogą być na to wybitnym dowodem. W wielu przypadkach nawet doświadczonemu klinicyście trudnoby było na pewno orzec, o co chodzi. Wreszcie w wielu chorobach n. p. w płonicy, gdzie uczący powinien się zapoznać z całą gamą obrazów, od płonicy bezwysypkowej do przypadków o bardzo nasilonej wysypce i znów do przypadków piorunujących, w których niema czasu na rozwinięcie się typowej wysypki, jedna rycina tem bardziej nie wystarcza. Są to jednak wady, z których niepodobna robić zarzutu autorom Atlasu; dotyczą zresztą pewnych tylko działów. Poza tem ryciny są przeważnie dobre i liczne. Znajdujemy w Atlasie 48 tablic barwnych i 144 czarnych rycin. Ryciny przedstawiają szczegóły z rozwoju dziecka, wykonywanie badania, zmiany kliniczne, zabiegi lecznicze, obrazy anatomopatologiczne i histologiczne.

Tekst na 466 stronach małej 8-ki zawiera w zwięzłej postaci wszystko ważniejsze. Bez drobnych usterek się nie obyło. I tak brakuje n. p. (str. 406) opisu zapalenia otrzewnej pneumokokowego, które, zwłaszcza u dzieci, wyróżnia się od innych jako odrębny obraz kliniczny; ciemię ma przy wodogłowiu przewlekłem żywo tętnić (str. 218), czego

się przeważnie nie stwierdza; meningokok (str. 206) ma w wysięku odbarwiać się Gramem, w preparacie z hodowli nie; tymczasem zawsze się odbarwia; wysięk opłucnowy przy przebiciu jamy gruźliczej (str. 183) ma być ropny, a zawierać ciałka jednojądrzaste, co jedno drugiemu przeczy. Wogóle jednak tekst jest dobry i doprowadzony do wyników ostatnich lat. To też książeczka będzie niewątpliwie także jako „repetitorium“ dla studentów pożądaną nowością.

Lewkowicz.

Blau (Berlin). **Bericht über die neueren Leistungen in der Ohrenheilkunde.** (S. Hirzel. Lipsk 1904).

Sprawozdania Blaua, pojawiające się regularnie co 2—3 lata na półkach księgarskich, stały się z czasem niezbędnem i z niecierpliwością oczekiwanem wydawnictwem, zwłaszcza dla specyalistów i pracujących w dziedzinie chorób usznych. Dają one obraz przeglądowy i wyczerpujący piśmiennictwa tego przedmiotu i przedstawiają sprawozdanie zbiorowe z kilkuletniego międzynarodowego dorobku naukowego na polu otyatryi. Ostatnie takie sprawozdanie obejmuje prace z lat 1901 i 1902 i odznacza się temi samemi zaletami, co i sprawozdania poprzedzające, które niejednokrotnie podnosiliśmy w „Przegl. lekarskim“. Na szczególne uznanie zasługuje całkiem przedmiotowe oddawanie głównych myśli autorów poszczególnych prac, przyczem B. z dziwną bystrością umysłu trafia zawsze w jądro rzeczy. Wobec ogromnego wzrostu odnośnego piśmiennictwa podziwienia godną jest wytrwałość i pilność autora, który nie szczędził trudu, by podać całkowity i dokładny obraz piśmiennictwa danego okresu i zakresu. Lekarze, nie będący w stanie śledzić za całym otyatrycznym ruchem naukowym, znajdą w tem „Sprawozdaniu“ doskonały, treściwy i gruntowny przegląd nowszych zdobyczy nauki, o wszystkiem, co na tem polu w przeciągu tego czasu zdziałano. Z tych powodów należy tej pracy przypisać doniosłe znaczenie i rzeczywistą pożyteczność pod względem naukowym i praktycznym.

Spira.

V. Wyciągi.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. F. Ahlfeld. **Działanie mięśni klatki piersiowej i przepony u płodu podczas życia śródmacicznego. O oddychaniu śródmacicznem.** (*Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, T. XXI, Z. 2, 1905). U wielu kobiet w końcowych miesiącach ciąży daje się zauważyć miarowe, faliste podnoszenie się i zapadanie powłok brzusznych w okolicy pępka, w miejscu, odpowiadającem ułożeniu klatki piersiowej płodu. Ruchy te występują okresowo, trwają czas krótszy lub dłuższy i nie mają nic wspólnego ze zwyczajnymi ruchami płodu, jakimi są ruchy nóżek, prostowanie kręgosłupa i t. d. Ahlfeld zdejmował ruchy te zapomocą kymografionu i przekonał się, że przeciętnie wypada na jedną minutę 61 wychyleń, że między całemi seryami wychyleń występują przerwy i że stosunek ramienia wstępującego do zstępującego wynosi 34·8: 65·2. Chodzi teraz o przekonanie się, skąd te miarowe faliste ruchy pochodzą, czy przypadkiem nie są one spowodowane tętnieniem aorty, lub też kurczeniem są poszczególnych części miąższu macicy, czy wreszcie powód ich nie tkwi w oddychaniu samej matki? Przez odpowiednie badania i wykluczenia doszedł A. do wniosku, że ruchy te odnieść można li tylko do samego płodu, a wnioskując z rytmu, jakoteż z miejsca, w którem najwyraźniej występują, przypisać je należy działalności klatki piersiowej płodu, — czyli, według niego, mamy do czynienia z oddychaniem płodu już wewnątrz macicy. Na poparcie tych swoich spostrzeżeń, jak również tłómaczenia tych zjawisk, przytacza A. jeszcze dalsze czynniki, mianowicie, że krzywa oddychania płodu tuż zaraz po urodzeniu mało czem się różni od krzywej oddychania śródmacicznego; powtóre, że płyn, wzięty tuż zaraz po urodzeniu się główki, wypływający z otworów nosowych, zawiera całą florę pochwy, wreszcie przytacza dwa przypadki, gdzie u płodów, u których było zupełne zwężenie przełyku, a poniżej tegoż połączenie z tchawicą, miał znajdować w smółce składniki wód płodowych. Na pytanie, na co właściwie istnieje to oddychanie śródmaciczne, kiedy płód dostatecznie jest zaopatrywany w tlen ze strony matki, odpowiada autor w ten sposób, że mamy do czynienia z powolnem przygotowywaniem się i ćwiczeniem narządów oddechowych do późniejszej ich pracy. Oddychanie śródmaciczne jest bardzo powierzchowne tak, że wody płodowe w prawidłowych warunkach przy wdechu nie dostają już poza rozgałęzienie tchawicy. Prócz wyżej wymienionych ruchów falistych daje się według Ahlfelda stwierdzić jeszcze jeden rodzaj ruchu, mianowicie w miejscu, odpowiadającem ułożeniu klatki piersiowej płodu, silne uderzenia, okresowo po 20—30 uderzeń na minutę. Uderzenia te przy osłuchiwaniu ciężarnych można słyszeć już w pierwszej połowie ciąży, nierzadko wcześniej jeszcze od tonów serca płodu. Na podstawie umiejscowienia tych uderzeń, badania krzywych, wziętych z tych uderzeń, jak również na podstawie badania rytmicznych skurczów przepony, występujących u noworodków, dochodzi Ahlfeld do przekonania, że i te krótkie okresowe uderzenia, dające się spostrzegać w ciąży, są niczem innem, jak również skurczami przepony, występującymi u płodu.

Dr. Cetnarowski.

G. Walcher. **O dowolnem wytwarzaniu krótko- i długogłowia** (*brachy- et dolichocephalia*) **czaszki dziecięcej.** (*Zentralblatt für Gyn.*, 1895, Nr. 7). W. przekonał się na licznym materyale, że stałe układanie zdrowego dziecka w pierwszych miesiącach życia na wznak lub na bok wywiera rozstrzygający wpływ na postać jego czaszki, a mianowicie, że ciągłe leżenie na wznak wytwarza krótkogłowie, a na bok długogłowie. Dołączony rysunek przedstawia czaszki bliźniąt zdrowych, nie obarczonych krzywicą, równo rozwiniętych, u których zdołano przez odpowiednie układanie otrzymać już po 10 dniach 2 różne typy czaszek. Wytworzenie się pewnych cech w budowie czaszki, stanowiących charakterystykę różnych ras, skłonny jest W. wprowadzić w związek przyczynowy z rozmaitymi u różnych ludów zwyczajami powijania i układania niemowląt. Zachęcając kolegów do zbierania dalszych spostrzeżeń, spodziewa się autor, że tą drogą dojdziemy do zasadniczych zmian wielu poglądów w dziedzinie antropologii.

B. Wojciechowski.

H. Raszkes. **Uwięźnięcie tyłozgiętej i tyłopochylonej macicy w 6 miesiącu ciąży. Zgorzel błony śluzowej pęcherza moczowego. Przerwanie ciąży metodą Bossiego.** (*Ginekologia*, 1905, Nr. 1). U 26-letniej kobiety, która dwa razy rodziła prawidłowo, ustała miesiączka przed 6 miesiącami, a od kilku tygodni pojawiły się ruchy płodu. Od 8 dni bóle dołem brzucha, bezwiedne oddawanie moczu, potem wymioty, a równocześnie ruchy płodu ustały. Ciepłota 38·0, tętno 150, drobne, mocz odpływa ciągle kroplami. Brzuch bolesny; dolną jego część zajmuje guz elastyczny, sięgający na 3 palce nad pępkiem. Część pochwowa bardzo wysoko, ściana tylna pochwy wypukłona silnie przez guz. Odprowadzono dużą ilość moczu mętnego, cuchnącego, którego druga część zawierała wielką ilość strzępów martwiczych. Guz sięgał teraz 3—4 palce ponad spojenie i robił wrażenie macicy. Odprowadzenie guza udało się dopiero przy drugiej próbie, nazajutrz, w położeniu kolankowo-łokciowem, — poczem wprowadzono do pochwy balon, napełniony 300 grm. wody i ułożono chorą na brzuch. Po kilku dniach stan chorej się poprawił, a pęcherz moczowy wśród przepłókiwań się oczyszczał; 15-go dnia ciepłota 39·0, tętno 120, wymioty. Macica leży prawidłowo. R. postanowił przerwać ciążę. Gdy tamponada pochwy i szyi, gorące przestrzykiwania i założenia świeczki nie zdołały wzniecić bólów energicznych, rozszerzył R. szyję sposobem Bossiego do szerokości 2 palców, przebił pęcherz płodowy i wydostał za nóżkę płód zmacerowany długości 28 ctm. Główka przeszła po przedziurawieniu. Z powodu krwawienia wydobył R. łożysko palcami. Badanie szyi wykazało przedarcie boczne na 5 ctm. Powoli nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Nawiązując do swego przypadku, omawia autor pokrótce etyologię, objawy, rokowanie i leczenie uwięźnięcia macicy ciężarnej i podnosi, że powikłanie to zdarza się bardzo rzadko w drugiej połowie ciąży. Przypadek własny określa R. jako pochylenie ze zgięciem macicy ciężarnej (*retroversio-flexio uteri gravidi*); małą pobudliwość macicy odnosi do zapalenia otrzewnej; metodę Bossiego uważa za użyteczniejszą w okresie końcowym ciąży, aniżeli tam, gdzie chodzi o poronienie.

B. Wojciechowski.

H. M. Little. **Bacillus aërogenes capsulatus w gorączce połogowej.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895. Nr. 7). Badania bakteryologiczne odchodów w przypadkach zakażenia po porodach i poronieniach zwróciły uwagę autora na częste pojawianie się drobnoustroju, znanego pod nazwą *bacillus aërogenes capsulatus*. Na 10 przytoczonych przypadków zakażenia znalazł L. 2 razy prątek ten odosobniony, w 8 przypadkach zaś w towarzystwie innych drobnoustrojów, jak: *streptococcus*, *staphylococcus albus* i *aureus*, *bacillus typhosus*, *gonococcus*, *bac. coli* i inni. Z owych 8 przypadków zakończyły się 3 śmiercią. Zakażenia samym *bac. aërog.*

caps. przebiegały łagodnie i gorączka znikała po wydaleniu tkanek obumarłych, w których się rozwija; w tych natomiast przypadkach, gdzie *bac. aërog. caps.* towarzyszył innym drobnoustrojom, miało zakażenie przebieg ciężki. Zdaniem autora podnosi *bac. aërog. caps.* bardzo znacznie żywotność towarzyszących mu drobnoustrojów.

B. Wojciechowski.

L. Seitz. **Przypadek ostrego obrzęku warg macicznych podczas ciąży, wskutek zaparcia stolca.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 10). Do rzadkich przypadków tego rodzaju (Jolly zebrał ich 10) dodaje S. następujący: 34-letnia kobieta, która rodziła kilka razy siłami przyrody, była znowu bliską końca ciąży, gdy nagle, idąc ulicą, poczuła wysuwanie się jakiegoś ciała ze sromu. Sądząc, że to pęcherz płodowy i że rodzi, wezwała położnę, która zgodziła się na to zapatrywanie i domniemany pęcherz nacięła. Gwałtowny krwotok zniewolił ją do odprowadzenia guza, tamponady i wezwania lekarza; — rozpoznanie jej brzmiało: położenie pośladkowe, krwotok, łożysko rodzące się przed płodem. Badanie wykazało ostrą niedokrwedność (chora straciła przeszło litr krwi), niezwykle obfite nagromadzenie się kału w kiszce stolcowej, obrzęk wargi przedniej do wielkości małej pięści, tylnej do wielkości jabłka. Z nacięcia na wardze przedniej jeszcze trochę krwawiło. Chora od 6 dni nie oddała stolca. Opróżniono kiszkę stolcową, wysunięto guz ku górze i wytamponowano pochwę. Obrzęk nazajutrz znacznie się zmniejszył, a po 3 dniach ustąpił. Po 17 dniach wystąpił ponownie nagły obrzęk wskutek braku wypróżnienia w ciągu 3 dni, lecz ustąpił szybko po sprowadzeniu stolca. We 2 dni później poród prawidłowy. S. uważa ten przypadek za zupełnie przekonywający, iż przyczyna mechaniczna, w postaci ucisku ze strony nagromadzonego zbitego kału na naczynia, wystarcza do wywołania ostrego obrzęku części pochwowej. Nie wyklucza nerwicy naczyniowej, jako wyjątkowej przyczyny w przypadkach ciąży wczesnej, lecz prosi o zwracanie uwagi na wspomniany, prawdopodobnie najczęstszy czynnik mechaniczny.

B. Wojciechowski.

A. Gutbrod. **Unikanie zaburzeń pęcherzowych po operacyach ginekologicznych.** (*Zentr. f. Gyn*, 1895, Nr. 10). Nietylko po operacyach ginekologicznych, połączonych z odłuszczeniem pęcherza, jak po wycięciu macicy od strony jamy brzusznej lub od pochwy, ale tak samo po zaszyciu pochwy (kolporafii) i operacyi Alexandra-Adamsa widział G. często zaburzenia pęcherzowe. Także inni czynili te same spostrzeżenia. Po operacyi Alexandra-Adamsa nietylko doznaje pęcherz ucisku ze strony macicy, przechylonej silnie ku przodowi, lecz zarazem zostaje on sam dźwignięty i wysunięty ku górze i przodowi, co pociąga za sobą zdaniem G. odgięcie kątowate cewki moczowej, a w dalszym ciągu skłonność do zatrzymania moczu i nieżytu pęcherza. G. zakłada w ostatnim roku po wszystkich wspomnianych operacyach miękki cewnik na stałe na 5 dni, podając równocześnie odwar liści mącznicy niedźwiedziny (*decoct. foliorum uvae ursi*) i urotropinę. Po zaszyciu pochwy zostawia cewnik nawet przez 8 dni, gdyż widywał dawniej złe wyniki wskutek wczesnego rozejścia się rany lub przecięcia szwu, jako następstwa ucisku ze strony przepełnionego pęcherza. Postępowanie takie oddaje mu zupełnie dobre usługi.

B. Wojciechowski.

J. Müller. **O znieczuleniu rdzeniowem w położnictwie i ginekologii.** (*Mon. f. Geb. und Gyn.*, T. XXI, Z. 2, 1905). Autor postarał się zebrać cały materyał położniczy i ginekologiczny kliniki w Gryfii, na którym próbowano sposobu Biera: znieczulania rdzenia pacierzowego przez wstrzykiwanie mieszaniny adrenaliny z kokainą lub też tropakokainy. Po dokładnem omówieniu sposobu, w jaki się winno wykonywać znieczulenie rdzeniowe, przechodzi autor do ocenienia jego wyników. Materyał położniczy, na którym się opiera, reprezentuje 41 rodzących, w wieku między 18 a 36 lat, z tego 21 pierwiastek, reszta wieloródki; 32 wstrzykiwano adrenalinę z kokainą (1 sz. ctm. $^1/_2$‰ adrenaliny + 1 sz. ctm. 1% kokainy), 9 natomiast tropakokainę (2 sz. ctm. $2^1/_2$% tropakok). We wszystkich tych przypadkach wśród innych objawów znieczulenia, dało się zauważyć zmniejszenie się bolesności skurczów macicy, jak również zmniejszenie się ich częstości i nasilenia. Równocześnie można było spostrzegać ciekawe działanie znieczulenia rdzeniowego na tłocznię brzuszną, mianowicie z chwilą, kiedy skurcze macicy stawały się bezbolesnymi, rodzące przestawały przeć dobrowolnie, musiały być dopiero do tego nakłaniane, skutkiem czego nierzadko II-gi okres porodowy, zwłaszcza u pierwiastek, znacznie się przeciągał. Na płód sam, czas trwania III-go okresu, zwijanie się macicy połogowej, jak również na wydzielanie się pokarmu, znieczulanie rdzeniowe żadnego wpływu nie wywierało. Co się tyczy działania ubocznego na ustrój matki, to zauważył autor nierzadko w 5—10 minut po wstrzyknięciu adrenaliny z kokainą bardzo obfite pocenie się, nudności, czasem silne wymioty, a po wstrzyknięciu tropakokainy w 2 przypadkach znaczne podwyższenie ciepłoty po porodzie (38·4°), w 4 innych przypadkach bole głowy, utrzymujące się parę dni. Zachodzi teraz pytanie, w jakim czasie należy przystąpić do wykonania znieczulenia rdzeniowego, jeżeli się chce przeprowadzić w temże znieczuleniu II-gi okres porodu dobrowolnego, nieoperacyjnego? Na to odpowiada Müller w ten sposób: Wobec tego, że znieczulenie trwa 1—$1^1/_2$ godziny, należy u pierwiastek wykonać znieczulenie z chwilą, kiedy ujście jest już zupełnie rozwarte. Samo się przez się rozumie, że szemat taki nie zawsze jest trafnym, gdyż czas trwania akcyi porodowej zależy od bardzo wielu innych czynników, które wśród warunków zresztą zupełnie prawidłowych naprzód przewidzieć się nie dają. Co się tyczy przypadków, w którychby można używać znieczulania rdzeniowego, są nimi wszystkie porody operacyjne, a z dobrowolnych te, w których mamy do czynienia ze zbyt silnymi bolami. Zresztą sam autor przyznaje, że dopiero dalsze próby na liczniejszym materyale mogą pouczyć o wartości w położnictwie tej metody znieczulania, tak samo próbowano znieczulenia rdzeniowego przy operacyach ginekologicznych i przekonano się, że w tych przypadkach, w których nie przychodzi do otwarcia otrzewnej i o ile czas trwania zabiegu nie przenosi godziny, można przeprowadzić bez bólu operacyę w temże znieczuleniu aż do końca: w przeciwnym razie trzeba przedłużyć znieczulenie zapomocą chloroformu. Co się tyczy ubocznych i następowych działań adrenaliny z kokainą i tropakokainy, to tu również spostrzegano w paru przypadkach silne bole głowy i wymioty po adrenalinie z kokainą, a znaczne podwyższenie ciepłoty po tropakokainie.

Dr. Cetnarowski.

L. Seitz. **Bujanie komórek luteinowych w torebkach (folikułach) jako zjawisko fizyologiczne w czasie ciąży.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 9). Badając mikroskopowo torbielowato zwyrodniałe jajniki w jednym przypadku zaśniadu groniastego, stwierdził S. za wielu innymi badaczami, że przeważna część torbielków wyścielona jest więcej lub mniej grubą warstwą komórek luteinowych. Od tej pory poświęcił tej sprawie więcej uwagi. Niektórzy badacze wprowadzają zjawisko bujania komórek luteinowych w jakiś związek przyczynowy z powstaniem zaśniadu groniastego lub nabłoniaka kosmkowego. S. nie zgadza się wcale z tem zapatrywaniem, gdyż dalsze badania jego nad 36 jajnikami, uzyskanymi przy operacyach z różnych bardzo wskazań u kobiet w rozmaitych okresach ciąży, wykazały zawsze bujanie komórek luteinowych w różnych stopniach. S. uważa zatem to zjawisko za zupełnie fizyologiczne, za właściwość ciąży jako takiej, bez szczególnej zawisłości od istnienia zaśniadu groniastego lub nabłoniaka kosmkowego. Sprawa ta jest jeszcze mało wyraźna w 6-tym i 7-mym tygodniu, znajduje się w pełnym rozkwicie w III i IV miesiącu ciąży, a jeszcze w połowie ciąży daje się dokładnie spostrzegać. Autor podaje swe uwagi w formie doniesienia tymczasowego, obiecując w obszerniejszej pracy przytoczyć obfity materyał dowodowy i odpowiedzieć na kilka nasuwających się mu pytań.

B. Wojciechowski.

A. v. Valonta. **O pęknięciu macicy.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 9). Na 1350 porodów przypadło 14 przypadków pęknięcia macicy, czyli prawie 1%. Liczba ta świadczy źle o organizacyi służby położnych i o zaufaniu mieszkańców prowincyi do lekarza. Ze wspomnianych 14 przypadków operował V. tylko 8, bądźto dlatego, że chore na operacyę stanowczo nie zezwalały, bądź też, że stan ich nie pozwalał już myśleć o żadnym większym zabiegu. Czem wcześniej po pęknięciu się operuje, tem łopsze wyniki. Zasadniczo jest V. za usunięciem płodu i macicy odrazu od strony pochwy, jeżeli jeszcze z macicy do jamy brzusznej nie wystąpił. Odcięcie macicy nadpochwowe z pozaotrzewnowem zaopatrzeniem kikuta uważa autor za wiele stosowniejszy zabieg, aniżeli wycięcie od strony pochwy, a to zarówno ze względu na wskazany w tych przypadkach pośpiech, jakoteż i dlatego, że zakażenie jamy otrzewnowej już zazwyczaj nastąpiło, że więc zapobieganie mu zapomocą operacyi pochwowej, jak tego chcą niektórzy, staje się bezprzedmiotowem. Wszystkie nieoperowane przypadki autora zakończyły się śmiercią; na 8 operowanych udało się uratować 3. Autor dokonał następujących zabiegów: 5 razy odcięcia nadpochwowego z pozaotrzewnowem zaopatrzeniem kikuta (z tego raz z zeszyciem pęcherza moczowego, 3 razy z założeniem szwu poniżej węza na nizko do tkanki przymacicznej (parametrium) sięgające przedarcie), raz zeszycia przedarcia (z wynikiem śmiertelnym) 2 razy całkowitego wycięcia macicy przez laparotomię.

B. Wojciechowski.

PEDYATRYA. Weigert. **O wpływie odżywiania na chemiczny skład ustroju.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Z doświadczeń, podjętych przez autora na psach, a częściowo i świnkach morskich, a tyczących się wpływu odży-

wienia na zawartość w ustroju wody, tłuszczu, popiołu i azotu wynika, że wahania w zawartości wody pod wpływem odżywienia nie zależą, w przeciwieństwie do twierdzenia Rubnera, jedynie od przybytku lub ubytku tłuszczu, lecz że uzasadnione są różną zawartością wolnej od tłuszczu suchej substancyi. Ze zwierząt, żywionych w różny sposób, zwierzęta, wychowane na pożywieniu bogatem w białko i tłuszcze, okazują najwyższe zawartości wolnej od tłuszczu substancyi suchej, a także najwyższe zawartości azotu i popiołu. Autor wyraża przekonanie, że odporność ustroju stoi w stosunku odwrotnym do jego zawartości wody, że oseski przy piersi odznaczają się wielką odpornością, gdyż otrzymują pokarm z wielką ilością tłuszczu, łatwo dającego się przyswoić. Problemat żywienia sztucznego ma utykać nie w najmniejszej części na tem, że osesek nie jest w stanie tłuszczu mleka krowiego równie dobrze wyzyskać. W jeszcze gorszych warunkach znajdują się dzieci, które wskutek nieznoszenia tego tłuszczu żywimy mączkami dziecięcemi, polewką słodową, lub maślanką. Zatrzymują one wiele wody, co zmniejsza ich odporność i mogą okazywać skutkiem tego przy przejściu do pokarmu bogatszego w białko i tłuszcz nagle i bardzo znaczne spadki ciężaru ciała, zależne głównie od utraty wody, jak to w analogicznych warunkach u psa spostrzegali Bischoff i Voit.

Lewkowicz.

Thiemich. **O pochodzeniu płodowego tłuszczu.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Autorowi udało się przez karmienie suki ciężarnej tłuszczem kokosowym, palminą, poprzednio dłuższy czas głodzonej, zmienić skład tłuszczu u matki i u noworodka. Ten wynik pozwala na wyprowadzenie wniosku, że nowonarodzone zwierzęta otrzymują tłuszcz, nagromadzony podczas życia płodowego, przynajmniej częściowo, z ustroju matki. O ile odbywa się obok tego własne wytwarzanie tłuszczu, z doświadczenia nie da się rozstrzygnąć.

Lewkowicz.

A. Schlossman. **O mleku.** (*Archiv f. Kinderheilkunde*, 1905, T, 40). Dłuższy referat, wygłoszony na Kongresie pedyatrów we Wrocławiu, streszcza autor w następujących głównych punktach na wstępie: 1. Przyczynę wysokiej śmiertelności sztucznie żywionych niemowląt stanowi przedewszystkiem trudność (zachodząca zwłaszcza w wielkich miastach) otrzymania czystego, dobrego i świeżego mleka. 2) Mleko, które ma zasługiwać na nazwę „mleka dla dzieci“, musi być pod względem higienicznym bez zarzutu, t. j. pochodzić od zdrowych krów, otrzymywane być czysto i dochodzić w świeżym stanie do rąk konsumenta. 3. Nie jest wcale zaletą mleka dla dzieci, jeżeli pochodzi od krów, żywionych suchą paszą. Wybór między paszą suchą lub świeżą zależy przedewszystkiem od miejscowych warunków; ogółem biorąc, mleko krów, żywionych sucho, jest dla żywienia oseskówmniej wartościowe, niż mleko krow, pasących się na łące. 4. Co do żywienia krowy, mającej dawać mleko dla dzieci, obowiązuje ta sama zasada, co dla karmiącej niewiasty: każdy pokarm, który dobrze znosi, jest dozwolony; wzbronionem jest to, co powoduje niestrawność. 5. Koszt wzorowego mleka dla dzieci jest obecnie tak znaczny, iż bez przedsięwzięcia specyalnych środków zaradczych byłoby ono dla większej części ludności niedostępne. 6. Jeżeli państwo i gminy chcą dążyć poważnie do zmniejszenia śmiertelności niemowląt, musi być zaprowadzona odpowiednia organizacya, dotycząca dostarczania publiczności mleka dla dzieci. 7. Organizacya ta winna być opartą na zasadzie wzajemnej pomocy społecznej, a nie dobroczynności. 8. Dostarczanie mleka dla dzieci winno odbywać się za pośrednictwem specyalnych zakładów, opartych na następującej zasadzie: *a*) Specyalnie wykształceni lekarze w oznaczonych godzinach udzielają matkom wskazówek z zakresu żywienia dziecka i oznaczają indywidualnie dla każdego dziecka ilość i skład pożywienia. *b*) Rozdzielanie mleka dla dzieci odbywa się w pojedynczych dawkach, stanowiących jednorazowy posiłek dziecka. *c*) Wogóle mleko powinno być dostarczane do domu. *d*) Sporządzanie i rozcieńczenie należy uskutecznić w zakładzie. 9. Koszta takich zakładów winny być rozdzielone w ten sposób, że zamożni płacą więcej, ubożsi mniej, za najuboższych płaci gmina. 10. Wszystkie trwałe preparaty mleczne zasługują zasadniczo na potępienie. Mleko dla dzieci winno być spożyte najpóźniej w 30 godzin po wydojeniu. Jedynym dozwolnym sposobem zabezpieczania mleka na przeciąg 30 godzin jest przechowywanie go w zimnie i ogrzewanie (gotowanie w pojedynczych porcyach sposobem Soxhleta). Im mniej zarodków do mleka się dostanie, tem łatwiej szem jest przechowywanie tego płynu. Aseptyka lepszą jest tutaj, niż antyseptyka. Podawanie surowego mleka powinno się brać pod uwagę, jako ideał sztucznego żywienia. 12. Chemicznych środków zachowywania mleka, któreby były równocześnie skuteczne a nieszkodliwe, w dzisiejszym stanie wiedzy nie znamy. Sposób, zalecany przez Behringa, aby dodawać do mleka formaliny, jest wprost szkodliwy i zasługuje na potępienie.

Żeleński.

Quest. **O zawartości wapna w mózgu oseska i jej znaczeniu.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Badania Sabbataniego i jego uczniów wykazały, że zmniejszenie zawartości wapna (przez zadziałanie rozczynami strącającymi wapno, n. p. cytrynianami, szczawianami) w korze mózgowej podnosi jej pobudliwość aż do powstania drgawek padaczkowatych, a przeciwnie — podniesienie zawartości wapna obniża pobudliwość. To było punktem wyjścia dla badań autora. Wynika z nich, że zawartość wapna w mózgu noworodków jest stosunkowo wysoką i obniża się następnie stopniowo w pierwszych miesiącach życia szybko, potem wolniej. Z badań kilka przypadków z objawami tężyczkowymi, zakończonych śmiercią wśród drgawek, wynikałoby, że mózgi dzieci tych zawierają w stosunku do mózgów dzieci, wolnych od tężyczki, rażąco mało wapna.

Lewkowicz.

MEDYCYNA SĄDOWA. Dr. Wild. **Uraz, a jamistość rdzenia** (*syringomyelia*). (*Ärztliche Sachverst. Zeitung*, Nr. 2, 1905). Z dotychczasowych zapatrywań autorów wynika, iż jakkolwiek uraz bezpośrednio jamistości rdzenia wywołać nie może, to jednak jest w stanie sprowadzić znaczne pogorszenie sprawy chorobowej; tego zaś rodzaju następstwa urazu uprawniają w myśl ustawy o zabezpieczeniu od wypadku do żądań o odszkodowanie. Wild podaje dwa przypadki, w których uraz ujawnił sprawę chorobową i w myśl orzeczenia autora przyśpieszył jej przebieg. W obu działał uraz na okolicę kręgosłupa, a był następstwem upadku z wysokości na twardą podstawę. W jednym przypadku przyznana renta wynosiła 60%, w drugim uznano badanego za zupełnie niezdolnego do pracy zawodowej. Zdaniem autora należy w każdym przypadku, w którym uraz mógł zadziałać szkodliwie na rdzeń, podjąć dokładne badanie układu nerwowego; uda się w takich przypadkach wykazać zaniki mięśniowe, zaburzenia w czuciu, przedewszystkiem bólu i temperatury, skrzywienie kręgosłupa, wzmożenie odruchów kolanowych, zaburzenia odżywczo, skóry i stawów. — w takim razie uzasadnionem jest przypuszczenie istnienia jamistości rdzenia. Dalszy przebieg wykaże, czy uraz wywołał pogorszenie stanu chorobowego.

H.

Grigorjew. **O niszczeniu substancyi organicznych przy rozbiorach sądowo-chemicznych.** (*Vjschr. f. g. M.*, T. XXIX, Z. 1, 1905). Autor poleca dla niszczenia substancyi organicznych przy rozbiorach chemicznych obok metody Fresceninsa i Babo metodę przez siebie wypróbowaną, polegającą na użyciu zgęszczonego kwasu siarkowego i 10—30% dymiącego kwasu azotowego.

H.

Borntraeger i Berg. **Rozpoznanie śmierci ze skrwawienia na mocy obrazu sekcyjnego.** (*Vjschr. f. ger. Med.*, T. XXVII, Z. 1, 1905). Na mocy 50 sekcyi osób, zmarłych skutkiem skrwawienia, dochodzą autorowie odnośnie do cech rozpoznawczych tego rodzaju śmierci do następujących wniosków: 1) przy śmierci ze skrwawienia rzadko tylko spotyka się zupełny brak plam pośmiertnych; 2) żyły są przeważnie próżne, wyjątek stanowią naczynia żylne opon miękkich; autorowie znaleźli je próżnemi tylko w 6% przypadków; w 10% były silnie krwią wypełnione; w 84% wypełnienie było miernego stopnia; 3) jako stały objaw śmierci ze skrwawienia stwierdzili autorowie zupełny brak krwi w jamach serca, bladość miąższu śledziony i wątroby; 4) natomiast barwa płuc i nerek, tak na powierzchni, jak i na przekroju bywa tak niestałą, że zabarwienie mniej lub więcej czerwono miąższu tych narządów nie przemawia przeciwko śmierci ze skrwawienia; 5) przy skrwawieniu się do jam ciała spotykano w nich przeciętnie 1800 sz. ctm. krwi; utrata więc tej ilości krwi może śmierć sprowadzić; ilość wynaczynionej krwi waha się między 1500 a 3000 sz. ctm., obie jednak granice są rzadkie: 6) u położnic zmarłych skutkiem skrwawienia spostrzega się zazwyczaj znaczniejszego stopnia niedokrewność, a to z powodu wolniejszego przebiegu skrwawienia; natomiast brak wyraźniejszej niedokrewności poszczególnych narządów, stanowczo rozpoznanie śmierci ze skrwawienia w tych przypadkach może nastąpić po wykluczeniu drgawek porodowych, zatorów tętnicy płucnej, zatorów powietrznych i t. d.; 7) rozpoznanie śmierci ze skrwawienia na mocy obrazu sekcyjnego, nawet świeżych zwłok, może być trudnem: nie należy jednak, jako konieczną cechę rozpoznawczą, uważać zupełny brak krwi w ustroju, a pamiętać o tem należy w tych przypadkach śmierci w połogu, w których nie stwierdza się innej przyczyny śmierci.

H.

LARYNGOLOGIA. Starck. **Wyjęcie ciał obcych w ezofagoskopie.** (*Münchener med. Woch.*, 1905, Nr. 9). Autor dopatruje w ezofagoskopie metodę, która z jednej strony pod względem dyagnostycznym przewyższa wszystkie inne, z drugiej zaś daje nam możność wydobywania ciał obcych w sposób łatwy i bezkrwawy. Tak badanie sondą, jak i promieniami Roentgena, jest niepewne; badanie sondą i to miękką poleca i teraz Starck, ale tylko w celu oznaczenia miejsca usadowienia ciała obcego. Ezofagoskopów używa

autor różnych, tak co do szerokości, jak i długości; wprowadza je albo na odpowiednim mandrynie, lub też wprost na twardej sondzie przełykowej. Autor wydobył cztery ciała w ezofagoskopie, a mianowicie: trzy razy kość, raz pieniądz dwufenigowy u dziecka $3\frac{1}{2}$-letniego. Jedna z kości była $4\frac{1}{2}$ cm. długą, $2\frac{1}{4}$ cm. szeroką, $1\frac{1}{2}$ cm. grubą. Jest on stanowczym przeciwnikiem wydobywania ciał obcych przez usta na ślepo. Stanowisko swoje tak co do dyagnozy, jak i leczenia ciał obcych w przełyku wyraża Stark w następujących 6 zdaniach: 1) Najpewniejszym środkiem do rozpoznania uwięzniętego ciała obcego w przełyku jest ezofagoskopia; pomocniczym jest prześwietlenie metodą Roentgena i sondowanie zgłębnikiem uchyłkowym lub grubą miękką sondą przełykową. 2) Oryentacya co do topograficznego położenia ciała jest tylko możliwą w ezafagoskopie. 3) Ezofagoskopia powinna być dokonana w każdym przypadku i o ile możności jak najwcześniej. 4) Wydobycie ciała obcego z jakiejkolwiek głębokości jest przy pomocy ezofagoskopu metodą najłagodniejszą i najpewniejszą. 5) Należy unikać forsownego sondowania i spychania ciał obcych do żołądka. 6) W razie niemożności wydobycia ciała obcego w ezofagoskopie, należy przy ciałach wysoko usadowionych wykonać ezofagotomię, przy nizko-gastrotomię. Zupełnie tosamo stanowisko zajmuje Reitzenstein w artykule, umieszczonym w tymże samym numerze. Przedstawia on 6 przypadków wydobycia ciał obcych w ezofagoskopie, z tego 2 kości, 2 wielkie płyty z zębami, raz dwa kawałki chrząstki, w jednym wreszcie przypadku wydobył z uchyłku zwiniętą, 4 ctm. długą skórkę gęsią. Wreszcie Franck opisuje przypadek, który obserwował jako lekarz okrętowy: na pełnem morzu zachłysnął się maszynista kawałkiem mięsa, poczem wystąpiła zaraz duszność, uczucie ucisku, niemożność połykania, trzeciego zaś dnia znaczna gorączka i osłabienie. Wobec braku wszelkich przyrządów na okręcie, — jedynym była sonda, — gdy atoli chory nie pozwolił sobie jej wprowadzić, wpadł Franck na następujący pomysł: rozpuścił on dwa proszki musujące w wodzie, dał je choremu szybko do wypicia, poczem miał chory wstrzymać oddech, zamykając usta i nos. Sposób ten doprowadził do celu, ciało uwięznięte wpadło do żołądka. Proszek wywołując rozdęcie przełyku, zadziałał podobnie, jak sonda. *Dr. Nowotny.*

Harmer. **Przyczynek do ezofagoskopii dobrotliwych guzów przełyku.** (*Wiener klin. Rundschau*, 1905, Nr. 3). Chora 53-letnia zauważyła już przed 4-ma latami trudność połykania większych kawałków. Obecnie zgłosiła się z tem, iż w gardle utkwił jej kawałek mięsa. Badanie sondą przełykową Nr. XX wykazuje w górnej części przełyku zaraz poniżej chrząstki obrączkowej opór nieznaczny, poza tem przełyk zupełnie wolny. Ezofagoskop natrafia w temże samem miejscu na opór; po usunięciu dość znacznej ilości krwi wacikami widać na lewej ścianie przełyku guz wielkości wiśni, o powierzchni zupełnie gładkiej, przeświecającej; guz ten siedzi na szypule około $1\frac{1}{2}$ ctm. długiej. Z powodu znacznego krwawienia przerwano ezofagoskopię. Drugą ezofagoskopię wykonano w dwa dni po tem i stwierdzono ten sam obraz. Chorej doradzono wyjęcie guza pętlą; z powodu atoli znacznych bólów przy połykaniu przystąpiono do tego dopiero w 16 dni po drugiej ezofagoskopii; guza atoli już nie znaleziono, prawdopodobnie skutkiem sondowania i wprowadzania ezofagoskopu szypułka uległa martwicy, a guz sam wpadł do żołądka. Sądząc z wejrzenia guza, autor rozpoznał włókniaka. Jest to dopiero drugi przypadek rozpoznania nowotworu dobrotliwego w ezafagoskopie; pierwszy opisał v. Hacker. *Dr. Nowotny.*

Löhnberg. **Dalsze przyczynki do suchot krtani ciężarnych i do sprawy sztucznego poronienia.** (*Münchener med. Wochs.*, 1905, Nr. 7). Według Sokołowskiego przerwanie ciąży jest wskazane: 1) w lekkich przypadkach gruźlicy krtani; wykluczono więc są przypadki, które nawet bez obecności ciąży uchodziłyby za ciężkie; dalej wskazane jest poronienie w przypadkach, gdzie pogorszenie stanu płuc i krtani można kłaść tylko na karb ciąży; 2) przerwanie ciąży wskazane jest tylko w pierwszych jej miesiącach, w późniejszych przeciwwskazane. Autor zastanawia się nad tą kwestyą sporną tak z punktu prawa, jak i etyki. Żeby uczynić zadość pierwszemu punktowi, żąda autor dostarczenia dowodu, iż sztuczne przerwanie ciąży wpływa przynajmniej na polepszenie sprawy chorobowej; z jednej więc strony muszą się zmniejszyć dolegliwości choroby, z drugiej przedłużenie życia. Statystyka jednak obecna wykazuje, iż nietylko niema polepszenia, ale często nawet pogorszenie stanu tak krtani, jak i płuc. Z punktu etycznego występuje stanowczo przeciw poronieniu. Przypadek, na którym opiera swe wnioski, jest następujący: Kobieta 36-letnia, która rodziła już 4-krotnie, zgłasza się d. 11/V 1903. Badanie wykazało ciążę 3-miesięczną, naciek gruźliczy płatu górnego i średniego płuca prawego; po stronie lewej rzężenia. Oba więzadła prawdziwe nacieklé, na prawem owrzodzenie. Stan bezgorączkowy. 18/V poronienie, 5/VIII śmierć. Po poronieniu nie spostrzegano chwilowej poprawy; przeciwnie, wystąpiła gorączka, dochodząca przez parę tygodni do 39°; stan zaś krtani okazywał znaczne pogorszenie, do zmian bowiem na więzadłach przyłączyło się ropne zapalenie ochrzęstnej nagłośni i chrząstki obrączkowej, z ropną wydzieliną. Tak z przypadku tego, jak i z opisanych przez Sokołowskiego, Veisa i Godskesena, wnosi autor, iż ustrój ciężarnych, cierpiących na gruźlicę krtani, odpowiada łatwo na poronienie wysokiem podniesieniem ciepłoty ciała i to tem łatwiej, im wcześniej zabiegu tego dokonano. Autor zajmuje stanowisko przeciwne poronieniu. *Dr. Nowotny.*

Kunwald. **Leczenie gruźlicy krtani światłem słonecznem.** (*Münchener med. Wochs.*, 1905, Nr. 2). Metoda ta jest pomysłem Sorg'i, lekarza naczelnego w Alland. Technika jej jest następująca: przed ustami chorego stawia się zwierciadło płaskie, którego ustawienie można zmieniać. Chory siedzi zwrócony plecami do słońca tak, że odbite promienie słoneczne padają do ust. Jeśli teraz chory wyciągnie język i wprowadzi lusterko krtaniowe do ust, jak to się dzieje przy laryngoskopii, to wnętrze krtani zostaje oświetlone promieniami słonecznymi. Jest to zasadą autoskopii. Najstosowniejszą porą do naświetlania są wczesne godziny poranne i późne popołudniowe, a to z trzech przyczyn: 1) Chorzy nie znieśliby żaru słonecznego w południe; 2) autoskopia jest tem trudniejszą, im więcej słońce zbliża się do zenitu, a tem łatwiejszą, im promienie słoneczne padają skośniej; 3) szkodliwe działanie promieni cieplnych zmniejsza się tem więcej, im dalej oddalamy się od południa. Powodem zaś niekorzystnego działania promieni cieplnych jest to, że pod wpływem ciepła powstaje rozszerzenie naczyń, które z jednej strony działa niekorzystnie na sprawę zapalną, z drugiej skutkiem pochłaniania promieni ultrafioletowych ze strony krwi, osłabia się działalność promieni słonecznych. Długość trwania naświetlania waha się od 5 minut do godziny. Wyniki leczenia tego mają być dobre. I tak zauważono, że postacie guzowate zmian łatwiej ustępują, niż nacieki rozlane; powodem tego jest prawdopodobnie silniejsze unaczynienie postaci drugiej; dalej, że zmiany w częściach tylnych krtani, a więc tam, gdzie łatwiej światło dochodzi, szybciej ustępują, niż zmiany z przodu krtani; wreszcie, że równoczesne leczenie wstrzykiwaniami tuberkuliny przyspiesza leczenie. Autor kładzie także nacisk na kojące działanie tej metody na chorych, którzy sami codziennie badając sobie krtań, widzą postępy leczenia. Leczenie to odbywać się oczywiście może tylko w dniach słonecznych; przerwy, nie licząc zimy, muszą być czasem stosunkowo długie. Co się tyczy długości leczenia, to najdłuższy czas naświetlania wynosił 44, najkrótszy 6 godzin. *Dr. Nowotny.*

* * *

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Typhus-diagnosticum Fickera wypróbowali w ostatnich czasach Martineck (*Deutsche milit. Zeitschrift* 1904, 10), Walter (*Deutsche med. Wochs.* 1904, 33) i Curtius (*Zeitschr. für Mediz.-Beamte* 1904, Z. 17) i podnoszą zgodnie, jako zalety tego sposobu: jednolitość badania, łatwość i bezpieczeństwo (hodowla jest martwa!) zabiegu, niedwuznaczność wyników. Martineck podaje uproszczone instrumentaryum, które może przyczynić się do rozpowszechnienia się tego sposobu rozpoznawczego wśród szerszych kół lekarskich. Flatau i Wilke (*Münchener med. Wochs.*, 1905, 3) na podstawie badań u zdrowych i chorych w 28 przyp. uznają, że sposób Fickera wprawdzie zastępuje zupełnie użycie żywej hodowli, ale też nie przewyższa sposobu Widala. Diagnosticum Fickera utrzymuje się miesiącami bez zmiany. (Por. zresztą prace Eljasza-Radzikowskiego i Habichta w „Przegl. lek.“, 1904). *M.*

Novargan, żółty proszek, rozpuszczający się barwą brunatną (do 50 prc.) w wodzie, jest lekiem, którego użył naprzód Lucke (*Monats. f. Harnk.* 1904, 9) w 15 prc. roczynie do poronnego leczenia rzeżączki zamiast protargolu. Lek ten zawiera w silnym organicznym związku 70 prc. Ag., którego inne leki zawierają bądź mniej (protargol 8 prc., argonina 4,2 prc., argentamin 5,35 prc.), bądź w połączeniu niestałem (albargina 14 prc. Ag., łatwo się jednak strącającego już pod działaniem NaCl). Słabe roczyny novarganu sporządza się, nasypując go na powierzchnię zimnej wody, silniejsze (10—25 prc.), zarabiając go wodą na papkę, którą się potem stosownie rozcieńcza. Roczynów novarganu nie można ogrzewać, ani narażać na światło (ciemne flaszki!). Oddziaływają one obojętnie lub słabo alkalicznie. Zaletą novarganu jest (dzięki większej zawartości Ag) silniejsze działanie bakteryobójcze i znaczna rozpuszczalność. Próby, wykonane na oku królika przez Hoesslego i Graesera (*Dts. Mediz. Ztg.* 1905, 8) dowiodły, że novargan działa mniej drażniąco, niż protargol. *H.*

Styptol jest połączeniem kwasu ftalowego z kotarniną, a używa się przeciw **krwotokom**. Przedewszystkiem używano go przeciw krwotokom **macicznym**; pierwsze próby w tym względzie wykonano w klinice Abla, szukając środka, któryby zastąpił dotychczasowe leki (sporysz, ergotynę, gorzknik), działające niepewnie i wywołujące niekiedy niemiłe następstwa. Styptycynę ma przewyższać styptol tem, że zawiera dwa składniki, działające przeciwkrwotocznie, gdyż składnikiem takim jest także i kwas ftalowy. Meyer (*Allg. med. Ctr. Ztg.* 1904, 49) użył styptolu ze skutkiem w 23 rozmaitych przypadkach (7 krwotoków miesiączkowych, 3 poronienia, 3 krwotoki połogowe, 7 nowotworów i t. d.), podając dziennie 3—5 kołaczyków po 0.05. Weissbart (*Heilkunde* 1904, 9) podaje, że styptol nigdy go nie zawiódł w krwotokach okresu przekwitania, w tak zwanych krwotokach zwrotnych (przy mięśniakach i guzach przydatków) i w krwotokach po wyskrobaniu. W 3 przypadkach krwotoków poporodowych wynik był dobry. Działanie styptolu i styptycyny jest zdaniem W. równe, jednakże styptol jest tańszy. W 2 przypadkach użył W. styptolu do miejscowego tamowania krwotoku ze skutkiem. W jednym przypadku krwawiączki (*haemophilia*) styptol, zastosowany miejscowo, skutkował; w drugim nie. Działania kojącego, spostrzeganego przez Katza, Elischera i t. d. w *dysmennorrhoea*, W. nie dostrzegał. Berg wreszcie (*Ctbl. f. Harn. u. Sex.* 1905, 1) użył styptolu w praktyce **urologicznej**, wychodząc z zasady, że krwotoki w zakresie narządów moczowych mogą, nieleczone, doprowadzić do groźnej niedokrwistości, a nawet drobne krwotoki mogą być znaczną przeszkodą przy wziernikowaniu pęcherza. B. uzyskał dobre wyniki, podając przez 2 dni po 3 do 4 kołaczyków po 0,05, w 3 przypadkach *urethrotomia interna* u krwawców, w 2 przyp. litotrypsyi i w rozmaitych krwotokach pęcherzowych. Rohrbach (*Zahnärztl. Reform.* 1905, 2) zastosował styptol do tamowania uporczywych krwotoków w praktyce dentystycznej — jako 30 prc. watę styptolową lub w postaci proszku. Osobnemi próbami stwierdził R. działanie przeciwkrwotoczne kwasu ftalowego, jednego z dwóch skutecznych składników styptolu. *L.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 17 marca 1905 r.

Obecnych członków 60. Przewodniczy: kol. Wechsler.

Prezes przedstawia jako gościa Dr. Buraczyńskiego, lekarza sztabowego.

I. Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Na członków przyjęto Dr. Sznajdra Natana i Zelcera Mojżesza.

III. Kol. Świątkiewicz przedstawia chorego z nabłoniakiem na górnej części policzka. Sprawa przedstawia się jako blizna, na której obwodzie widać drobne nadżerki, a wokoło półkoliste nacieki niezbyt zbite. Gdy podobny przypadek przedstawiał niedawno, spotkał się z uwagą, że badanie mikroskopowe rozstrzyga o rozpoznaniu; otóż badanie, zrobione na drugi dzień, potwierdziło rozpoznanie.

Kol. prof. Łukasiewicz zaznacza względną częstość przypadków nabłoniaka płaskiego, spotykanych w klinice chorób skórnych. Sprawa ta może trwać nawet dwadzieścia kilka lat bez znaczniejszych zaburzeń dla ustroju; może jednak każdej chwili przybrać charakter złośliwy. Zmiany na skórze, jakie tu widzimy, dają tak charakterystyczny obraz, że nie potrzeba w badaniu mikroskopowem szukać rozstrzygającego czynnika.

IV. Kol. Fajersztajn przedstawia przypadek *idiotismus famil. amaurot.* (Tay-Sachs). Choroba to znana od lat kilkunastu, występuje rodzinnie, wyłącznie u dzieci żydowskich i to ze sfer najuboższych; nie jest, zdaje się, wrodzoną, tylko rozwija się z czasem, pociąga za sobą porażenia, oślepnięcie, przeczulicę słuchu i daje na dnie oka zmiany takie, jakich nigdzie indziej niema. Te są: w okolicy plamki żółtej biała lśniąca plama, w niej czerwony punkt, obraz podobny do zatoru tętnicy środkowej siatkówki, tylko tem się różniący, że jest trwały. Później występuje zanik. Dzieci takie rozwijają się prawidłowo mniej więcej do piątego miesiąca, potem niedołężnieją, ślepną, występuje charłactwo, często drgawki i śmierć w drugim lub trzecim roku życia.

Kol. prof. Gluziński zapytuje, czy nie zwrócono uwagi w opisanych przypadkach, jak się odbywał poród i czy są znane wyniki sekcyjne.

Kol. Fajersztajn nie spotykał się z tą kwestyą w literaturze. Co się tyczy tego dziecka, to przyszło na świat łatwo i trochę wcześniej. Sekcyj znanych jest dziewięć, choć niedokładne. Sprawa jest połączona z głębokiemi zmianami degeneracyjnemi w korze mózgowej, mianowicie w komórkach piramidalnych. Kwestyą jest, czy choroba rozwija się w mózgu zdrowym, czy też od urodzenia nieprawidłowym. Brak jakichkolwiek grubszych zmian anatomicznych przemawia za przypuszczeniem pierwszem. W rozpoznaniu liczyć się trzeba z chorobą Litla i paraplegiami różnego pochodzenia. Rozstrzyga obraz dna oka.

Kol. Dr. Bednarski potwierdza znaczenie obrazu wziernikowego. Obraz jest tak charakterystyczny, że z żadnym innym pomieszać się nie da. Przypomina on trochę zator tętnicy środkowej siatkówki, a różni się tem, że odgraniczenie brzegów jest bardzo ścisłe, następnie zabarwienie wpada więcej w kolor niebieskawy, ścięgnisty.

V. W dyskusyi nad odczytem doc. Biernackiego z 17/3 b. r. „O pojęciu niedokrwistości z punktu widzenia klinicznego“ zabiera głos kol. prof. Gluziński i omawia pojedyncze wnioski, do jakich doszedł doc. Biernacki. Przedewszystkiem nie zgadza się z tem stanowiskiem, aby jedynie oznaczenie ilości wody we krwi stawiać za podstawę pojęcia klinicznego „niedokrewności“, gdyż dotychczasowe sposoby dla praktycznych celów wystarczają zupełnie. Nie przeczy, że przyrząd Fleischla posiada swe strony ujemne, zmniejszają się one jednak znacznie, jeżeli bada ta sama osoba i tym samym przyrządem. Gdyby sprawa tak stała, że tylko przez oznaczenie ilości wody we krwi możnaby rozpoznać stan zwany »niedokrewnością«, to dla lekarza praktycznego powstałaby nieprzezwyciężona trudność, boć trudno mu posiadać tak drogie przyrządy i władać nimi, jak jest waga precyzyjna i znaleźć tyle spokojnego czasu. Na szczęście tak nie jest. Dotychczasowe sposoby badania, oznaczenie ilości hemoglobiny i ilości ciałek czerwonych obok mikroskopowego obrazu pozostają w swej mocy i po największej części wystarczają. W klinice lekarskiej od dwóch lat przeprowadza się w każdym przypadku oznaczenie, w jakim stosunku stoją do siebie zawartość wody, a ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny. I pokazuje się, że krzywe, przedstawiające wartości tych składników, idą prawie zupełnie zgodnie, że z dwu pierwszych można wnioskować o trzeciej. I jest to zresztą logiczne: jeżeli ubywa jeden składnik krwi, a niema być zmniejszenia całości, w miejsce jego musi wstąpić woda i powstaje wodnistość krwi (*hydraemia*).

Krzywe powyższe idą, jak powiedziano, prawie zupełnie równolegle, bo są nieliczne przypadki, w których ilość Hgl. nie zgadza się z ilością wody. I dlatego oznaczanie wody jest sposobem bardzo rozjaśniającym pojęcie niedokrewności i w klinice powinno być przeprowadzanem; dla przeciętnego badania dotychczasowe sposoby są wystarczające.

Co do twierdzenia doc. Biernackiego, że się w 60% przypadków rozpoznaje niedokrewność tam, gdzie jej niema i bierze ją za przyczynę wielu zaburzeń w ustroju, sądzi prof. Gluziński przeciwnie, że to się dzieje bardzo rzadko. Przez siedem lat istnienia kliniki lekarskiej nie było i dziesięciu przypadków, w którychby rozpoznano niedokrewność jako przyczynę sprawy chorobowej. Stąd też i zapisywanie n. p. żelaza należy w klinice do rzadszych ordynacyi. Zresztą szuka się zawsze przyczyny somatycznej, a kto inaczej postępuje, wpada w szablon i błądzi. Jestto wtedy jednak błąd postępowania, a nie nauki.

Różnicę bladości skóry u nerwowych, a u niedokrewnych, ocenić nie jest rzeczą łatwą; przez wprawę do tego się dochodzi. We wszystkich przypadkach nerwowych, które przeszły przez klinikę, wyrażone jest w opisie choroby: »chory wygląda blado«, lub: »wargi blade«, lub: »bladoróżowe«, a nigdzie w rozpoznaniu niema dodane: *„anaemia“* i badanie krwi dotychczasowymi sposobami też jej nie wykazało. Wreszcie podnosi prof. Gluziński, że takiej poliglobulii, jak ją podawali w nerwicach doc. Biernacki i Luksemburg, w swoich przypadkach nigdy nie stwierdził i dlatego sądzi, że ilość ciałek ponad 6,000.000 chyba nie może być tak częsta, jakby to z tamtej statystyki wynikało. Reasumując, dochodzi do wniosku, że jakkolwiek oznaczenie ilości zawartości wody we krwi daje cenne wskazówki przy klinicznem badaniu krwi, to jednak, gdyby mu ktoś dał do wyboru przy badaniu, albo sposób oznaczania ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny i mikroskopowy obraz, albo też sposób oznaczenia ilości wody, to wybrałby dotychczasowy sposób badania, a to tem bardziej, że pozwala on jednocześnie oryentować się co do typu „niedokrewności“.

Kol. Moraczewski podnosi, że oznaczanie wody we krwi, a więc metoda wagowa, jest jedynie metodą ścisłą, naukową. Me-

toda kolorometryczna jest nieścisłą, gdyż rozcieńczenie nie idzie w żadnym stosunku do ilości barwika. Zapewne, że takie badanie trudno jest przeprowadzić prywatnie, ale na to są instytuty, które w tem mogą pomódz i wymagania nauki nie mogą się liczyć z takiemi trudnościami. Praca doc. Biernackiego jest płodna w wiele nowych myśli. Krew w rzadkich przypadkach może być stale zagęszczoną, jak n. p. w drugim okresie suchot; możliwe, że dzieje się to i w neurastenii. Na to zgęszczenie nie wpływa ani białko, ani hemoglobina, bo te mają małe ciśnienie, tylko sole. Prócz soli wchodzi tu w grę i CO_2, który działa, jak inny jon, a gdzie mniej jonów solnych i gazowych, tam więcej wody.

Kol. Biernacki: prof. Gluziński słusznie podniósł kwestyę metodyki, ponieważ jest to istotnie kamień, o który opiera się rozpoznawanie niedokrwistości rzekomej w przeciwstawieniu do prawdziwej. Od wielu lat jednakże przesądzoną jest dla mnie sprawa badania hemoglobinometrycznego krwi i ktokolwiek zechciał bliżej wglądnąć w dowody, przytoczone przezemnie jeszcze w pierwszej mej pracy o krwi, dla tego, jak n. p. dla E. Grawitza, bezwartościowość badania hemoglobinometrycznego jest równie oczywistą, jak dla mnie. Nie chodzi tu bynajmniej o to, iż hemoglobinometry nie mogą ściśle wykazywać zawartości barwika, bo z punktu widzenia praktycznego czy określimy procent pół mniej czy więcej hemoglobiny, jest to bez znaczenia; zresztą w pewnych przypadkach hemoglobinometry mogą nawet wykazać dość ściśle zawartość Hgb. Ale w hemoglobinometrach określanie ilości hemoglobiny opiera się na zasadzie, iż krew zawiera tem mniej barwika, im jest bledsza: i oto niechaj krew stanie się z jakichkolwiek powodów jaśniejszą, niż należy, to hemoglobinometr wykaże zubożenie krwi w barwik nawet przy zupełnie prawidłowej jego odsetce we krwi, czyli że lekarz rozpozna niedokrewność, choć jej niema. Dlatego to pozwoliłem sobie przed 5 laty wypowiedzieć pozorną „herezyę“, iż hemoglobinometrya nie ma żadnego znaczenia dla lekarza praktycznego. Istotnie, kiedy dawniej badano krew bladych neurasteników i histeryków hemoglobinometrami, znajdowano śród nich aż 70% niedokrwistych, kiedy tymczasem po ścisłych określeniach zawartości wody we krwi przez Luksemburga bladzi neuropaci okazali z reguły tylko niedokrewność rzekomą. Zanim dokonano tych badań, oparłem się nawet w jednej pracy na istnieniu niedokrwistości, jako „bardzo częstem“ u neuropatów i później, na podstawie badań Luksemburga i własnych, musiałem to odwoływać. Innemi słowy hemoglobinometrya potwierdza tylko te błędne wnioski co do istnienia niedokrewności, do jakich doprowadza lekarza praktyka tak blada barwa skóry i błon śluzowych u neuropatów i innego rodzaju chorych; dopiero jedynie określenie zawartości wody we krwi rozstrzyga o prawdziwem rozpoznaniu. Że badanie tego rodzaju nie jest rzeczą zupełnie prostą i wymaga wagi chemicznej, na to trudna rada; niestety, przy coraz większem różniczkowaniu medycyny okazuje się coraz częściej nawet w zwykłej codziennej praktyce potrzeba bardziej złożonych i kosztownych metod badania i przyrządów, czego przykładem choćby prześwietlania Röntgenowskie. A że w klinice prof. Gluzińskiego nie rozpoznaje się łatwo niedokrewności u neuropatów, czy gdziemdziej, to niewątpliwie jest to fakt bardzo pocieszający; przypuszczam jednak, że tylokrotne zwracania uwagi przezemnie za niedokrewnosé pozorną, mogły już dojść nie tą, to inną drogą, do uszów niektórych lekarzy i są oni obecnie ostrożniejsi w rozpoznawaniu niedokrewności, niż byli poprzednio. Bynajmniej nie zarzuciłem liczenia ciałek czerwonych przy badaniu krwi, przeciwnie, liczę je w każdym przypadku. W żadnym razie nie można się jednak zgodzić na twierdzenie prof. Gluzińskiego, że liczenie ciałek jest ważniejszem i że można się przy niem obejść bez określenia zawartości wody we krwi. Przecież w wielu przypadkach błednicy czy niedokrewności gruźliczej liczba ciałek pozostaje prawidłowa i ograniczając się tylko tą metodą badania, możnaby zapoznać niedokrewność tam, gdzie ona istnieje. Dopiero badanie zawartości wody wykazuje w tego rodzaju przypadkach zmiany niedokrewnościowe we krwi. Że bladość skóry i błon śluzowych może powstać od zwężenia naczyń obwodowych, to sam podniosłem; w innych przypadkach ma tutaj znaczenie najważniejsze osobliwa jasność krwi nawet mimo obecności zagęszczenia krwi w pewnym stopniu. Bladość europejczyków w klimacie gorącym jest prawidłowo tylko wyrazem niedokrwistości rzekomej, i toż jeszcze przed 50 laty słynny odkrywca prawa zachowania energii Robert Meyer zwrócił uwagę na jasność krwi żylnej w krajach gorących i sprowadził on je na zmniejszone utlenianie wskutek wysokiej ciepłoty zewnętrznej, względnie na obfitszą ilość tlenu w krwi żylnej, niż bywa prawidłowo. Prawdopodobnie od tego zależy i jakość krwi żylnej u niektórych bladych neuropatów, będąc jednocześnie wyrazem zaburzonego utleniania w ustroju.

Fakt istnienia hiperglobulii u wielu neuropatów jest ustalony, nawet znaleźć można liczbowe dane w tym kierunku u innych autorów, jak wspomniałem w odczycie; jeżeli zaś prof. Gluziński dotychczas nie stwierdził jej w stopniu wyższym, to mniemam, iż wprost posiada zbyt małe szeregi określeń liczby ciałek w stanach nerwicowych. I ze mną zdarzało się, iż u 10 wcześniej badanych neuropatów nie znajdowałem wzmożenia liczby ciałek czerwonych, a u 10 następnych znajdowałem w stopniu wysokim.

Uwaga kol. Moraczewskiego co do możliwości zmian ilości soli we krwi neuropatów rzuca niewątpliwie nową myśl i nowe światło, czyni zarazem zrozumiałem istnienie jasności krwi u pewnych neuropatów i dyabetyków *(autoreferat)*.

Kol. prof. Gluziński stwierdza raz jeszcze, że co innego jest badanie naukowe, a co innego praktyczne: to ostatnie musi pozostać przy swoich prawach. Oświadcza, że stoi na tem stanowisku, iż należy zawsze szukać przyczyny i ją leczyć; inne stanowisko uważa za błędne. Co do kwestyi niezwykłej jasności krwi, przyznaje, że zdarzają się takie przypadki; są one jednak bardzo nieliczne, więc i praktycznej doniosłości wielkiej mieć nie mogą; co się zaś tyczy zagęszczenia krwi, to dopiero przyszłe badania mogą wyjaśnić tę sprawę.

VI. Kol. Leszczyński mówi: „O najnowszych przetworach przeciwrzeżączkowych i ich działaniu“. (Przeznaczone do druku).

Kol. Fajersztajn sądzi, że omówienie środków przeciwrzeżączkowych wewnętrznych winno być połączone z uwagami, kiedy ich należy używać i czy wogóle należy używać. Rzeżączka bowiem leczy się bardzo dobrze bez pomocy środków wewnętrznych, więc rola tych środków jest kwestyą nierozstrzygniętą.

Kol. Obtułowicz przypomina sobie z czasów, gdy był asystentem Neissera, że leczono rzeżączkę nadmanganianem i leczenie trwało tylko 15 dni.

Kol. Leszczyński zaznacza, że rola środków wewnętrznych jest dokładnie określoną, jako środków pomocniczych. Działają one przeciwzapalnie i znoszą obrzęk i zadrażnienie, które się jeszcze potęgują po wstrzykiwaniach. Nikt przez to nie będzie twierdził, że *argentum* jest niepotrzebne. Kol. Obtułowicza zapytuje, czy przypadki, o których mówi, były kontrolowane mikroskopem. Kol. Obtułowicz odpowiada, że działo się to w czasach, gdy nie używano mikroskopu, była natomiast ścisła obserwacya. *Zawadzki.*

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 26—X (8—XI) 1904 roku.

Obecnych członków 22. Przewodniczy prezes Dr. Strawiński.

I. Prof. Dr. Raczyński wygłasza rzecz pod tytułem: „Gruźlica kobiecych narządów płciowych“. Omówiwszy piśmiennictwo, dotyczące gruźlicy kobiecych narządów płciowych, zwłaszcza przypadki, ogłoszone w języku rosyjskim, prelegent zatrzymuje się na spostrzeżeniach tego cierpienia w klinikach rosyjskich, na podstawie otrzymanych z tych klinik wyjaśnień. Gruźlica kobiecych narządów płciowych w niektórych klinikach rosyjskich nie była spostrzegana wcale, w innych zanotowano 1—2 przypadki, w jednej wreszcie 4 przypadki; 2 przypadki dotyczą gruźlicy pochwowej części szyjki macicy. Następnie prelegent przytacza 2 własne spostrzeżenia, z których pierwszy dotyczy rzadkiej postaci gruźlicy pochwowej części szyjki.

Przypadek I: chora, lat 33 licząca, rodziła 2 razy; ostatni poród odbył się przed 10-ciu laty; ostatnia miesiączka przed trzema laty; uskarża się na tępe bole w podbrzuszu od czasu ostatniego porodu; w ciągu ostatnich dwóch lat zauważyła obfitą wydzielinę z pochwy, niekiedy z domieszką ropy i krwi, oraz silne osłabienie ogólne. Badanie wykazuje: część pochwowa szyjki szczupła, całkiem owrzodzona, wrzód przedstawia się w kształcie wałeczka pokrytego nabłonkiem; ku górze po stronie lewej przechodzi on na sklepienie pochwowe; brzegi wrzodu barwy ciemnoczerwonej, nieco podminowane, nadżarte, strzępiaste; tu i ówdzie żółtawe gruzełki; dno wrzodu przedstawia nierówną, pokrytą ziarniną i powleczoną żółtawym nalotem powierzchnię, zewnętrznego ujścia macicznego odszukać nie można zgłębnikiem, macica nieco

powiększona, ruchoma, zepchnięta w lewo i ku tyłowi, wskutek bliznowatego skrócenia lewego więzadła krzyżowo-macicznego; ogólna niedokrewność; zlepne zapalenie opłucnej po stronie lewej; mąż chorej zmarł na suchoty. Wydzielina, zeskrobana z wrzodu i zastrzyknięta dwom świnkom morskim, pozostała bez skutku. Gdy leczenie jodkiem potasu i szaruchą nie przyniosło korzyści, przeciwnie powierzchnia wrzodziejąca rozszerzyła się, prelegent wyciął wrzód i wypalił powierzchnię przyrządem Paquelina; w dalszym jednak ciągu wystąpiły znowu wrzodziki, które, ulegając rozpadowi i zlewając się, zajęły przednie sklepienie aż do pęcherza moczowego; wtenczas wykonano całkowite wycięcie macicy przez pochwę. Badanie wykazało zupełne zajęcie jamy macicy szarawo żółtą zserowaciałą masą; takież ognisko znajdowało się w prawej górnej części ściany macicy; wreszcie po stronie lewej stwierdzono dwa szarawe gruzełki; badanie drobnowidowe wykazało gruźlicze zajęcie macicy i *endosalpingitis tuberculosa*, jakkolwiek zewnętrznie trąbki zmian nie przedstawiały. W przebiegu pooperacyjnym należy zaznaczyć bardzo powolne zabliźnianie się zziarniałej powierzchni, która nawet po 1½ miesiącach nie była jeszcze ostatecznie zabliźniona.

Na podstawie tego spostrzeżenia prelegent uważa miejscowe leczenie gruźlicy pochwowej części macicy za niezupełnie uzasadnione; jest zwolennikiem wycinania w tych przypadkach macicy z jej przydatkami, ponieważ nawet w przypadkach mniej znacznego zajęcia szyjki przydatki zawsze biorą udział w cierpieniu, jakkolwiek kliniczne to powikłanie może nie występować w sposób widoczny.

Przypadek II dotyczy wieśniaczki, w wieku lat 29; ostatni połóg przed 10 ciu laty; ostatnia miesiączka przed 3 miesiącami; chora przebyła przed 3 laty zapalenie płuc i opłucnej; tegoż roku wykonana była na niej *colporrhaphia ant. et colpoperineorrhaphia*; gdy po kilku miesiącach chora powróciła do kliniki ginekologicznej z powodu bólów brzucha, badanie wykazało szorstki oddech w prawym szczycie płucnym; ciepłota wieczorami podniesiona; po obydwóch stronach macicy, nieco ku tyłowi wyczuć można mało ruchome twarde obrzmienia, które uznano za zapalenie przydatków macicy. Gdy siedmiotygodniowe leczenie przeciwzapalne pozostało bez skutku, a obrzmienie zwolna powiększało się, prelegent postanowił wyciąć schorzałe przydatki: po otwarciu jamy brzusznej znaleziono, że sieć i jelita są pokryte rozsianymi gruzełkami, zrośniętymi ze ścianą brzuszną, z pęcherzem moczowym i narządami rodnymi w jeden kłąb; po rozerwaniu zrostów prelegent odosobnił i wydostał przydatki macicy; ściany wyjętych trąbek okazały się mocno zgrubiałemi i zawierały w miąższu gruzełki wielkości ziarnka grochu, z których niektóre były zserowaciałe lub zropiałe; stwierdzono bowiem badaniem drobnowidowem, że pierwotnem ogniskiem gruźliczem była błona śluzowa trąbek. Stan chorej po operacyi nie polepszył się; wkrótce utworzyła się przetoka między blizną brzuszną a kiszką stolcową i chora umarła w 3 miesiące po operacyi. Badanie zwłok wykazało: *tuberculosis pulmonum, hepatis, lienis, peritonei, intestinorum, ovarii dextri*; wreszcie w tylnej ściance macicy, wewnątrz jej jamy, u wewnętrznego ujścia macicznego wrzód gruźliczy; macica w stanie zaniku.

Przypadek ten zasługuje na uwagę, jako dowód trudności rozpoznania gruźlicy narządów płciowych w tych razach, gdy nie można użyć metody badania drobnowidowego. Dla podobnych przypadków prelegent nadaje ogromne znaczenie tej okoliczności, że w gruźlicy miejscowy i ogólny stan chorej, stopniowo, lecz stale, pogarsza się. Tem gruźlica odróżnia się od zakażenia rzeżączkowego, które cechuje się występowaniem od czasu do czasu zaostrzeń sprawy chorobowej, trwających kilka tygodni, lecz jednocześnie znośnym stanem zdrowia ogólnego, i od zakażeń paciorkowcami, wywołujących ostre objawy, które po pewnym czasie trwania przechodzą w stan przewlekły bez następowych nasileń choroby.

Ostateczne wnioski prelegenta, oparte na własnych i zaczerpniętych z piśmiennictwa doświadczeniach, są następujące: 1) gruźlica kobiecych narządów płciowych nie należy do rzadkości; 2) ze względu na częstość schorzenia poszczególnych części narządów występuje ona w następującym porządku: trąbki, jama maciczna, kanał szyjki macicznej, jajniki, pochwa i pochwowa część szyjki; 3) pierwotna gruźlica kobiecych narządów płciowych należy do schorzeń nader rzadkich; 4) powszechnie przyjęty podział gruźlicy na wstępującą i zstępującą nie jest uzasadniony; wstępująca pierwotna gruźlica w rzeczywistości zaczyna się od trąbek; 5) w przypadkach gruźlicy, w których na pierwszy plan występują objawy ze strony narządów płciowych, należy stosować leczenie chirurgiczne, polegające na wycięciu wszystkiego, co przedstawia się uszkodzonem; 6) przy wyborze drogi pochwowej lub brzusznej prelegent przedkłada tę ostatnią ze względu na lecznicze działanie cięcia brzusznego na gruźlicze zapalenie otrzewnej, wikłające nieraz gruźlicę narządów płciowych; wreszcie 7) niezbędnem jest wzmacniające leczenie ogólne. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 13 Kwietnia.

* *Otrzymujemy następujące ogłoszenia:*

I. Pierwszy Zjazd międzynarodowy chirurgów odbędzie się od 18 do 23 września r. b. w Brukseli.

Jako delegat polski mam zaszczyt zawiadomić o tem Sz. Kolegów i usilnie prosić, żeby zechcieli wziąć jaknajliczniejszy udział w tym Zjeździe.

Otrzymaliśmy na tym Zjeździe zupełnie równe prawa z wszystkimi innymi narodami; dowiedźmy, że nie pozostajemy po za nimi.

Zjazd ten różni się o tyle od innych, że nie będzie na nim dowolnych odczytów, a przeciwnie — będą tylko wygłoszone referaty na tematy oznaczone przez referentów do tego uproszonych, a następnie wywiąże się dyskusya, w której każdy członek może brać udział.

Porządek obrad jest następujący: 1) *Znaczenie badania krwi w chirurgii.* Referenci: Keen, Sonnenburg, Ortiz de la Torre, Depage. 2) *Leczenie przerostu gruczołu krokowego.* Referenci: Reginald Harrison, Rovsing, Rydygier. 3) *Interwencya chirurgiczna w schorzeniach nierakowych żołądka.* Referenci: Mayo Robson, Eiselsberg, Mattoli, Monprofit, Rotgans, Jonnesco. 4) *Leczenie gruźlicy stawów.* Referenci: Bier, Broca, Bradford, Codivilla, Willems. 5) *Leczenie zapalenia otrzewnej.* Referenci: Lennander, Friedrich, Lejars, Cosh, Krogius, de Isla. 6) *Dyagnostyka chorób chirurgicznych nerki.* Referenci: Albarran, Kümmel, Giordano, Lambotte.

Upraszam tych Sz. Kolegów, którzy mają zamiar wziąć udział w tym Zjeździe, by byli łaskawi jaknajwcześniej zgłosić się do mnie, ażebym mógł podać listę polskich uczestników, która — spodziewam się — będzie pokaźna.

L. Rydygier,
polski delegat na I Zjazd międzynarodowy chirurgów.

II. Piąte Zwyczajne Walne Zgromadzenie Towarz. Samopomocy lekarzy odbędzie się w sobotę d. 29 kwietnia w Krakowie, w wielkiej sali posiedzeń „Domu lekarskiego“ przy ulicy Radziwiłłowskiej Nr. 4, o godz. 5-tej po południu, z następującym porządkiem dziennym:

1. Zagajenie. 2. Odczytanie protokołu ostatniego W. Zgromadzenia. 3. Sprawozdanie Wydziału. 4. Sprawozdanie kasowe. 5. Wnioski Wydziału. 6. Wybory Zarządu centralnego Towarzystwa. 7. Wnioski i interpelacye członków.

Ze względu na ważne sprawy upraszamy Kolegów zwłaszcza z prowincyi i ze Lwowa o jak najliczniejsze przybycie.

Kraków dnia 14 kwietnia 1905 r.

Generalny sekretarz: *Dr. Adam Langie.* Prezes: *Prof. Dr. H. Jordan.*

* Polskie Towarzystwo balneologiczne w Krakowie, przypominając już przedtem zapowiedziany Zjazd w dn. 6 i 7 maja bież. roku, donosi, że w przyszłym roku w połowie m. maja urządzi Wystawę balneologiczną w połączeniu ze Zjazdem.

* Komitet wykonawczy X-go międzynarodowego Kongresu w sprawie zwalczania alkoholizmu, mającego się odbyć w połowie września b. r. w Budapeszcie, udzielił D-rowi Augustynowi Wróblewskiemu (Kraków, Sławkowska, 24) pełnomocnictwa w sprawie utworzenia Komitetu Polskiego, który ma się zająć zorganizowaniem uczestnictwa Polaków na tym Kongresie. — Uczestnicy Kongresu będą zwolnieni od połowy opłaty za jazdę od granicy węgierskiej do Budapesztu. Poczynione będą starania, aby robotnikom i niezamożnym uczestnikom Zjazdu uczynić pobyt w Budapeszcie jaknajtańszym. — Wkrótce zostaną ogłoszone nazwiska członków Komitetu Polskiego, najwybitniejszych naszych działaczy w walce z alkoholizmem.

* Ordynatorem oddziału chorób moczowopłciowych w warszawskim szpitalu św. Ducha mianowany został drogą konkursu Dr. Mincer.

* Związek wiedeńskich Kas chorych uchwalił ustanowić fundusz pensyjny dla lekarzy Kas, oraz zabezpieczyć byt wdów i sierót po nich.

* Międzynarodowy Kongres dla walki z gruźlicą zbierze się w Paryżu między 2 a 5 października b. r. W austryackim Komitecie urządzającym przewodniczą wiedeńscy profesorowie: Schrötter

i Weichselbaum. Biuro Komitetu znajduje się w klinice prof. Schröttera (IX Alserstrasse, 4). Referentami z Austryi będą: Escherich, Friedländer i Sternberg.

* Wyższa szkoła w Belgradzie ma być przekształconą na Uniwersytet z czterema Wydziałami: lekarskim, prawnym, filozoficznym i technicznym. Wydział lekarski ma się stopniowo organizować w ciągu kilku najbliższych lat.

* Między 20 a 26 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w 4 gminach powiatu dąbrowskiego. Prócz tego stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim, cieszanowskim (po 1 gm.), czortkowskim (3 gm.), doliniańskim (1 gm.), dobromilskim (2 gm.), drohobyckim, husiatyńskim, horodeńskim (po 1 gm.), jaworowskim (2 gm.), kołomyjskim (3 gm.), nadwórniańskim (4 gm.), przemyskim, przemyślańskim (po 1 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (3 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), zborowskim i żółkiewskim (po 1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Docenci: Best (okulistyka) i Bötticher (chirurgia) mianowani profesorami nadzw. w Giessen.

Nekrologia. Dr. Ignacy Gutowski, starszy lekarz pułkowy, padł pod Mukdenem. Dr. Adolf Rosenfeld, prymaryusz szpitala izraelickiego, lat 64, zmarł w Tarnopolu. Fizyolog prof. Meissner zmarł w Getyndze w 75 roku życia. Dr. Christopher, prof. pedyatryi, zmarł w Chicago. Prof. okulistyki w Chrystyanii Storm Hjort zmarł w 70 r. życia. Dr. Bornhaupt, b. prof. chirurgii w kijowskim Uniwersytecie, zmarł w 63 r. życia. Dr. Chodin, prof. okulistyki, lat 58, zmarł w Kijowie.

Bibliografia.

— *Postęp okulistyczny* (marzec). Rumszewicz: O guzach gruźliczych naczyniówki. Wicherkiewicz: Wpływ wrażeń psychicznych na powstawanie napadu jaskry.

— *Medycyna* Nr. 13. Flis: Badania fizykalno-chemiczne wód leczniczych normalnych. Neugebauer: Kilka słów o dwupłciowym rozwoju przewodów płciowych z uwzględnieniem wybitniejszych przypadków rozwoju macicy u mężczyzn (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 12. Horwitzówna: O metodach barwienia drobnowidowych preparatów krwi. Bornstein: Z kazuistyki neurologicznej (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 4. Wrzosek: Materyały do życiorysu Jędrzeja Śniadeckiego. Biegański: O celowości w zjawiskach patologicznych (c. d.). Lachs: Przyczynek do znajomości Jana z Reguł lekarza krak. z XV i XVI w. Sokołowski: Z życia szpitali.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 4. Barzycki: Sprawozdanie roczne o inspekcyach w r. 1902 (c. d.). Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.). Pręgowski: O łaźniach ludowych (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 14. Starý: Tetanie v průběhu žaludečni choroby a břišniho tyfu (dok.). Schwarz: O profylaxi, prognose a zásadách therapie bočitosti (dok.). Slavík: Lupus vulgaris a moje případy luposni (c. d.).

— *La Presse medicale* Nr. 25. Vincent: Częstość zapalenia gardła, wywołanego prątkami krętymi i wrzecionowatymi. Surmont: Nadzór sanitarny nad szkołami, udział rodziców w tym nadzorze.

Nr. 26. Ombrédanne: Zastosowanie wyciągania stałego w skośnem złamaniu podudzia. Meunier: Zaczyn podpuszczkowy a trawienie mleka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 14. Jaksch: Rozpoznanie i leczenie chorób wewnętrznych zapomocą Röntgenografii. Richter: Uwagi doświadczalne nad wodonerczem. Liermberger: Przyczynek do leczenia niedokrewności z powodu choroby tęgoryjcowej, oraz niedokrewności zwrotnikowej. Krause: Stosunek balneologii do chirurgii (dok.). Meyer: Potrzeba i sposób odkażania przedmiotów i służby, używanych do przewożenia chorych.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 14. Schmaltz: Rodzinna drżączka. Hoeslin: Obwodowe porażenia w czasie ciąży. Richartz: Pleśniawki w krajach zwrotnikowych albo indyjskie „spruw". Hess: Doświadczalna matrwica trzustki i tkanki tłuszczowej. Flatau: O ustępowaniu tarczy zastoinowej przy nowotworze mózgu. Landau: Rak i mięsak u tego samego człowieka. Ludwig: O użyciu trwałego rozczynu boro-octanu glinowego. Dölger: Histeryczna prawostronna głuchota z przeczulicą ucha zewnętrznego tejże samej strony. Meissen: Przypuszczalne zmiany krwi w górach. Fellner: Dalszy przyczynek do kwestyi suchot gardlanych u ciężarnych. Hengge: W sprawie huśtań Schultzego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 14. Luksch: Czynnościowe zaburzenia w nadnerczu przy schorzeniu ogólnem, zatruciu i zakażeniu. Hoke: Napastliwe działanie wypociny diplokokowej. Kürt: Oznaczenie granic serca i jego odcinków zapomocą pośredniego obmacywania jego impulsu. Pichler: Gościec mięśni ocznych. Derjuschinski: Dwukrotne wycięcie żeber z usunięciem znacznego kawałka opłucnej i przepony z powodu pierwotnego mięsaka opłucnej i jego szybkiego nawrotu.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 14. Ganghofner: Leczenie płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową. Determann: Uwagi nad wczesnem rozpoznaniem i wczesnem leczeniem wiądu rdzenia z zużycia się. Thomas: Prosty rękoczyn dla oznaczenia nizkiego stanu główki dziecka w małej miednicy. Reinecke: Wycięcie całkowite macicy drogą brzuszną z strzałkowem rozszczepieniem kikuta szyi macicznej z powodu mięśniaka szyi. Klingmüller i Halberstaedter: Bakteryobójcze działanie światła w leczeniu metodą Finsena. Porges: Wydzielanie siarkanów przy używaniu solanek alkalicznych. Gerber: Zmiany w ścianach jam kostnych przy ropieniu. Deycke Pascha i Reschad Pascha: Pogląd na sprawę trądu (dok.).

Redakcya otrzymała. Jędrzej Śniadecki: Teorya jestestw organicznych (Wydanie jubileuszowe staraniem Redakcyi „Nowin lekarskich" z przedmową Dr. A. Wrzoska). Dr. Zagórski i Dr. Teller: Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Rzeszowie za rok 1904. Kopczyński: W sprawie leczenia pląsawicy. — Sprawozdanie z czynności Towarzystwa Ratunkowego we Lwowie za r. 1904.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 14 (od dnia 2/IV do 8/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 34, dziew. 29; nieżywo: chł. 4, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 23, kob. 26; zamiejscowych: męż. 23, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 16, ob. 12. 3) zapalenie płuc: miej. 9, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 7, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 8, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 49, obcych 30.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIV. Kraków 22 Kwietnia 1905. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu Prof. Dr. W. N. Sirotinina.

O wzajemnym stosunku braku soku żołądkowego *(achylia gastrica)* i tak zw. *protozoa-colitis.*

Podał

Dr. med. Zenon Orłowski

ordynator kliniki.

W r. 1857 Malmsten (1) pierwszy opisał 2 przypadki biegunki przewlekłej, w których badanie kału wykazało obecność znacznej liczby szparkoszów (*balantidia coli*). Jeden z tych przypadków zakończył się zejściem śmiertelnem. Badanie zwłok wykazało w kiszkach grubych liczne owrzodzenia, a na ich powierzchni — szparkosze. Tą pracą swoją Malmsten pierwszy zwrócił uwagę na ważne znaczenie szparkoszów w patologii człowieka i od tej pory opisano już 93 przypadki biegunki przewlekłej, będącej w związku z obecnością szparkoszów w kale. Wkrótce okazało się, że nie tylko szparkosze, lecz i inne pierwotniaki mogą wywoływać takież same rozwolnienia. Tak Loesch (2) w 1874 roku wykrył ogromną ilość pełzaków okrężnicy (*amoeba coli*) w płynnych stolcach 24-letniego włościanina, cierpiącego dłuższy czas na krwawą biegunkę. Marchand (3) pierwszy w 1875 roku opisał rzęsistka jelitowego (*trichomonas intestinalis*) w płynnych stolcach chorego na dur brzuszny, a wkrótce Zunker (3) wykrył wiciowce w 7 przypadkach uporczywej biegunki. Opisują jeszcze ogoniastka (*cercomonas intestinalis*, *cercomonas coli hominis*) i wielkouśćca jelitowego (*megastoma entericum*) (Grassi) (3) i t. d.

W jaki sposób odbywa się zakażenie człowieka pierwotniakami? Pytanie to nie jest jeszcze dotychczas rozstrzygnięte dostatecznie, lecz nie ulega wątpliwości, że zakażenie następuje prawie wyłącznie przez usta, wobec czego stan żołądka i soku żołądkowego powinien tu odgrywać znaczną rolę. Przepatrując jednak opisy przypadków biegunki przewlekłej, w których znaleziono pierwotniaki w kale, widzimy, że na stan żołądka przy tem cierpieniu mało wogóle zwracano uwagi. Mamy do tej pory opisanych przeszło sto przypadków tej choroby i tylko w niektórych ostatnich pracach znajdujemy zdanie sprawy ze stanu chemizmu trawienia żołądkowego, — co jest tem dziwniejsze, że wielu chorych w wywiadach skarżyło się na objawy ze strony żołądka. Tak n. p. chory Sołowjewa (4) wskazywał na bole w dołku i od czasu do czasu wymioty, a dopiero po roku wystąpiło rozwolnienie z szparkoszami w kale. U chorego prof. Dehia (5) biegunkę poprzedziły ciągłe nudności; to samo — w przypadku Runeberga (6) i t. d.

Moritz i Hölzl (7) byli pierwsi, którzy zbadali stan treści żołądkowej w jednym ze swoich 7 przypadków i znaleźli brak wolnego kwasu solnego. Henschen (8) w jednym przypadku nie znalazł również wolnego kwasu solnego. Gołubinin (9), Ernroth (10), Pokrowskij (11) spostrzegali zupełny brak soku żołądkowego (*achylia gastrica*) w swoich przypadkach, przyczem dolegliwości ze strony żołądka trwały dłuższy czas, zanim wystąpiło rozwolnienie, względnie pierwotniaki w kale. Oprócz tego u Cohnheima (12) mamy jeszcze 6 przypadków, w których przy badaniu kału znaleziono rzęsistka i wielkouśćca jelitowego (*trichomonas* i *megastoma entericum*); w 4 przypadkach badanie soku żołądkowego wykazało zupełny jego brak; w 5-tym *gastritis anacida*, w 6-tym nieżyt żołądka z niedostateczną ilością kwasu solnego (*gastritis subacida*).

Na tem kończą się nasze wiadomości co do stanu soku żołądkowego przy *protozoa-colitis*. W podręcznikach najnowszych, nawet i bardzo obszernych (Nothnagel) nie spotykamy i wzmianki o tej kwestyi; tymczasem te lub inne właściwości soku żołądkowego bezwątpienia, jak już wyżej nadmieniłem, powinny odgrywać dużą rolę w zakażeniu człowieka pierwotniakami. Wiadomo, że pierwotniaki są nadzwyczaj wrażliwe na kwasy; według Mittera (13) kwas solny w rozcieńczeniu 1 : 200—500 gubi je w ciągu kilku minut; kwas octowy (1 : 75) niszczy je momentalnie. Waldenström i Henschen (14) dowiedli doświadczalnie, że szparkosze giną pod wpływem kwaśnego soku żołądkowego. Wobec tych danych należy w każdym przypadku biegunki z obecnością pierwotniaków w kale badać starannie stan żołądka, tem bardziej, że, jak wykazały badania Sołowiewa (4), Winogradowa (14), Klimenki (16), pierwotniaki wcale nie są niewinnymi pasorzytami i posiadają duże znaczenie kliniczne. Wobec tego postanowiłem ogłosić kilka przypadków *protozoa-colitis*, w których zwróciłem szczególną uwagę na właściwości soku żołądkowego.

Przypadek I. Rolnik *T. I.*, lat 45, wstąpił do kliniki, uskarżając się na silne osłabienie, brak łaknienia, bole w brzuchu i częste rozwolnienie (6—7 razy na dobę). Ma on siebie za chorego już od $1^1/_2$ roku; doświadcza częstych odbijań i nudności. Po 6 miesiącach do objawów żołądkowych dołączyło się rozwolnienie, które znacznie podkopało siły chorego. Krwi w stolcach nigdy nie zauważył; przyczyny choroby określić nie może; napojów wyskokowych nie nadużywał. W r. 1882 chorował na dur brzuszny; bliższe rodzeństwo zdrowe.

Stan obecny. Chory średniego wzrostu, dobrze zbudowany, wycieńczony. Skóra i błony śluzowe blade; gruczoły chłonne nie powiększone; granice stłumienia serca prawidłowe; tony serca czyste, tętno 17—20 na 1'; język grubo obłożony; brzuch wzdęty, osobliwie w bocznych częściach i w okolicy jelita poprzecznego; chory w tem miejscu odczuwa bolesność, a przy głębszem obmacywaniu występuje bulkotanie. Wątroba i śledziona nie są macalne. Ilość moczu w ostatniej dobie 1700 sz. ctm., ciężar gatunkowy jego 1,013; białka i cukru

mocz nie zawiera. Stolców 8 na dobę; są one obfite, płynne, o silnie nieprzyjemnej woni, odczynu alkalicznego, zawierają dużo śluzu. Przy badaniu dobrowidowem znaleziono dużą ilość śluzu, resztki niestrawionego pokarmu, włókna mięsne, ziarnka skrobi, krople tłuszczu, różne komórki roślinne, kryształy trójfosforanów, czerwone krwinki, dużo drobnoustrojów i drobnoziarnisty rozpad. Oprócz tego znaleziono w znacznej ilości (7—10 w polu widzenia) żywe wiciowce, energicznie ruszające się we wszystkich kierunkach. Żołądek naczczo próżny. Badanie treści żołądkowej w godzinę po próbnem śniadaniu Boas-Ewalda wykazało: wydobyto 30 sz. ctm. słabo rozdrobionego pokarmu. Ogólna kwasota = 8. Brak wolnego kwasu solnego i kwasu mlekowego. Siła trawiąca soku żołądkowego według Metta = 1 mm.

Chory przebył w klinice 3 tygodnie. Pod wpływem wlewań odkażających biegunka stała się rzadką i w ostatnich dniach swego pobytu w klinice miał chory po 2 stolce na wpół gęste. Wiciowce można było stwierdzić jeszcze w dniu wyjścia chorego ze szpitala.

Przypadek II. Stangret *W. L.*, lat 43, wstąpił do kliniki 20 października 1905 roku, skarżąc się na biegunkę, bole w dołku, ciągłe odbijanie, czasami nudności i wymioty, które występują najczęściej po jedzeniu w nieokreślonym czasie. Uważa siebie za chorego od 2 lat. Przed chorobą dużo pił w ciągu ostatnich lat 20; 2 lata temu zauważył, że po użyciu nawet niewielkiej ilości wódki występują nudności i wymioty; wkrótce potem pojawiły się bole w dołku, a po roku dołączyła się biegunka, przyczem liczba stolców dochodziła 4—5 na dobę. W ciągu tych dwóch lat chory znacznie schudł. W 20-ym roku życia przebył ostrą zakaźną chorobę (jaką? — nie wie). Lat 10 temu miał rzeżączkę. Przed 5 laty spostrzegł na kończynach dolnych obrzęki, osobliwie wieczorami, które po dwutygodniowem leczeniu w szpitalu znikły zupełnie. Bliższe rodzeństwo zdrowe. Rodzice pomarli w podeszłym wieku.

Stan obecny. Chory wysokiego wzrostu, dobrze zbudowany, znacznie wycieńczony. Błony śluzowe blade; skóra blada z żółtawym odcieniem. Gruczoły chłonne na szyi, w pachach i pachwinach nieco powiększone i twarde. Klatka piersiowa zbudowana prawidłowo, oddechów 20 na minutę. W prawym szczycie płuc przy opukiwaniu stwierdza się niewielkie stłumienie i wydech w tem miejscu słyszalny. W reszcie obu płuc szmer oddechowy pęcherzykowy. Granice stłumienia serca prawidłowe; tony jego czyste; tętno 64, miarowe. Znaczne zwapnienie dostępnych do omacania tętnic. Ściana przednia brzucha wiotka. Przy obmacywaniu chory skarży się na bolesność w dołku. Wątroba powiększona na 3 palce, miękka, gładka, mało bolesna. Dobowa ilość moczu 1000 sz. ctm.; mocz barwy blado-żółtej, przeźroczysty, ciężaru gatunkowego 1,004, odczynu słabo kwaśnego; białka i cukru nie zawiera. Stolce 3—4 na dobę, płynne, o bardzo nieprzyjemnej woni, zawierają dużo śluzu, znaczną ilość niestrawionych komórek roślinnych, kulki tłuszczu, włókna mięsne. Oprócz tego w każdem polu widzenia widzimy 3—6 żywych rzęsistków jelitowych (*tricchomonas intestinalis*). Żołądek naczczo próżny. W godzinę po próbnem śniadaniu *Boas-Ewalda* wydobyto 25 sz. ctm. źle rozdrobionego pokarmu. Ogólna kwasota = 4. Brak wolnego kwasu solnego i kwasu mlekowego. Siła trawiąca soku żołądkowego według Metta = 0

Pod wpływem podawania kwasu solnego i odkażających wlewań do jelita odchodowego stan chorego znacznie się polepszył i chory po 2 tygodniach opuścił klinikę.

Przypadek III. Ksiądz ormiański, *W. S*, lat 58, wstąpił do kliniki z powodu ogólnego osłabienia, ciągłej biegunki, częstych nudności i bolów głowy. Do 42 roku życia był zupełnie zdrów. W r. 43-im przebył ostry gościec stawowy. Przed 5 laty zaczął doświadczać odbijań, nudności przeważnie po jedzeniu, oraz powstał zupełny brak łaknienia. Stan chorego stale się pogarszał, wystąpiły wymioty, z początku 1—2 razy tydzień, potem prawie codziennie; po upływie 3 miesięcy dołączyła się od czasu do czasu biegunka, po której następowało zaparcie stolca. W ostatnich 2 latach biegunka trwała bez ustanku; chory miewa po 3—4—5 płynnych stolców. Lato 1903 r. chory spędził w Essentukach (na Kaukazie); tam właśnie po raz pierwszy w stolcach chorego znaleziono rzęsistka jelitowego (*trichomonas intestinalis*), a w moczu cukier w ilości 4%. Pod wpływem leczenia zdrojowego stan chorego znacznie się poprawił, lecz polepszenie trwało niedługo tak, że po 3 miesiącach biegunka znowu zaczęła dręczyć chorego. Przyczyny choroby pacyent wskazać nie może: cały czas pędził umiarkowany tryb życia bez wszelkich nadużyć.

Stan obecny. Chory średniego wzrostu, dobrze zbudowany, odżywienie mierne, chociaż chory twierdzi, że w ostatnim czasie znacznie schudł. Błony śluzowe blade, gruczoły chłonne nie powiększone. Język grubo obłożony. W płucach nic osobliwego. Granice stłumienia serca prawidłowe. Tony serca czyste, tętno 76 na minutę, miarowe. Brzuch wzdęty, przy obmacywaniu bolesny w okolicy okrężnicy zstępującej i zagięcia esowatego. Wątroba powiększona na 1½ palca, gładka, twardawa, niebolesna. Śledziona niemacalna. Na kończynach dolnych żylaki; niewielkie obrzęki. Moczu 1400 sz. ctm., ciężar gatunkowy 1,004; odczyn moczu kwaśny; białka i cukru nie zawiera. Stolce (3—4 razy na dobę) płynne, zawierają sporo śluzu, roślinnych komórek, włókien mięsnych, kulek tłuszczu, dużo rozpadu, wszelkiego rodzaju drobnoustrojów i ciałka ropy w niewielkiej ilości. Oprócz tego w każdem polu widzenia znajdowano po 5—10 sztuk rzęsistka jelitowego i w mniejszej ilości ogoniastka jelitowego (*cercomonas intestinalis*). Żołądek naczczo próżny. W treści żołądka, wydobytej w godzinę po próbnem śniadaniu *Boas-Ewalda*, nie znaleziono wolnego kwasu solnego. Siła trawiąca soku żołądkowego według Metta = 0.

Przytoczę tu jeszcze 4-ty przypadek, chociaż w tym przypadku badanie soku żołądkowego zostało wykonane *à posteriori*, lecz, jak z wywiadów wynika, chory skarżył się na żołądek jeszcze przed 5 laty. Nie ulega chyba wątpliwości, że już przed wystąpieniem biegunki chory cierpiał na brak soku żołądkowego.

Przypadek IV. *P. I.*, lat 42, skarży się na częste nudności z obfitym ślinotokiem, występujące i po jedzeniu i naczczo. Nudności trwają od kilku godzin do kilku dni, a następnie ustają na pewien czas (do 1—2 tygodni). Cierpienie trwa od 5 lat (od r. 1898) i z każdym rokiem chory czuje się gorzej. W końcu listopada 1903 r. wystąpiła biegunka (5—6 stolców na dobę). Przy badaniu kału znaleziono pełzaki okrężnicy, które znikły dopiero w czerwcu 1904 r. pod wpływem starannego leczenia. Obecnie stolce zupełnie prawidłowe. Napojów wyskokowych chory zupełnie nie używa. W dzieciństwie przebył płonicę, później chorował na zimnicę, która dręczyła chorego cały rok.

Stan obecny. Osobnik dobrze zbudowany i dobrze odżywiony. Ze strony narządów wewnętrznych niema nic osobliwego. Żołądek naczczo próżny w godzinę; po próbnem śniadaniu *Boas-Ewalda* wydobyto 30 sz. ctm. źle rozdrobnionej treści żołądkowej. Ogólna kwasota 10°, brak kwasu solnego wolnego. Jasny odczyn Uffelmanna na obecność kwasu mlekowego. Siła trawiąca soku żołądkowego według Metta = 0.

(Dok. nast.)

II. O doszczętnej operacyi przepukliny pępkowej.

Podał

Dr. Roman Barącz

Docent prywatny chirurgii Uniw. lwowskiego.

(Ciąg dalszy).

Podczas pobytu mojego w Ameryce przed 2 laty poznałem metodę, która w przypadkach przeciętnych obu tym zadaniom, jak sądzę, zadość uczynić jest w stanie; jestto metoda, obmyślana w r. 1895 przez W. J. Mayo[15]) z Rochesteru (Minnesota). Na metodę tę zwrócił autor jej uwagę na Zjeździe chirurgów kolejowych amerykańskich w roku 1898[16]). Wtedy doświadczenie jego opierało się tylko na 5 przypadkach, później opisał ją obszerniej na podstawie doświadczenia, zebranego w 18 przypadkach[17]),

[15]) Porównaj mój artykuł p. t.: Krótki pogląd na obecny stan techniki chirurgicznej w Stanach Zjednoczonych („Przegląd lekarski" 1904, Nr. 9—12 i „Wiener med. Wochenschrift" 1904, Nr. 13).

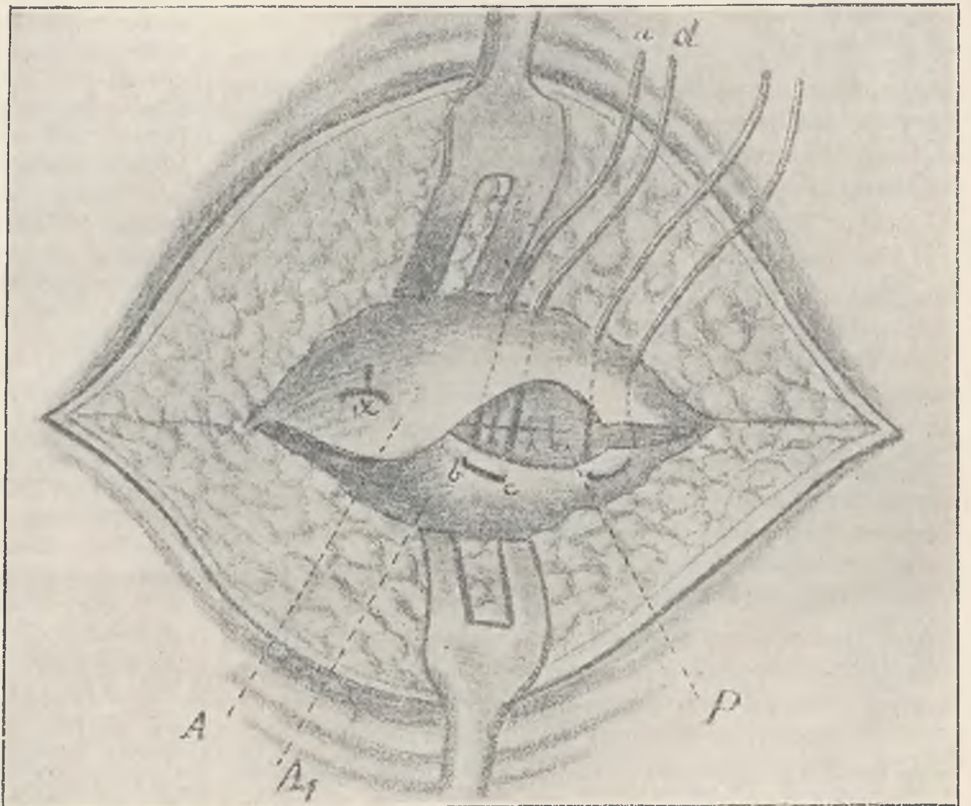
[16]) William J. Mayo: Remarks on the radical cure of hernia. („Annals of Surgery" Vol. XXIX, 1899, str. 51).

[17]) Tenże: An operation for the radical cure of umbilical hernia. („Annals of Surgery" Vol. XXXIV, 1901, str. 275 i n.).

a wreszcie w 35 przypadkach [18]). Wyszedł on przytem z zapatrywania, że wobec większych przepuklin mięśnie proste brzucha powyżej pępka i na wysokości jego stanowią zazwyczaj znaczny rozstęp i nie dają się użyć do wzmocnienia okolicy pępkowej, chyba tylko przy zastosowaniu plastyki. Dlatego używa on przesunięcia i zdwojenia rozcięgna tychże mięśni jako zapory przeciw tłoczni śródbrzusznej po wykonaniu omfalektomii. Zasady zdwajania rozcięgien mięśniowych użyli już L. Championniere, Girard i Andrews (Chicago) przy swoich metodach operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej: rozcięgno mięśnia ukośnego zewnętrznego bywa nieco wyżej jak zazwyczaj przecinane, a obie blaszki jego jedna na drugą naszywane.

W. J. Mayo wykonywa operacyę tę wraz ze swoim bratem C. H. Mayo w sposób następujący: Obrzęk przepuklinowy okala dwoma cięciami łukowatemi, 6—8 cali (15—20 ctm.) długiemi, w kierunku pionowym lub lepiej poprzecznym, które schodzą się na obu końcach. Cięcia te pogłębia aż do rozcięgna mięśni prostych brzucha. Powierzchnię rozcięgna odsłania na przestrzeni około $1^1/_2$ cala (4 ctm.) we wszystkich kierunkach od szyi worka, która według Dr. Mayo rzadko kiedy bywa grubszą niż palec wskazujący. Szyję worka otwiera przecinając dokoła pierścienia wszystkie warstwy rozcięgna aż do otrzewnej, którą otwiera okrężnie. Bada teraz dokładnie treść worka: jeżeli takową stanowi sama sieć, podwiązuje ją w kilku pęczkach i odcina. Jeżeli treść worka stanowi także pętla jelitowa, to ją odprowadza. W ten sposób usuwa worek, jak przy zwykłej omfalektomii całkowitej, wraz z zrośniętą zazwyczaj z nim bryłą sieci i skórą. W celu uzyskania dostatecznego materyału do przesunięcia i nakrycia sobą płatów przecina całą grubość rozcięgna po obu stronach pierścienia na długość jakich 4 ctm. w kierunkach bocznych, jeżeli cięcie owalne skóry poprowadzono poprzecznie, w kierunku pionowym zaś, jeżeli to cięcie poprowadzono w kierunku pionowym. W ten sposób wytwarza się dwa albo ponad sobą albo obok siebie leżące płaty mięśniowo-rozcięgniste, które teraz ma się przesunąć. Przy cięciu skórnem poprzecznem odsuwa się otrzewnę górnego płatu na 1-$1^2/_2$ cala, przez co pomiędzy rozcięgnem a otrzewną tworzy się torebka. Otrzewnę zaszywa Mayo katgutem. Płat górny rozcięgna zaszywa nad dolnym w sposób następujący: przeprowadza mianowicie przez całą grubość obu płatów szereg szwów materacowych z silnego drutu srebrnego. Każdy szew materacowy ujmuje 2 razy, najpierw górny płat możliwie wysoko (2—4 ctm. powyżej wolnego brzegu), zaś dolny płat przy samym brzegu w postaci pętli. Każdy z szwów materacowych z osobna zakłada w ten sposób. Najpierw przebija całą grubość górnego płatu blizko miejsca, gdzie oddzielona otrzewna tworzy z nim torbę, a więc możliwie wysoko, igłą nawleczoną drutem od zewnątrz na wewnątrz, przebija następnie tą samą igłą całą grubość dolnego płatu na 7 mm. od wolnego brzegu od wewnątrz na zewnątrz, następnie w odległości kilku milimetrów od pierwszego nakłucia przeszywa drugi raz dolny płat od zewnątrz na wewnątrz, przezco tworzy się pętla, wreszcie prowadzi igłę popod górny płat i znowu przeszywa go tą samą igłą od zewnątrz na wewnątrz (pod ryciną *a b c d*). Cztery do 5 szwów podobnych zupełnie wystarcza (porównaj rysunek).

Po założeniu tych szwów naciąga się pętle, przez co dolny płat wsuwa się pod górny, w torbę, utworzoną pomiędzy otrzewną a tylną ścianą górnego płatu, wiąże się szwy odnośne i krótko ucina. Przez to górny płat na bardzo znacznej przestrzeni pokrywa dolny. Wolny brzeg górnego płatu przyszywa się szwem kuśnierskim z katgutu do przedniej pochwy mięśnia prostego i zaszywa się ranę skórną.



Operacya doszczętna przepukliny pępkowej sposobem Dr. Mayo. *P* otrzewna i rana jej zeszyta szwem kuśnierskim z katgutu; *A* górny płat mięśnioworozcięgnisty; A_1 dolny płat mięśnioworozcięgnisty. *a b c d.* sposób przeprowadzenia szwu materacowego z grubego drutu (jedwabiu) przez oba płaty; po związaniu tych szwów *x* płat górny *A* pokrywa płat dolny A_1.

Jeżeli skórę nad obrzękiem wycięto w postaci pionowo przebiegającego elipsoidu, wtedy naturalnie z rozcięgna mięśnia prostego tworzy się podobnie boczne płaty. Po zaszyciu otrzewnej w kierunku pionowym oddziela się ją z jednej strony od tylnej ściany jednego mięśnia prostego, przesuwa odpowiedni płat rozcięgnisto-mięśniowy boczny ponad drugi i ustala je w tem położeniu zapomocą podobnych szwów materacowych.

Bracia Mayo wykonali tę operacyę w 35 przypadkach; w 10 z tych przypadków tworzyli płaty boczne, w 25 przypadkach zaś wycinali ze skóry obrzęku pępkowego elipsoid poziomy i przesuwali płaty w kierunku pionowym. Tylko w jednym z tych przypadków, w którym utworzono płaty

[18]) Tenże: Further experiences with the vertical overlapping operation for the radical cure of hernia. („Journal of the American medical Association" July 25 1903, Vol 11. str. 225).

boczne, wystąpiła nieznaczna przepuklina na nowo. Tworzenie płatów jednego po nad drugim i przesuwanie ich w kierunku pionowym polecają autorowie ci jako zabieg łatwiejszy i lepszy.

Prócz Dr. Mayo sposobu tego użyli Dr. Józef Blake[19]) z Nowego Yorku i B. G. A. Moynihan[20]) z Londynu.

Blake wycinał skórę obrzęku w kierunku pionowym i tworzył płaty boczne z rozcięgna mięśnia prostego. Wyniki miał mieć bardzo dobre; do szwu materacowego użył katgutu chromowego.

Moynihan wykonał operacye tym sposobem w 11 przypadkach, zawsze wycinając skórę poprzecznie, a przesuwając poprzecznie przecięte rozcięgno w kierunku pionowym. W 6 z tych przypadków, operowanych w roku ubiegłym i w 5 nowych nie zauważył śladów nawrotu przepukliny. Moynihan użył do szwów materacowych ścięgna kangura, poleconego przez Bulla, Phelpsa i Coleya z Nowego Yorku, jako najlepszego materyału do operacyi doszczętnych przepuklin (z fabryki Horna i Sawtella w Nowym Yorku).

Na tem miejscu muszę nadmienić, że niezależnie od Dr. Mayo Piccoli[21]) i Sapieżko[22]) (Kijów) podali metodę podobną do jego metody.

Różnica metody Piccoliego od metody Dr Mayo polega na tem, że Piccoli nie wycina ani skóry obrzęku ani brzegu pierścienia, nie wykonywa zatem omfalektomii i że nie używa do szwu materacowego pętli, tylko pojedynczych nici, przytem prowadzi cięcie pionowe, rozcięgno przecina w kierunku pionowym i przesuwa boczne płaty. Sapieżko tworzy 2 boczne płaty, zawierające nietylko samo rozcięgno, ale i otrzewnę tak, że jedna blaszka rozcięgna bywa pokrytą stroną otrzewnową drugiego płatu. Płaty te przytwierdza do siebie za pomocą kuśnierskiego szwu z jedwabiu. Przytem nie wykonywa omfalektomii.

W każdym razie muszę oddać pierwszeństwo sposobowi Dr. Mayo, ponieważ osobne zaszycie otrzewnej i zdwojenie płatów mięśniowo-rozcięgnistych zapomocą szwu materacowego wydaje mi się zabezpieczać lepiej przed powrotem przepukliny. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o jaglicy.

(Sprawozdanie zbiorowe).

1. Saemisch: Die Krankheiten der Conjunctiva. Graefe-Saemisch. Handb. der gesam. Augenh. II Aufl. 1904. — 2. Łogetschnikow: Zur Frage des Trachoms, seiner Prophylaxis und Registration. Kongress russ. Ärzte in Moskau. 1902. Refer. w Klin. Monatsbl. f. Augenh. Jahrg. 40. Bd. I. — 3. Szymanowski: Istota jaglicy. (Lekcya wstępna). Refer. Noiszewskiego w „Postępie okulist.“ Luty 1905. — 4. Peters: Bemerkungen zur Trachomfrage. „Münch. med. Woch.“ Nr. 3. 1903. — 5. Peters: Weitere Bemerkungen zur Trachomfrage. „Münch. med. Woch.“ Nr. 1. 1905.

Liczne badania nad patologią jaglicy nie zdołały do dnia dzisiejszego utrwalić jednolitego zapatrywania na zmiany anatomiczne, będące podstawą choroby. Głównym powodem różnorodności zapatrywań jest brak swoistego zarazka chorobotwórczego, któryby swojem istnieniem ściśle określił zakres chorób, dziś rozpoznawanych pod mianem jaglicy. Dotychczas bowiem uważano ziarna za istotną cechę jaglicy i nadano tej postaci nieżytu spojówki nazwę: *conjunctivis granulosa*, *Körnerkrankheit*.

Według nowszych jednak badań anatomopatologicznych ziarna jaglicze są mieszkami limfatycznymi (*Lymphfollikel*), które powstają bardzo często przy działaniu rozmaitych bodźców chemicznych, termicznych i bakteryologicznych. Niektórzy autorowie stwierdzają nawet istnienie mieszków limfatycznych w spojówce prawidłowej. Powstanie tych mieszków zależy nietyle od siły bodźca lub czasu działania, jak od jego swoistości. Grudki jaglicze (*Trachomfollikel*) posiadają tę samą budowę i sposób rozwoju, jak mieszki limfatyczne i stanowią tylko jeden z objawów, towarzyszących oddziaływaniu spojówki na nieznany nam szkodliwy czynnik.

Istotnej części sprawy jagliczej powinno się poszukiwać w schorzeniu warstwy gruczołowatej spojówki, która może wytwarzać mieszki limfatyczne, lecz ma głównie tę określoną skłonność, że prowadzi do zbliznowacenia schorzałej tkanki wraz z ziarnami w niej wytworzonemi.

Zmiany zapalne, występujące w warstwie gruczołowatej spojówki, polegają na silnem przekrwieniu i obrzęku, spowodowanym drobnokomórkowym naciekiem, a towarzyszy im nagromadzenie się komórek limfatycznych i wytworzenie ziaren, przerost brodawek i zmiany w warstwie przybłonkowej. Ziarno jaglicze po osiągnięciu pełnego rozwoju w nieokreślonym czasie ulega zmianom, które powodują jego zanikanie. Dzieje się to najczęściej przez równoczesną przemianę ziarna i jego otoczenia w tkankę bliznową, skoro treść ziarna albo zmartwiała, albo przez wessanie została wydaloną, — rzadziej zaś przez samoistne wydostanie się treści ziarna na zewnątrz.

Znamienną cechą jaglicy jest proces zabliźniania, który się odbywa w otoczeniu ziarna, w obrzękłej i nacieklej tkance gruczołowatej. Zapatrywanie to podzielają oprócz Saemischa, także inni autorowie, jak Junius, Greeff, Pick i in. Wszyscy określają jaglicę, jako „rozlane schorzenie tkanki gruczołowatej, powodujące niechybne zbliznowacenie, podczas gdy tworzenie się mieszków należy uważać, jako przypad towarzyszący. Jest on wprawdzie właściwym tej chorobie, ale mógłby również brakować, nie zmieniając w niczem przebiegu i zejścia tej choroby“.

Łogetschnikow żąda nawet, by jaglicę wykreślono z rzędu zapaleń mieszkowych. „Jest to bowiem choroba miejscowa z przebiegiem przewlekłym, odznaczająca się głębokim naciekiem tkanki gruczołowatej spojówki i bujaniem tkanki łącznej z przejściem w tkankę bliznową wraz z wszystkiemi następstwami.“ Wytworzenie się blizn działa niszcząco na zarysy spojówki, powierzchnia schorzałej spojówki wygładza się, otrzymuje barwę białawo-niebieską i traci charakter błony wydzielniczej. Znamiennem jest również przejście zmian chorobowych ze spojówki na chrząstkę. Zaburzenia, pojawiające się w chrząstce, uważano pierwotnie za zmiany natury biernej, zawisłe tylko od zabliźnienia spojówki chrząstkowej. Dopiero nowsze badania chrząstek, wyciętych we wczesnym okresie choroby, wykazały, że i w chrząstce odbywa się sprawa zapalna, podobna do zmian na spojówce, lecz dostosowana do odrębności podłoża.

Wybitne zmiany, toczące się w spojówce, dalszy przebieg i zejście grudki jagliczej, prowadzą do ścisłego odróżnienia od zapalenia mieszkowego (*conjunct. follicularis*), a zupełnie niewłaściwem jest zapatrywanie, że zapalenie mieszkowe jest poniekąd przedwstępnym okresem jaglicy.

---

[19]) „Medical Record“ Vol. I. 1901, przytoczony przez Moynihana.

[20]) B. G. A. Moynihan: The radical cure of umbilical hernia. („The Lancet“, lipiec 23 1904, str. 206).

[21]) E. Piccoli: Operacya doszczętna przepukliny pępkowej. („Centralblatt für Chirurgie“ 1900, Nr. 2).

[22]) M. K. Sapieżko: Un nouveau procédé de cure radicale des grandes hernies ombilicales avec diastase des muscles grands droits. („Revue de Chirurgie“ Tom XXI, 1900, I, str. 241 i n.).

Za jednolitem pochodzeniem jaglicy i zapalenia mieszkowego przemawiają głównie ci lekarze, w których okręgu działania jaglica ogromnie jest rozpowszechnioną (Rosya). Tak n. p. Szymanowski w Kijowie, rozpatrując objawy i przyczyny powstania jaglicy, dochodzi do wniosku, „że niema się do czynienia z chorobą jednolitą, a tylko z odczynem indywidualnym błony śluzowej oka na rozmaite podrażnienia, wyrażającym się w powstawaniu mieszków (folikułów) Jaglica więc, jako osobna choroba, nie istnieje; to tylko ciężka postać *conjunctivitis follicularis.*“ Są to tak zwani unitaryści. Lecz właśnie oni nie są powołani do rozstrzygnięcia tego pytania. Słusznie bowiem Kuhnt i Greeff zauważyli, że wśród takich warunków nie można rozstrzygnąć, czy jaglica wystąpiła odrębnie, czy też następowo po zapaleniu mieszkowem. Podczas epidemii bowiem jaglica może wybierać właśnie spojówki mniej odporne, jak n. p. te, które cierpią na nieżyt lub zapalenie mieszkowe, znajdując tu podłoże już przygotowane.

Przeciw jednolitemu pojmowaniu obu tych spraw chorobowych przemawiają: 1) różnice w obrazie klinicznym i zejściu obu chorób; 2) różnice w sposobie powstania, gdyż zapalenie mieszkowe nie należy do chorób zakaźnych, a miejscowe i nagminne wystąpienie można prędzej wytłómaczyć równoczesnem działaniem czynnika szkodliwego jakiejkolwiek natury — na znaczną liczbę osobników; wreszcie 3) różnice w obrazie anatomo-patologicznym. W zapaleniu mieszkowem występują w tkance gruczołowatej spojówki mieszki limfatyczne, przyczem tkanka gruczołowata wykazuje nieznaczne tylko zmiany zapalne, których brak zupełnie przy t. zw. *folliculosis conjunctivae*. Nazwy tej używa Saemisch dla odróżnienia od zapalenia mieszkowego w tych przypadkach, w których istnieją mieszki, a brak wszelkich zmian zapalnych.

W jaglicy zaś znajdujemy proces wprost przeciwny. Tkanka gruczołowata spojówki bierze czynny współudział w procesie chorobowym, a zmiany jej stanowią istotną część jaglicy. Schorzeniu warstwy gruczołowatej może towarzyszyć powstanie ziaren, które pozostają jednak pod wpływem swoistego zapalenia spojówki, dążącego do zbliznowacenia i również ulegają przemianie bliznowej. Ten swoisty rodzaj zapalenia spojówki uniemożebnia wessanie ziaren, jak to ma miejsce w zapaleniu mieszkowem. Mieszek bowiem przy *conj. follicularis* stanowi tylko przejściowy twór, włączony do układu limfatycznego w warstwie gruczołowatej spojówki i zostaje usunięty przez wessanie; podobnie też znikają bez śladów objawy zapalne, które towarzyszyły jego powstaniu.

Rogówka i chrząstka pozostają nienaruszone.

Najistotniejszą więc różnicę obu tych stanów chorobowych znajdujemy w zachowaniu się warstwy gruczołowatej spojówki; wspólny zaś przypad — rozwój mieszków, jest podrzędnego znaczenia i tworzy nieistotny objaw towarzyszący.

Te dane przemawiają aż nadto przeciw jednolitemu pojmowaniu obu tych chorób, a że przemawiają również do przekonania większości lekarzy, dowód w tem, że liczba dualistów coraz bardziej wzrasta.

Zasadnicze to stanowisko wobec zapalenia mieszkowego i jaglicy ma nietylko naukowe, ale także wybitnie praktyczne znaczenie ze względu na rokowanie i leczenie.

Podobne poglądy o znaczeniu tkanki gruczołowatej spojówki w procesie jagliczym wypowiada Peters. Idzie on jednak o krok dalej. Podczas gdy Saemisch zaznacza tylko ten zmieniony sposób anatomo-patologicznego zapatrywania na sprawę jagliczą, Peters wyciąga z niego dalsze wnioski dla rozpoznania i zapobiegania.

Przewodnia myśl rozprawy Petersa jest następująca:

Coraz bardziej staje się prawdopodobnem, że grudka jaglicza jest tylko wyrazem obfitego wystąpienia tkanki gruczołowatej spojówki, będącej bezpośrednią przyczyną późniejszych procesów zabliźniania. Ponieważ jednak przyrost tkanki gruczołowatej daje się spostrzegać w zwykłych przewlekłych zapaleniach spojówki, zmuszeni jesteśmy pojęcie jaglicy rozciągnąć także na te przypadki, które nie mają wprawdzie wyraźnych mieszków, ale wykazują natomiast przyrost tkanki gruczołowatej spojówki.

Z przyjęciem tej zasady zmieniają się nasze zapatrywania rozpoznawcze. Jeśli nie ograniczymy się tylko do makroskopowego rozpoznania mieszków lub blizn, lecz poddamy wycięte skrawki spojówki badaniu mikroskopowemu, to rozszerzy się znacznie zakres przypadków, podejrzanych o jaglicę. Zapatrywanie to, uzasadnione obecnym stanem anatomii patologicznej jaglicy, ma jednak swe niedogodne strony; odstępując bowiem od dotychczasowego szematycznego pojmowania jaglicy, zmusza nas do przyjęcia postaci poronnych, które się w niczem nie odróżniają od dobrotliwych zwykłych przewlekłych nieżytów spojówki.

Podczas przebiegu nagminnego jaglicy zdarzają się bowiem często przypadki, które wobec braku mieszków można najwyżej uważać za podejrzane, które jednakże autor zaliczałby na podstawie wyniku badania mikroskopowego do postaci poronnych jaglicy.

Dla wyjaśnienia sposobu powstania tych przypadków nie wystarcza przyjęcie jednolitego bodźca chorobotwórczego; potrzeba więc dla wytłómaczenia tej różnorodności objawów wziąć do pomocy pojęcie usposobienia, skłonności do rozwoju tkanki gruczołowatej w spojówce.

Peters przytacza jeden przypadek, który zdaniem jego jest znamienny dla poparcia tego twierdzenia. Dotyczy on 29-letniej chorej z ciężką jaglicą wraz z łuszczką. Szczegółowe wywiady dały następujące wyniki: mąż pacyentki (Meklenburczyk), badany w 7 r. życia przez Zehendera, przebył zapalenie pryszczykowe spojówki i jest wraz z trojgiem dzieci, urodzonych już w Rostocku, zupełnie nieobarczony jaglicą. We wszystkich poprzednich domach mieszkalnych nie zaszedł żaden przypadek jaglicy; stanowczo było wykluczone spotkanie się z polskimi żniwiarzami lub osobami choremi na oczy. Przypadkowo jednak napomknęła chora, że ojciec miał jaglicę. Dowiedziano się, że ojciec przed 30 laty przybył z wschodnich Prus i od długiego szeregu lat ma już jaglicę w takim okresie zbliznowacenia, że o zakażeniu mowy być nie mogło. Ponadto córka od lat kilku zamężna zupełnie w domu nie była. Jak z jednej strony nie można było wykazać w tym przypadku źródła zakażenia, tak z drugiej strony jaglica chorej nie wywołała zakażenia ani u męża, ani u dzieci. W tym przypadku upatruje więc Peters jako przyczynę powstania jaglicy swoiste usposobienie, — pochodzenie wschodnio-pruskie. Za przyjęciem swoistej skłonności przemawiają także stosunki zdrowotne w reńsko westfalskim okręgu przemysłowym, gdzie nie daje się zauważyć żadna zmiana w częstości jaglicy u ludności miejscowej, mimo licznie napływającej polskiej ludności robotniczej, jaglicą zarażonej.

Co się tyczy zapobiegania, — to na podstawie przyjętego zapatrywania, że o istocie jaglicy rozstrzyga zachowanie się tkanki gruczołowatej spojówki, a nie grudka jaglicza, o zapobieganiu w ścisłem słowa znaczeniu mowy być nie może. Zapobieganie, oparte na pojęciach dawnych, polegające na rewizyach szkolnych, przymusie leczenia i t. p. ma tę dodatnią stronę, że wyszukuje przypadki jaglicy i przyprowadza je do leczenia.

Uwagi powyższe rzucają nowe światło na istotę jaglicy. Jest to próba, dążąca do wytłómaczenia różnorodności obrazów chorobowych i zrozumienia sprawy jagliczej na podstawie anatomo-patologicznej, — zanim zostanie odkryty właściwy bodziec chorobotwórczy.

Dr. W. Reis.

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Profesor E. Neusser (Wiedeń). **O zwolnionej i przyśpieszonej czynności serca.** (*Ausgewählte Kapitel der klinischen Symptomat. und Diagnostik.* Zeszyt 1, 1905). Zwolnienie ruchów serca pochodzić może: 1) z podrażnienia ośrodka nerwu błędnego; 2) z podrażnienia nerwu błędnego wzdłuż przebiegu aż do jego zakończeń w mięśniu sercowym; wreszcie 3) ze zmian w samem sercu; wchodzi tu mianowicie w rachubę: *a*) zmniejszenie automatycznej pobudliwości mięśnia sercowego skutkiem znużenia i wyczerpania, lub skutkiem wpływów toksycznych; *b*) zmniejszenie przewodnictwa w samym mięśniu sercowym przy niedostatecznem jego odżywieniu, również najczęściej skutkiem działania trucizn; wreszcie *c*) zmniejszenie kurczliwości mięśnia sercowego skutkiem zmian anatomicznych (zapalenie mięśnia sercowego, stłuszczenie serca, zwapnienie tętnic wieńcowych, zwyrodnienie pod wpływem rozmaitych jadów). Jak to Dehio wykazał, istnieje zasadnicza różnica między zwolnieniem czynności serca, powstałem z przyczyn pod 1 i 2 wymienionych, — a zwolnieniem, mającem podstawę w zmianach samego mięśnia sercowego, zwłaszcza w utracie jego kurczliwości: pierwsza ustępuje pod wpływem działania atropiny, porażającej zakończenia nerwu błędnego; na drugą atropina wcale nie działa.

Doświadczenie zdobyte przy łóżku chorego poucza i stwierdza, że jedną z najczęstszych przyczyn zwolnienia ruchów serca stanowi obszerny dział rozmaitych trucizn, jak: przewlekłe zatrucie nikotyną, ołowiem, naparstnicą, strofantusem, ezeryną, muskaryną, kwasem pikrynowym, solami potasowemi, kiełbasami (botulismus), lub fosforem. Podobnie jak wprowadzone z zewnątrz do ustroju trucizny, mogą działać także rozmaite samozatrucia, jak to ma miejsce w żółtaczce, mocznicy, acetonuryi i diaceturyi; tutaj wreszcie należy zwolnienie ruchów serca, występujące w okresie zdrowienia po różnych ostrych chorobach zakaźnych. W krótkiem streszczeniu trudno wymienić olbrzymią ilość faktów i spostrzeżeń klinicznych, opartych przeważnie na własnej bardzo gruntownej obserwacyi; autor przy każdym z osobna rodzaju, opierając się wszędzie na ścisłych danych, zdobytych doświadczeniami na zwierzętach, tłómaczy nadzwyczaj jasno i treściwie sposób i drogi, jakiemi zwolnienie czynności serca przychodzi do skutku; wyjaśnia jej znaczenie i podaje bardzo cenne wskazówki co do rozpoznawania i rokowania. Również szczegółowo omawia autor zmiany samego mięśnia sercowego (m. in. chorobę Stokes-Adamsa) i bliższe przyczyny, warunkujące powstawanie zwolnienia czynności serca w przebiegu tychże schorzeń. Najznaczniejsze zwolnienie tętna — do 16 uderzeń na minutę — spotyka się przy zakrzepach i zatorach tętnic wieńcowych.

Drogą podrażnienia ośrodka nerwu błędnego powstaje zwolnienie ruchów serca w najrozmaitszych schorzeniach mózgu i opon mózgowych, n. p. wstrząśnieniu, guzach, krwotokach (t. zw. *pulsus cephalicus* dawnych lekarzy); zapalenie opon gruźlicze wywołuje częściej zwolnienie tętna, aniżeli zapalenie opon nagminne. Powoli rosnące guzy mózgu mogą nie wywoływać zwolnienia, gdyż ośrodek nerwu błędnego przystosowuje się do stopniowo zwiększającego się ciśnienia śródczaszkowego. Podrażnieniem nerwu błędnego wzdłuż jego przebiegu tłomaczymy powstawanie zwolnienia ruchów serca przy guzach i nowotworach śródpiersia, rakach przełyku. Odruchowo w obrębie i na drodze nerwu błędnego powstaje zwolnienie tętna w przebiegu wrzodu i raka żołądka, w rozszerzeniu żołądka, przy czerwiach, skutkiem podrażnienia nerwu krtaniowego, n. p. przy wziernikowaniu, tracheotomii i t. d., w chorobach ucha (gałązka uszna n. błędnego); zwolnienie tętna, występujące w kolce żółciowej, może, zwłaszcza tam, gdzie silne bole rozpromieniają się w okolicę serca i lewej kończyny górnej, — naprowadzić błędnie na myśl o dusznicy bolesnej. Kolce jelitowej, z jakichkolwiekbądź powodów powstałej, towarzyszy zazwyczaj zwolnienie tętna, podczas gdy przy zajęciu i bolach, pochodzących z otrzewnej, spotykamy z reguły przyspieszenie tętna. W końcu zwolnienie ruchów serca nastąpić może odruchowo wskutek podrażnienia jakichkolwiek, nawet odległych nerwów czuciowych na obwodzie, n. p. przy nerwobolu n. trójdzielnego, kulszowego, zapaleniu najądrza (*epididymitis*), przy znacznem przepełnieniu pęcherza. W każdym pojedynczym przypadku powinien lekarz przyczynę istniejącego zwolnienia tętna bliżej określić ściśle i od niego uczynić zależnem zarówno swe rokowanie, jak i leczenie.

II. Przyśpieszenie czynności serca. Po omówieniu osobniczych różnic w liczbie tętna, leżących w granicach fizyologicznych, a zależnych od wieku, oddechów (n. p. Valsalvy), przyjęcia pokarmów, wysiłków fizycznych i umysłowych, ciąży, porodu, karmienia, wreszcie wpływu woli, przechodzi autor do wyliczenia przyczyn patologicznego przyśpieszenia czynności serca. Należą tu przedewszystkiem choroby zakaźne; nie we wszystkich przyśpieszona czynność serca idzie w parze z wysokością gorączki, — jak to dawniej utrzymywano, — zależnie od przyrody samego zakażenia, od ilości jadów krążących, od odporności i zasobu sił chorego, a w szczególności od stanu, w jakim się narząd krążenia znajduje. Podczas gdy w przebiegu niepowikłanego duru brzusznego spotykamy tętno zazwyczaj niezwykle wolne, to w przebiegu grypy, a nawet po jej ustąpieniu, przeciwnie, jest ono zbyt szybkie — w stosunku do wysokości gorączki. Jad błonicy, grypy, działa zgubnie na sam mięsień sercowy, jakoteż i na ośrodki, regulujące czynność serca, czego następstwem może być między innymi objawami osłabienia serca, spotykanymi w przebiegu tychże chorób, — także i przyśpieszenie tętna. W zapaleniu płuc szybkość tętna i jego stosunek do liczby oddechów zależy od stanu serca, od rozmiarów ogniska zapalnego, ewentualnych powikłań, od nasilenia samego zakażenia, ilości i jakości wytwarzanych jadów. W gruźlicy prosówkowej, jakoteż w jakiemkolwiek zakażeniu łańcuszkowcami, — w przeciwieństwie do zakażenia gronkowcami, — przydarzają się najwyższe wzniesienia liczby tętna. W przebiegu bezgorączkowym gruźlicy płuc (n. p. u cierpiących na moczówkę), znacznie przyśpieszone tętno każe źle rokować, bo dowodzi rozszerzania się sprawy gruźliczej, albo zaniku i zwyrodnienia serca, albo ucisku n. błędnego przez zserowaciałe gruczoły; być może, że substancya, którą Bouchard wyodrębnił z tuberkuliny, a która posiada własność rozszerzania naczyń na obwodzie i obniżania ciśnienia krwi, przyczynia się tym sposobem także do przyśpieszenia tętna.

Cały szereg zatruć — ostrych i przewlekłych — wywołuje mniej lub więcej znaczne przyśpieszenie tętna; tutaj należy w pierwszym rzędzie atropina (działająca przez porażenie zakończeń nerwu błędnego), nitrogliceryna, azotyn amylowy, naparstnica (w okresie działania zbiorowego), makowiec, kokaina; spotykamy dalej przyśpieszenie tętna przy nadużywaniu kawy, herbaty, alkoholu, tytoniu, wreszcie w śpiączce cukrzycznej.

Wśród chorób narządu krążenia występuje przyśpieszenie czynności serca ostre w rozszerzeniu serca po wysiłkach fizycznych, w ostrem i przewlekłem zapaleniu mięśnia sercowego, w miażdżycy tętnic serca, zwłaszcza wieńcowych, w wadach zastawkowych. G. Sée zwraca uwagę na przerost serca z przyśpieszeniem tętna w okresie pokwitania (*hypertrophie de croissance*).

Rozliczne mogą być przyczyny, wywołujące przyśpieszenie czynności serca drogą porażenia ośrodka n. błędnego (ewentualnie po poprzednim okresie jego podrażnienia); tak więc spotykamy się z przyśpieszonem tętnem w końcowych okresach zapalenia opon mózgowych, w wodogłowiu, przy guzach mózgu, zwłaszcza na dnie 4-tej komory, lub usadowionych w móżdżku, w porażeniu opuszkowem, w krwotokach, zatorach i zakrzepach rdzenia przedłużonego, dalej w przebiegu porażenia Landryego, w zapaleniu substancyi starej mózgu (polioencephalitis anterior), w *sclerosis lat amyotr.*, *sclerosis dissem.*, w wiądzie, w syringomyelii.

Ucisk i uszkodzenie anatomiczne n. błędnego (przez rozmaite ropnie, tętniaki, powiększone gruczoły chłonne, n. p. w krztuścu, rakach, gruźlicy), jakoteż zwyrodnienia i zmiany zapalne n. błędnego (n. p. w przebiegu chorób zakaźnych, zatruć, skutkiem sąsiedztwa z zapalnie zmienioną opłucną i wewnętrzną warstwą osierdzia, z zapalnie zmienionym gruczołem chłonnym) wywołują również przyśpieszenie czynności serca.

Objawowo występuje przyśpieszenie tętna w charłactwie gruźliczem, rakowem, w skrobiawicy, w niedokrwistości postępowej, w złośliwej białaczce. W błednicy, zwłaszcza u osób nerwowych, tętno bardzo łatwo po najmniejszym wysiłku i wzruszeniu podnosi się szybko w górę, spadając jednak z powrotem do granic prawidłowych we śnie, podczas gdy n. p. w początkach choroby Basedowa, kiedy przyśpieszenie czynności serca jest jedynym jej objawom, trwa ono stale nawet podczas spoczynku i nie znika we śnie.

Przyśpieszoną czynność serca spotykamy przy rozmaitych nerwicach i psychozach, w okresie przekwitania, wreszcie stanowi ona samodzielną nerwicę ośrodków regulujących w rdzeniu przedłużonym, — t. zw. *tachycardia paroxysmalis*, — której etyologia nie jest nam zupełnie znaną, a której najważniejszą cechą jest występowanie nagłe w napadach trwających kilka godzin, tygodni, a nawet miesięcy, podczas czego liczba tętna dochodzić może do 200—300 uderzeń na minutę, a parcie krwi znacznie się zmniejsza.

Wilczyński.

Sick. **Znaczenie rozpoznawcze wymiotów krwawych w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, T., 82, Z. 3, i 4, 1905). U chorego, którego autor obserwował w klinice prof. Krehla z powodu ostrego zapalenia wy-

rostka robaczkowego, występowały w przebiegu choroby obfite wymioty krwawe. Wśród wątpliwości rozpoznawczych z jego powodu i wahania, z czem się ma do czynienia: z zapaleniem wyrostka, czy z wrzodem przebijającym ściany żołądka, stan chorego szybko się pogarszał, dołączyły się objawy zapalenia otrzewnej i ropnia podprzeponowego; 11-go dnia nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcya stwierdziła zapalenie i zgorzel wyrostka robaczkowego z następowem przedziurawieniem, oraz zapalenie otrzewnej; żołądek okazywał kilka świeżych owrzodzeń, ograniczonych do samej błony śluzowej, a nadto wiele drobnych wybroczyn (*per diapedesin*) i podbiegnięć. Na podstawie powyższego przypadku i wszystkich podobnych, zebranych z piśmiennictwa (pierwszy przypadek opisał w 1901 Dieulafoy) zastanawia się autor, jaki być może związek przyczynowy między zapaleniem wyrostka robaczkowego, a krwotokami żołądka. Wspólnie z Nietschem przypuszcza, że powstające w zapaleniu otrzewnej jady (toksyny) sprowadzają w ustroju nieznaczne zmiany naczyniowe i miejscowe ogniska martwicze, które jednak tylko w obrębie błony śluzowej żołądka nabierają większego znaczenia, gdyż pod wpływem żrącego i trawiącego działania soku żołądkowego wytworzyć się z nich mogą typowe nadżerki, względnie wrzody żołądka zupełnie analogicznie, jak w niektórych stanach chorobowych, związanych z pewnemi zmianami we krwi (skazy krwotoczne, mocznica, żółcica, oparzenia, rozmaite otrucia).

Wilczyński.

CHIRURGIA. Dr. L. Szuman (Toruń). **O guzach twardych nacieklych zapalnych, występujących wskutek próchnicy zębów mądrości, lub wskutek zachorzeń dziąsła.** (*Przegląd dentystyczny*, Z. 1 i 2, 1905 r.). Prócz ostrego i podostrego zapalenia okostnej, występującego wskutek próchnicy zęba, lub innego zakażenia w jamie ustnej i nie zawsze przechodzącego w widoczne ropienie, pojawia się jeszcze jedna postać zapalenia okoloszczękowego. Na nią właśnie zwraca uwagę Dr. Szuman. Występuje ona dość rzadko i charakteryzuje się twardym naciekiem zapalnym, mniej lub więcej rozlanym, deskowatym, do nowotworowego podobnym, bardzo mało bolesnym, który dopiero po 5—6 tygodniach, lub później, przechodzi w ogniskowe ropienie. Wtedy wzmaga się bolesność i występuje gorączka miernego stopnia. Skóra nad naciekiem jest stwardniała, nieprzesuwalna i mało zaczerwieniona, nieco sinawa. Przyczyną tego naciekowego zapalenia podostrego bywa, pomijając promienicę szczęki dolnej, owrzodzenie dziąsła w okolicy dolnego zęba mądrości, połączone z jego próchnicą, lub i bez niej. Często bowiem, jak to autor spostrzegał w odnośnych przypadkach, występuje ten rodzaj zapalenia, pomijając próchnicę zębów, w czasie wyrzynania się zębów mądrości, gdzie n. p. ząb mądrości zdrowy jeszcze się nie przebił przez dziąsło. Dziąsło nad nim ulegało uciskowi górnego zęba mądrości, nawet prawidłowego i w ten sposób powstawało owrzodzenie, co dało właśnie powód do tego rodzaju zapalenia, któremu zwykle towarzyszy mniejszego lub większego stopnia szczękościsk. Leczenie polega na usunięciu przyczyny choroby, a zatem wyrwaniu odpowiedniego zęba, czasem nawet zdrowego, nad którym dziąsło owrzodziałe, a on jeszcze ukryty w niem; następnie na wyskrobaniu ostrą łyżeczką ognisk ropnych, wytamponowaniu z jednej strony, a z drugiej wysączkowaniu ich ku dołowi.

Dr. Ad. Kozaczka.

Peiser. **W sprawie patologii zapalenia otrzewnej, z dodatkiem: działanie adrenaliny w jamie brzusznej.** (*Beiträge zur klin. Chir.*, 1905). Wegner wykazał wielką zdolność resorbcyjną otrzewnej, która potrafi wessać w ciągu godziny 3 do 8% ogólnej wagi ciała. Otrzewna wsysa nietylko płyny, lecz i drobnoustroje w nich zawieszone. Utrudniona resorbcya bakteryi wpływa pomyślnie na rozwijanie się zapalenia otrzewnej, a na odwrót, przy silnej wessalności bakterye dostają się bardzo szybko do krwi. Autor badał bakteryologicznie krew w zakażeniu otrzewnej i starał się wykazać drogi, któremi drobnoustroje z otrzewnej się wydostają. Doświadczenia robił na królikach i zakażał je prątkiem okrężnicowym i paciorkowcami. Przy zakażeniu 2 ctm. hodowli 48-godzinnej prątka okrężnicowego, wyhodowanego z kału, już w 10 minut wykazać można było we krwi tętnicy dogłowowej liczne drobnoustroje. Ilość ich malała potem stopniowo. Przy zakażeniu mniejszą ilością (0,5 ctm.) *maximum* ilości drobnoustrojów dosięga dopiero na drugi dzień. Zmniejszania się ilości drobnoustrojów we krwi nie należy odnosić do zatkania dróg odprowadzających z jamy otrzewnowej, lecz tylko do zwolnienia wessalności otrzewnowej. To zwolnienie polega na rozszerzeniu zapalnem naczyń włosowatych, a zwężenia naczyń tętniczych i żylnych. Zwierzęta zakażone połową śmiertelnej dawki w otrzewnę, a w godzinę potem drugą połową do krwi, giną ogromnie szybko. W zwolnieniu tej wessalności otrzewnej znajdziemy może środek leczniczy w zapaleniu tej błony. Przy zwolnionej resorbcyi gromadzą się licznie leukocyty w jamie brzusznej i tworzy się ropa. Inaczej jest, gdy tego zwolnienia niema; wtedy występuje posokowate zapalenie otrzewnej, zatrucie otrzewnowe. Środkiem wybitnie zwalniającym wessanie z otrzewnej jest adrenalina: 1 ctm.³ rozczynu ricing: 1: 400 jest dawką śmiertelną dla królika. Otóż króliki, uodpornione przedtem na kwandrans zapomocą 0,4 ctm. kupnego rozczynu adrenaliny, znosiły po części to zatrucie i kilka utrzymał autor przy życiu. Exner potwierdził doświadczenia autora, dowodząc, że trucizny, wprowadzane przez usta, działają wolniej i słabiej przy śródotrzewnowych wstrzykiwaniach adrenaliny.

Dr. A. Klęsk.

Karewski. **O wzajemnym stosunku cukrzycy do zabiegów chirurgicznych.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 10 do 12, 1905). Autor na mocy swego rozległego doświadczenia omawia szczegółowo stosunek cukrzycy do zabiegów chirurgicznych. Jak z jednej strony postępowanie bezgnilne zmniejszyło znacznie niebezpieczeństwo operacyi w tych przypadkach, o tyle z drugiej strony wiele jeszcze jest bardzo poważnych powikłań. Należy do nich głównie dwa, t. j. zakażenie i śpiączka cukrzycza. Zakażenie ułatwia obecność cukru w ustroju, jak to wykazał Bujwid dla łańcuszkowca złocistego. Osobniki z cukrzycą powinny mieć przedewszystkiem siły do operacyi, nie jest więc autor za dyetą, sprowadzającą zmniejszenie cukru, poszczeniem i t. d. Operować powinno się wczas rano, przed i po operacyi podawać przetwory alkaliczne w dużej ilości i osobniki, cierpiące na cukrzycę, dobrze odżywiać. Unikać należy uśpienia, szczególnie chloroformem, podobnie znieczulenia metodą Schleicha (wywołuje dość często u osobników cierpiących na cukrzycę zgorzel): najlepiej znieczulać wprost pnie nerwowe. Nie wolno zaciskać kończyn opaską Esmarcha, wystarcza adrenalina. Zgubnie działa na cierpiących na cukrzycę podniecenie nerwowe z powodu operacyi, wielkie utraty krwi, leżenie w łóżku i brak świeżego powietrza. Rany powinny być gładkie bez zaułków i płatów, szwy należy zakładać w wielkich odstępach, często lepiej zupełnie nie szyć (n. p. po amputacyi), lub szyć następowo. Owrzodzianki i karbunkuły należy wycinać, a nie przecinać. Ropówki otwierać szeroko z poświęceniem nieraz mięśni i ścięgien. Amputacye trzeba robić wysoko, n. p. przy zgorzeli podudzia w dole odjąć trzeba kończynę w udzie, przyczem nie powinno się używać skomplikowanych metod, lecz jak najprostsze. Operować trzeba i należy tylko ze wskazania życiowego, unikać też powinno się n. p. wszystkich operacyi kosmetycznych. Zabiegi powinny być jak najdogodniejsze, n. p. przy przepuklinach uwięźniętych z zasady trzeba zakładać rzyć sztuczną. Jelito ulega bardzo szybko u cierpiących na cukrzycę przy uwięźnięciu zgorzeli, nie wolno też robić odprowadzenia, a raczej w każdym przypadku uwięźnięcia trzeba badać najpierw mocz.

Dr. A. Klęsk.

Dr. Klapp. **Nowy sposób operacyi wodniaka jądra.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1904, Z. 4, 5, i 4). Autor z powodu 2 nawrotów, operowanych sposobem Winkelmanna, pracował nad wynalezieniem nowego sposobu, któryby nie miał wad metody Bergmanna (następowe krwiaki), ani Winkelmanna. U jednego z pacyentów, operowanego tym ostatnim sposobem, znaleziono przy operacyi nagromadzenie się płynu, tak po stronie zewnętrznej, jak i wewnętrznej obróconej torebki. Między obu płynami była komunikacya przez otwór, przez który wywinięto jądro. Sposób autora polega na tem, że robi on małe cięcie, unikając przytem naczyń. Po wypuszczeniu płynu wypukla się torebkę i fałduje się szwami jedwabnymi osłonę pochwową w odległości 2 ctm. od siebie. Przez to fałdowanie przylegają do siebie powierzchnie surowicze, krwiaki się nie tworzą, operacya trwa krótko i da się wykonać ambulatoryjnie. Sfałdowana torebka tworzy z początku guz w worku mosznowym, ta znika jednak i autor po roku nie widział już różnicy w obu połowach moszny.

Dr. Klęsk.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Jacquet i Rondeau (Paryż). **Mazidło skórne** (*vernix caseosa*), **dziedziczność łojotoku i trądzik płodów.** (*Annal d. derm. et syph.*, 1905, 1). Powszechnie przyjęto twierdzenie, że płód przy urodzeniu pokryty jest warstwą łoju, która ma za zadanie osłaniać skórę przed działaniem wód płodowych. Dla stwierdzenia tego szczegółu autorowie badali w tym kierunku 287 noworodków i stwierdzili tylko w 41% dużo mazidła, w reszcie przypadków albo bardzo mało, albo zupełny jego brak. Te spostrzeżenia zatem musiały zachwiać poprzednie zdanie, że mazidło u płodów ma stałe przeznaczenie. O ile jednak jest niestałe, choćby tylko co do ilości, o tyle rozłożone jest zawsze wedle pewnego szematu. Najwięcej pokryta jest okolica kręgosłupa wzdłuż grzbietu, karku, uszy, pachy i pachwiny, mniej zewnętrzna strona kończyn, narząd płciowy, stopy i dłonie, czoło i twarz, a najmniej wewnętrzna strona kończyn i przednia powierzchnia tułowia. Maź powstaje około 5—6 mies. życia płodowego, o spojności różnej, od serowatej do oleistej. U niektórych

płodów występuje jednak prócz tego trądzik (*acne sebaceum*) na twarzy, z której wycisnąć można podobnie, jak w łojotoku, czopy łojowe, leżące w ujściach torebek włosowych. Zmiany te wytłómaczyć można tylko nadmierną czynnością gruczołów łojowych. Wywiady zaś wykazały, że trądzik taki powstaje często u płodów matek, cierpiących na łojotok, i u tych rodziców w ogóle, którzy cierpią na jakieś zboczenia ogólne. Na mocy tych spostrzeżeń stwierdzają autorowie, że maź płodowa jest następstwem łojotoku (*kérato-seborrhée*) ostrego, powstałego skutkiem patologicznego podrażnienia płazmy rozrodczej, a ustalonego w skórze przez jej zadrażnienie. Dalej widzi się u płodu podobnie, jak w okresie dojrzewania, pewien związek między czynnością gruczołów narządu płciowego, a gruczołów łojowych. Z końcem 4-go miesiąca życia płodowego zaczyna się wyróżniać narząd płciowy, dalej spostrzega się, że macica noworodków bywa przekrwiona, gruczoł krokowy powiększony, jądro obrzęka, gruczoł mleczny powiększa się, a nawet wydzielać się może siara. Wszystkie te objawy dowodziłyby, że płód przechodzi w łonie matki jakby okres dojrzewania płciowego *en miniature*, wśród którego powstawać może, podobnie, jak u dorosłych, łojotok, trądzik, zaskórniki i t. p. Spostrzeżenia te zatem dowodziłyby wbrew teoryi Sabouranda o zakaźności łojotoku, że tenże jest sprawą wrodzoną, która u płodu powoduje powstanie mazidła na skórze, a w okresie dojrzewania różne postacie, tak dobrze znane dermatologom.

Krzyształowicz.

Vörner. **Przyczynek do leczenia żylakowego wrzodu przedudzia.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 9). Leczenie żylaków i żylakowych wrzodów przedudzia ma za zadanie przedewszystkiem poprawić krążenie w chorych kończynach. W tym celu autor zastosował ucisk kończyny zapomocą dwóch cienkich elastycznych opasek, które poleca zakładać, począwszy od palców stopy, pokrywając pierwszą opaskę drugą, końce zaś wolne opasek przytwierdza przylepcem. Opaski, w ten sposób założone, nie zesuwając się, wywierają jednostajny ucisk, a z powodu swej cienkości pozwalają na wygodne noszenie obuwia. Do stałych opatrunków uciskających używa autor kleju, składającego się z $^1/_2$% liposoku tragankowego (*tragacantha*), z 5% gliceryny, 10% żelatyny i 5% kwasu borowego, jakoteż boraksu. Przy zakładaniu takiego opatrunku postępuje się w następujący sposób: po dokładnem obmyciu i osuszeniu kończyny i zasypaniu owrzodzeń odpowiednią posypką, pociąga całą kończynę klejem, ogrzanym do 30% lub 40% i nakłada pierwszą opaskę, którą powleka drugą warstwą kleju, poczem zakłada drugą opaskę. Zapomocą tych opatrunków, których wielką zaletą jest nizka cena, osiągnął autor bardzo pomyślne wyniki. *Dr. Stopczański.*

Prof. E. Finger. **Leczenie zapobiegawcze i poronne rzeżączki.** (*Deut. med. Wochs.*, 1905, Nr. 7). Po krótkim wstępie historycznym roztrząsa autor krytycznie zasady, na których opierają się obie metody leczenia rzeżączki. Podczas gdy celem leczniczym poronnego jest jak najszybsze oczyszczenie zakażonej błony śluzowej cewki z dwoinek Neissera i to w ten sposób, że używany środek odkażający działa zabójczo na wszystkie drobnoustroje, gdzieby się one nie ukrywały, zadanie leczenia zapobiegawczego jest podobne, stosuje się je jednakowoż na ślepo, nie wyczekując żadnych objawów klinicznych, występujących po podejrzanem spółkowaniu. Zadania tego częstokroć nie osiąga się; anatomiczne badania bowiem wykazały, że w czasie, kiedy leczenie poronne rozpoczyna się, dwoinki usadawiają się nietylko w powierzchownej warstwie błony cewki, jako pasorzyt nabłonkowy (*Epithelparasit*), ale dostają się także pod warstwę nabłonkową do tkanki łącznej i tam bujają spokojnie; środek odkażający albo wcale nie ma tam przystępu, albo tylko częściowo. Zatem rozmaite metody leczenia zapobiegawczego mogą tylko wtedy mieć praktyczne zastosowanie, kiedy jeszcze gonokoki znachodzą się na ograniczonej przestrzeni i to wyłącznie na samej powierzchni tak, że jednym silnym zabiegiem można wszystkie usunąć. Choć z jednej strony przyznać należy, że taki okres niezawodnie towarzyszy każdej rzeżączce, lecz bywa on tak krótki i przemija tak niespostrzeżenie, że lekarz bardzo rzadko tylko ma sposobność udzielenia pomocy chorym, w powyższym okresie znajdującym się. Zwolennicy tego rodzaju leczenia, do których F. się nie zalicza, stosują środki działające bądź mechanicznie, (jak wyskrobanie nabłonka podejrzanego), bądź też wstrzykiwanie przetworów żrących (protargol, albargina, largina i t. p.); jedne i drugie powodują jednak mniejsze lub większe uszkodzenia tkanek i dlatego nawet stronnicy tej metody przyznają, że skutek dodatni daje się wykazać tylko w 40—60% wszystkich przypadków i to dopiero po kilku tygodniach. Autor sam, jak i Jadassohn, po rozczarowaniu, jakie jego spotkało, leczy obecnie wszystkich chorych systematycznie, podnosząc, że w lekkich przypadkach, t. j. przy wyżej wzmiankowanych korzystnych stosunkach zewnętrznych i systematycznem leczeniem dochodzi bardzo szybko do celu. Autor zatem stosuje od pierwszego dnia stwierdzonej choroby miejscowe leczenie pod formą wstrzykiwań płynów nie drażniących przeciwgnilnych; odsetek leku, zawartego w płynie, jest tem większy, im mniejsze są objawy zapalne; w takich wdzięcznych, bo lekkich przypadkach, mógł po 3—4 tygodniach uważać chorego za wyleczonego; nierównie dłużej trwają zabiegi lecznicze tam, gdzie od samego początku objawy rzeżączki są ostre. Poddając krytyce przedmiotowej usiłowania, mające na celu zapobieganie zarażeniu się rzeżączką, zarzuca wszystkim środkom, używanym w tym celu, mniejszą lub większą szkodliwość; doświadczenie bowiem wykazało, iż stosując po każdym stosunku płciowym roczczyn wysoko — wartościowy (5—20%) odpowiedniego leku (protargolu, argoniny i t. p.), tem samem wywołuje się objawy nieżytowe w cewce, nieraz nawet znacznego stopnia, tem przykrzejsze dla chorego, iż w stosunkowo krótkim czasie po ponownem stosowaniu takiego środka zapobiegawczego przypadłości te znów wystąpią. Zatem błona śluzowa cewki dotknięta będzie prawie przewlocznie sztucznie wywoływanym nieżytem; cóż dziwnego, że na takiej błonie, mniej odpornej, usadawiać się będą koki Neissera, a z nimi pojawiają się zwiastuny prawdziwej rzeżączki, zazwyczaj zapoznanej, gdyż chory uważa swój stan za dalszy ciąg nieżytu; następstwem logicznem w tych przypadkach bywa to, iż właściwe leczenie swoiste zapóźno się rozpoczyna. Z tych to powodów F. nie poleca zasadniczo leczenia zapobiegawczego. *Korm.*

Hecht. **Leczenie chorób skórnych keraminą.** (*Med. chirurg. Centralblatt*, Nr. 9). Keramina jest pastą mydlaną i zawiera mieszaninę ługu sodowego, potasowego, balsamu peruwiańskiego, olejku goździkowego i cynamonowego. Działanie tego środka odpowiada zupełnie jego składowi, a więc jako mydło tworzy chemiczne połączenie ze schorzałemi komórkami, rozpuszcza częściowo i przemienia je w zawiesinę wraz z produktami chorobowymi tych komórek i oddziela je w ten sposób od zdrowego podłoża. Nie zawierając zaś wolnego ługu, nie nadżera zdrowej skóry, która pod wpływem keraminy staje się gładką i miękką. Z wodą tworzy keramina pianę, która na skórze szybko zasycha, tworząc równą, nieklejącą się powłokę. Autor stosował keraminę z bardzo pomyślnym wynikiem przy odparzeniach, liszajach, zaskórnikach, świerzbiączce sromu i wyprysku. Przy leczeniu wyprysków ostrych i przewlekłych i innych cierpień skórnych, połączonych ze swędzeniem, autor nie mógł się ograniczyć jedynie tylko do tego środka, ale po uśmierzeniu świądu przy pomocy keraminy, leczenie następowe innymi środkami było znacznie szybsze i łatwiejsze. *Dr. Stopczański.*

Galewski. **O rozpuszczalnym kalomelolu.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 11). Autor od dwóch lat posługiwał się w leczeniu kiły kalomelolem, który jest szaro-białym proszkiem bez smaku i woni, nierozpuszczalnym w wyskoku, eterze i benzolu, rozpuszczalnym w zimnej wodzie w płyn mleczny w stosunku 1:50. Działania trującego kalomelol nie posiada w przeciwieństwie do zwykłego kalomelu, przy którym to działanie występuje w następstwie wydzielania się wolnego sublimatu. Bardzo dogodną w użyciu, nie brudzącą bielizny, a dającą się dobrze wcierać, jest maść kalomelolowa (jako *unguentum Heyden mitius*), zawierająca 30% rtęci. Autor u 50 chorych stosował wcierania maści kalomelolowej, a w czterech przypadkach spostrzegał objawy zapalne w jamie ustnej, jako dowód, że maść kalomelolowa wydziela dostateczną ilość rtęci. Wstrzykiwań roczczynów kalomelolu nie stosował autor ze względu na wielką bolesność i znaczne nacieki, które po takich wstrzykiwaniach powstają. Natomiast podawał autor do wewnętrznego użycia tabletki, zawierające 0·01 kamelolu z dodatkiem 0·006 makowca. Na podstawie swych doświadczeń sądzi autor, że wcierania maści kalomelolowej można stosować z dobrym skutkiem w przypadkach, gdzie nie potrzeba gwałtownego działania rtęci, zwłaszcza u osób, u których szara maść wywołuje silne podrażnienie skóry.

Dr. Stopczański.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. R. Fischl. **Badania doświadczalne nad znaczeniem wycięcia grasicy u zwierząt młodych.** (*Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther.*, Bd. I, Heft II). Doświadczenia, wykonane na młodych zwierzętach, a mianowicie na 8 kozach, 6 psach i 25 królikach, doprowadziły autora do wniosku, iż wycięcie grasicy u wspomnianych wyżej zwierząt niema żadnych złych skutków dla zdrowia. Autor nie zauważył u zwierząt, pozbawionych grasicy, ani upośledzenia we wzroście, ani zboczeń w rozwoju kośćca, przypominających krzywicę, ani zaburzeń odżywczych, ani też dłużej, niż u zwierząt prawidłowych, trwającego zrastania się sztucznie wywołanych złamań kości. *A. Wrzosek.*

Lina Luzzani. **Przyczynek do rozpoznawania wścieklizny.** (*Zeitschrift f. Hygiene und Infektionskrankheiten*, Bd. 49, Heft 2, 1905). Autor stara się rozstrzygnąć, czy metoda histologiczna może zastąpić metodę biologiczną w rozpoznawaniu wścieklizny u podejrzanych o nią zwierząt. — W badaniu histologicznem

postępuje w następujący sposób: Wycina małe kawałeczki tkanki mózgowej z rogu Ammona i z móżdżku, ustala je w płynie Zenkera (*Sublimat. 5,00 Kal. bichrom. 2,50, Natrii sulf. 1,00, Acidi acetici 5,00 Aquae dest. 100,00*). Po ustaleniu wypłókuje kawałeczki w wodzie zwyczajnej przez kilka minut i albo robi tymczasowe preparaty, które w większej liczbie przypadków wystarczają, i to w ten sposób, że z powierzchni kawałeczków zeskrobuje miazgę, którą bada w kropli wody lub rozcieńczonego alkoholu, bądź też, gdy te preparaty nie wystarczą, — zatapia kawałeczki, a skrawki z nich otrzymane barwi metodą Manna. — Autor znajdował, podobnie jak i inni autorowie, ciałka Negriego najobficiej w tkance z rogu Ammona, a także móżdżku, i zwraca uwagę na jeden szczegół ważny celem uniknięcia błędów rozpoznawczych, a mianowicie, że w komórkach nerwowych tkanki mózgowej z rogu Ammona ze zdrowych kotów można spotykać ciałka, podobne do małych ciałek Negriego i dlatego badanie kotów wtedy można uważać za badanie z wynikiem dodatnim, gdy się znajdzie duże ciałka Negriego, (zupełnie rozwinięte, jak się autor wyraża, uważając je w myśl Negriego za pasorzyty natury zwierzęcej). Autor zbadał 179 przypadków, dotyczących różnych gatunków zwierząt: w 107 stwierdził wściekliznę, a z nich tylko w 102 stwierdził obecność ciałek Negriego, w 5-ciu ciałek tych nie znalazł, mimo że próba biologiczna wypadła dodatnio. Obok tego zestawia autor statystykę przypadków wszystkich autorów, którzy dotychczas w podobny sposób i w podobnym celu badania przeprowadzali. Otóż ogółem zbadano (Negri, Volpino, D'Amato, Daddi, Luzzani i Macchi, Luzzani) 457 przypadków; w 288 stwierdzono wściekliznę, a z tej liczby tylko w 9 przypadkach nie znaleziono ciałek Negriego, pomimo że próba biologiczna dała wynik dodatni. Jeżeli się do tej liczby doda przypadki Abby i Bormansa, których autor nie uwzględnił jeszcze, rzecz przedstawi się w sposób następujący: Ogółem zbadano 550 przypadków, z tego w 348 stwierdzono wściekliznę, w 11 z nich nie stwierdzono ciałek Negriego, mimo że metoda biologiczna dała wynik dodatni. Obecność ciałek Negriego stwierdza według autora z całą pewnością, że dane zwierzę dotkniętem było wścieklizną; brak ich nie wyklucza jeszcze wścieklizny i dlatego w razie ujemnego wyniku badania histologicznego stosować należy metodę biologiczną. *Droba.*

A. Bickel. **Badania doświadczalne nad wydzielaniem się soku żołądkowego u trawożernych.** (*Berl. klin. Wochenschr.*, Nr. 6, 1905). Autor badał wydzielanie się soku żołądkowego u kóz, wykroiwszy z czwartego żołądka sposobem Pawłowa tak zwany mały żołądek. W przeciwieństwie do żołądka małego psów, który wydziela sok niestale, z małego żołądka kóz sok sączył się bezprzestannie. Należy to objaśnić tem, iż u kóz w czwartym żołądku, odpowiadającym swą budową żołądkowi mięsożernych i wszystkożernych, w warunkach zwykłych stale przebywa miazga pokarmowa. Nawet po dwudniowem głodzeniu kozy, otwierając na trzeci dzień żołądek czwarty, znajdował w nim autor miazgę pokarmową. A więc u kóz trawienie odbywa się bez przerwy; nie tak, jak u psów. Drugą osobliwością soku żołądkowego kóz są znaczne wahania w kwaśności. Jeżeli kozę głodzić, to sok żołądkowy, wypływający z małego żołądka, posiada odczyn wybitnie zasadowy. Jeśli potem zwierzę nakarmić, to stopniowo w ciągu godzin zwiększa się wydzielanie soku, a jednocześnie zmienia się odczyn jego: z początku staje się słabo kwaśnym, później silniej, wreszcie dochodzi do najwyższej kwaśności, poczem powoli znowuż robi się mniej kwaśny, aż wreszcie staje się zasadowym, a ilość jego spada do ilości tej, jaką żołądek wydzielał przed karmieniem. *A. Wrzosek.*

Abba i Bormans. **Szybkie rozpoznawanie wścieklizny sposobem histologicznym.** (*Annales de l'Institut Pasteur*, Nr. 1, 25 Janvier, 1905). Ponieważ metoda biologiczna rozpoznawania wścieklizny, polegająca, jak wiadomo, na szczepieniu pod oponę twardą królikom cząsteczek tkanki mózgowej z podejrzanych na wściekliznę zwierząt, jest o tyle niedogodną, że wymaga do ostatecznego rozstrzygnięcia względnie długiego czasu, — przeto autorowie na podstawie porównawczych badań zalecają w miejsce metody biologicznej metodę histologiczną, prowadzącą szybko do celu (24 godzin, czasem więcej) i wymagającą do wykonania prócz mikroskopu zaledwo kilku odczynników. Myśl i zasada metody ma początek w badaniach autorów jak: Negri, Daddi, Volpino, Luzzani i Macchi, Amato, którzy w komórkach nerwowych zwierząt padłych na wściekliznę znachodzili ciałka, zwane od ich odkrywcy ciałkami Negriego i występujące najobficiej w komórkach nerwowych tkanki mózgowej z *cornu Ammonis.* — Autorowie wycinają z rogu Ammona kawałeczki tkanki grubości 3—4 mm., ustalają je przez 5—6 godzin w 4—5 sz. cm. 10% kwasu osmowego, — przemywają je następnie przez ½ lub więcej godzin w wodzie zwyczajnej, — stwardniają przez 3—4 godzin w alkoholu absolutnym, — robią z nich brzytwą skrawki, które badają pod mikroskopem w glicerynie. Komórki nerwowe są w tych preparatach barwy kawowej, jądra mniej żółte, — jąderka zaś silnie zabarwione. W pierwoszczy komórek leżą ciałka Negriego, podobnie zabarwione, jak jąderka, wykazujące wewnątrz przestrzenie jasne, jakby wakuole. Ciałka mogą być różnej wielkości i mogą się znajdować w różnej ilości w jednej komórce. Autorowie zbadali 93 przypadki, — stosując równocześnie metodę biologiczną i histologiczną. W 58 przypadkach był wynik co do wścieklizny dodatni, w 35 — ujemny. Z 58 przypadków o wyniku dodatnim w dwóch tylko nie znaleziono ciałek Negriego. — Według autorów obecność tych ciałek jest pewną oznaką, że ustrój dany był dotknięty wścieklizną: nieobecność ich nie wyklucza jednakowoż wścieklizny i dlatego w zakładzie szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w Turynie stosują obecnie przedewszystkiem metodę histologiczną — a dopiero, gdy ta wypadnie ujemnie, dołączają metodę biologiczną. *Droba.*

R. Lépine. **O udziale zrazików trzustki w czynności wydzielniczej wewnętrznej.** (*Journal de Physiol. et de Path. gén.*, 1905, Nr. 1). Lépine i Barral pierwsi wypowiedzieli w r. 1891 przypuszczenie, iż trzustka nietylko wydziela do przewodu pokarmowego sok trzustkowy, ale także do krwi wydzielinę t. zw. wewnętrzną. Prawdziwość tego przypuszczenia została potwierdzona badaniami Minkowskiego i Hédona. Później Laguesse wyraził przypuszczenie, że owo wydzielanie wewnętrzne odbywa się w kępkach Langerhansa. Hipoteza Laguesse'a zyskała podporę w badaniach anatomopatologów, którzy zauważyli, iż w pewnej liczbie przypadków cukrzycy kępki Langerhansa albo były nieliczne, albo wykazywały zmiany, osobliwie zwyrodnienie szkliste, których to zmian w zrazikach nie było. Z drugiej jednak strony spostrzegano i takie przypadki cukrzycy, w których kępki Langerhansa były prawidłowe, a tylko w zrazikach były mniej lub więcej wybitne zmiany. Stąd Lépine przypuszcza, iż zraziki, przynajmniej w pewnej części, biorą także udział w wydzielaniu wewnętrznem. Jeszcze przed laty 12-tu Lépine wykazał, iż własność glikolityczna krwi zwiększa się po podwiązaniu przewodu Wirsunga lub po wstrzyknięciu doń oliwy. Ponieważ zwiększone w ten sposób ciśnienie w przewodach wydzielniczych trzustki nie może wywierać żadnego wpływu na kępki Langerhansa, jak to Schmidt wykazał, przeto, zdaniem Lépinea, zwiększenie się własności glikolitycznej krwi po podwiązaniu przewodu trzustkowego Wirsunga należy tłómaczyć uciskiem na komórki zrazików, przez co wydzielina ich dostaje się w obfitszej ilości do naczyń włoskowatych. *A. Wrzosek.*

Sokołow. **Czynność wydzielnicza żołądka u psa.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1904). Autor badał szczegółowo w pracowni prof. Pawłowa wydzielniczą czynność żołądka w zależności od wprowadzanych bezpośrednio do jelita pokarmów. Doświadczenia wykonał na psie, u którego przegrodził połączenie żołądka z jelitem zapomocą błony śluzowej, bez uszkodzenia jednak gałązek nerwowych, przechodzących z odźwiernika na dwunastnicę; w razie potrzeby żołądek mógł być połączonym z jelitem sztucznie zapomocą rurek: wreszcie autor odosobnił u tegoż psa mały żołądek sposobem Haidenhain-Pawłowa, wobec czego mógł śledzić pracę wydzielniczą gruczołów żołądkowych podczas trawienia. Przekonawszy się, że pod wpływem nowo wytworzonych warunków przedostawania się pokarmów z żołądka do jelit czynności wydzielnicza i ruchowa żołądka nie uległy wcale zmianie, badał S. najpierw wydzielanie soku żołądkowego i zmiany treści żołądkowej przy różnych gatunkach pokarmu, z tem jednak zastrzeżeniem, że przetwory trawienia nie przechodziły do jelita, lecz były zatrzymane w samym żołądku. Okazało się, że mięso, zjedzone w sposób zwyczajny i zatrzymane w żołądku, sprowadza wzmożenie wydzielania soku w ostatnich godzinach i przedłuża okres wydzielniczy; siła trawienna soku nie ulega zboczeniu od normy. Zestawiając w tych warunkach ilość soku wydzielonego przez mały odosobniony żołądek, a duży, doszedł autor do wniosku, że wessanie w żołądku w warunkach, wytworzonych podczas doświadczenia, nie miało miejsca; a jeśli rzecz miała się tak, to oczywiście wydzielanie soku żołądkowego mogło odbywać się jedynie w drodze miejscowego odruchu z błony śluzowej żołądka. Mięso, wprowadzone wprost do żołądka i zatrzymane w nim, wywołuje w pierwszej godzinie mniejsze wydzielenie soku, co tłómaczy się brakiem podniety psychicznej; następnie zaś wydzielenie nie różni się od soku wyżej opisanego. Dalsze doświadczenia autora wykazały, że tłuszcz, wprowadzony do żołądka, sam lub w połączeniu z pokarmem białkowym, nie wywiera żadnego wpływu odczynowego z błony śluzowej żołądka na gruczoły żołądkowe; tłuszcz więc w żołądku przedstawia substancyę obojętną dla wydzielania; przeciwnie tłuszcz, wprowadzony do jelita, tamuje w wysokim stopniu wydzielanie soku żołądkowego, służącego do trawienia pokarmu białkowego (mięso); wprowadzony zaś do żołądka obniża jego siłę trawiącą. Wprowadzenie tłuszczu do je-

lita na godzinę przed wprowadzeniem mięsa do żołądka sprowadza zupełne ustanie czynności gruczołów żołądkowych przez czas dłuższy; kwas solny, wprowadzony do żołądka, wywołuje odruch z jego błony śluzowej, tamujący wydzielanie soku żołądkowego; kwas zaś masłowy przeciwnie ma silne działanie sokopędne; jeśli więc nagromadzenie kwasu solnego w żołądku dochodzi do pewnego stopnia, następuje odruchowo z błony śluzowej zatrzymanie dalszego wydzielania soku; w ten sposób odbywa się w żołądku samodzielne regulowanie wydzieliny żołądkowej. Podobne działanie tamujące na wydzielanie soku żołądkowego wywiera kwas solny, również z błony śluzowej dwunastnicy. Sól kuchenna, dodana do pokarmu i wprowadzona do żołądka, podnosi bardzo wybitnie wydzielanie soku żołądkowego; wprowadzona zaś w silnem stężeniu do jelita, tamuje czynność gruczołów żołądkowych. Ślina, pozostając w żołądku, wywołuje wydzielanie soku dzięki zawartości wody; żółć i nieco w mniejszym stopniu sok trzustkowy, wprowadzone i zatrzymane w żołądku, sprowadzają znaczne spotęgowanie czynności gruczołów żołądkowych (prawie o 3—3½ razy). *Witold Orłowski* (Ptbg.).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Rzeżączkę leczył poronnie Adolphi (*St. Petersb. med. Wochens.*, 1904, 35) zapomocą 4% roztworu protargolu, wstrzykując go już w 14 godzin po pierwszych objawach, a w 69 godzin po zakażeniu. Po wstrzyknięciu gwałtowny odczyn (wypływ ropny, nieco krwawy), który wnet ustąpił, powtarzając się przy następnych wstrzyknięciach (po dobie i 2 dniach) coraz słabiej. Zupełne wyleczenie z początkiem drugiego tygodnia. Do poronnego leczenia rzeżączki zaleca protargol również Plachta (*Pharm. u. ther. Runds.* 1904, Nr. 1 i 2). *B.*

Itrol Credé pro oculis (cytrynian srebra) stosował Arlt (*Aerztl. Ctr. Ztg.* 1905, 3) z powodzeniem w rozmaitych rodzajach zapalenia spojówek (nie wyłączając jaglicy) i wrzodów rogówek, zasypując go w postaci proszku (naraz około 0,005—0,015). Ponieważ itrol łatwo się rozkłada, przeto należy posługiwać się itrolem z odpowiednio opakowanych pół- i 1-gramowych flaszeczek i obchodzić się z nim tak ostrożnie, jak z papierem fotograficznym. *H.*

Wartość **helmitolu,** jako środka, **odkażającego mocz,** badał Steinbüchel (*Wiener med. Presse*, 1905, 5), podając 3—4 × dnia po 2 kołaczyki po 0,50 (mniejsze dawki zawodzą). W 5 przypadkach świeżego zapalenia pęcherza wynik był dobry, szczególnie co do dolegliwości podmiotowych. W 2 przypadkach usunął helmitol zupełnie i trwale bakteriuryę. Lek ten działa często moczopędnie, jednakże w używanych przez S. dawkach nie sprawia przytem chorym dolegliwości, nie drażni nerek, ani przewodu pokarmowego. Miejscowo używał S. helmitolu (1 prc.) do wypełniania pęcherza przy cystoskopii zamiast kw. borowego, sprawiającego często pieczenie lub ból. Zresztą jednak S. nie używał helmitolu miejscowo, jako leku, bo w tym względzie nie przewyższa on innych, miejscowo dotychczas używanych środków. Wewnętrzne użycie helmitolu wskazane jest w *cystitis acuta* i *chronica*, *pyelitis*, bakteriuryi i zapobiegawczo przed i po cystoskopii. Dobre wyniki uzyskał zapomocą helmitolu w 5 przypadkach dawniej już Glass (*Wr. kl. ther. Woch.* 1904, 50). *B.*

Lysoform pod względem jego działania bakteryobójczego badał Hollos w zakładzie prof. Pertika w Peszcie, w którym to zakładzie używano już zresztą od lat dwóch 1—2% roztworu lysoformu do odkażania i odwaniania rąk po sekcyach. H. powtórzył naprzód doświadczenia Seydewitza, t. j. zalewał świeże hodowle różnych bakteryi na skośnym agarze 1—4% roztworem lysoformu, który odlewał po pewnym czasie i badał hodowlę przez dalszych 8 dni; w żadnej hodowli bakterye już dalej się nie rozwijały. Uważając jednak technikę doświadczeń Seydewitza za niedokładną, wykonał H. inny szereg prób, w sposób następujący: Do 10 ctm.³ 2—4% roztworu lysoformu dodawał po ½ ctm.³ świeżych dobowych bulionowych hodowli różnych bakteryi; z tej mieszaniny przeszczepiał na agar glicerynowy, opłukując przytem naprzód w wodzie kondensacyjnej pętlę, aby na powierzchnię agaru ile możności nie przenosić środka dezynfekcyjnego. Wynik swych doświadczeń zestawia H. w tabeli, z której wynika, że hodowle prątków durowych, błoniczych, gronkowców i paciorkowców giną pod wpływem ½-godzinnego działania 2%, a ¼-godzinnego działania 4% roztworu lysoformu. Krótsze działanie upośledza rozwój tych bakteryi. *Ll.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 26—X (8—XI) 1904 roku.

(Dokończenie).

W dyskusyi nad odczytem prof. Dr. Raczyńskiego p. t. „Gruźlica kobiecych narządów płciowych" zabiera głos prof. Dr. Ziemacki, który przytacza 3 spostrzegane przez siebie przypadki. Pierwszy dotyczy młodej dziewczyny, która wstąpiła do klinicznego instytutu Wielkiej księżny Heleny Pawłówny z powodu gruźlicy stawu (*tumor albus*); oprócz gruźliczego zajęcia stawu kolanowego mówca znalazł znaczne zmiany w płucach, daleko idące wyniszczenie i wysoką gorączkę; choroba przebiegała z potami. Po upływie półrocznego leczenia zachowawczego chora zaczęła się uskarżać na cierpienie w narządzie płciowym; badanie wykazało owrzodzenie, w wysokim stopniu przypominające wrzód miękki (*ulcus molle*); leczenie środkami przyżegającymi pozostało bez skutku, a po 2 tygodniach takiż wrzód wystąpił po stronie drugiej, a wkrótce cały srom został zasypany małymi wrzodami drążącymi. Wobec ujemnych wyników leczenia, oraz tej okoliczności, że chora była *virgo intacta*, powstała u mówcy myśl o gruźlicy; badanie w kierunku prątków Kocha, dokonane przez niego i przez prof. Pietrowa, stwierdziło istotnie ich obecność w wielkiej liczbie; pod wpływem przyżegania słabymi roztworami kwasu mlecznego wszystkie te owrzodzenia zagoiły się, płytsze w ciągu tygodnia, głębsze po 6—8 tygodniach. Przypadek ten mówca spostrzegał przed 9 laty, kiedy nie był jeszcze znany prątek mastki (*bacillus smegmae)*; ten więc przypadek uważa prof. Ziemacki za wątpliwy. Drugi przypadek dotyczy również młodej dziewczyny, która wstąpiła do kliniki z gruźlicą kolana i nerek; gdy i ona uległa podobnież owrzodzeniom, jak i chora poprzednia, mówca dokonał badania i również znalazł wielką liczbę prątków Kocha; głębsze badanie wykazało jednak, że były to prątki mastki (*bacilli smegmae*). W tym więc przypadku nie była gruźlica, lecz owrzodzenia wywołane zbyt obfitym rozwojem laseczników mastki. Trzeci przypadek spostrzegał prof. Ziemacki w ostatnim roku; dotyczył on panny, do której był on zawezwany przez ginekologa z powodu bardzo silnych bólów w okolicy kiszki ślepej, a przytem chora gorączkowała (38,5°), brzuch był wzdęty i wykazywał chełbotanie w prawym dole biodrowym. Przy laparotomii z okolicy jelita ślepego wylało się prawie 2 litry serowatej cieczy; cała otrzewna miednicy małej była pokrytą grubymi strzępami zserowaciałych mas; po ich usunięciu łatwo było przekonać się o gruźliczem zajęciu jajowodów, zwłaszcza prawego, który posiadał grubość 2 palców, był wciśnięty w stężałą wypocinę i prawie nieruchomy. Po operacyi chora spędziła lato na południu. Obecnie czuje się stosunkowo zdrową.

Dr. Maczewski, uznając trudności w odszukaniu pierwotnego ogniska gruźliczego w przypadkach gruźlicy narządów płciowych, przypuszcza, że gruźlica narządów rodnych może być sama przez się pochodzenia pierwotnego. Za tem przemawiają doświadczenia Popowa, dokonane w instytucie medycyny doświadczalnej, wykazujące, że do uszkodzonej lub wypędzlowanej jodyną pochwy można zaszczepić laseczniki Kocha. Pierwotne zakażenie części rodnych może nastąpić *sub coitu* lub przez narzędzia, użyte do badania. Mówca spostrzegał w szpitalu obuchowskim kilka przypadków gruźlicy kobiecych narządów płciowych; jeden z tych przypadków, leczony przez Dr. Bereśniewicza, który upoważnił mówcę do ogłoszenia, dotyczył osoby wycieńczonej zmianami w płucach o naturze podejrzanej; badanie ginekologiczne wykazało ropień w tylnem sklepieniu; przypuszczając zwykły ropień, Dr. Bereśniewicz rozciął tylne sklepienie; wylało się wiele ropy o woni kałowej; ranę zadrenowano; kał wydzielał się wciąż, chora po 8 dniach umarła. Badanie zwłok wykazało: *tuberculosis miliaris, enterocolitis tuberculosa, perforatio intestini, peritonitis saccata;* kał pochodził z jelita, przedziurawionego przez wrzód gruźliczy; badanie wykazało wielką liczbę laseczników Kocha. Wreszcie mówca zaznacza, że prelegent, podając całą odnośną kazuistykę rosyjską, pominął milczeniem kazuistykę ojczystą: n. p. nie przytoczył z piśmiennictwa polskiego spostrzeżenia Dr. Krzywickiego.

Doc. Dr. Witold Orłowski zaznacza również, że prelegent nie omówił przypadku gruźlicy części pochwowej macicy, podanego przez Dr. Stankiewicza. Co do leczenia gruźlicy narządów rodnych, to jakkolwiek będąc internistą, nie liczy siebie za biegłego w tej sprawie, jednak uważa za zbyt pośpieszne wyprowadzanie wniosków na podstawie jednego spostrzeżenia o niezbędności doszczętnego wycinania uległych gruźlicy narządów nawet wtenczas, gdy zajęcia przydatków macicy nie da się stwierdzić przy badaniu chorej. Mówcy zdarzało się spotykać w piśmiennictwie nawet ojczystem (Stankiewicz) opisy przypadków, gdzie po wyłyżeczkowaniu z macicy mas gruźliczych z następowem zastosowaniem przyżegań, występowała bardzo wyraźna poprawa stanu ogólnego i objawów miejscowych.

Prezes Dr. Strawiński zapytuje o stan sąsiednich gruczołów w pierwszym przypadku prelegenta.

Prelegent: Gruczoły sąsiednie nie były powiększone.

Dr. Strawiński: Podobny stan gruczołów ma wielkie znaczenie rozpoznawcze; sprawie rakowej i kile towarzyszy najczęściej zajęcie gruczołów.

Prelegent prof. Dr. Raczyński, odpowiadając prof. Dr. Ziemackiemu, wyjaśnia, że pierwszy jego przypadek nie był gruźlicą, ponieważ owrzodzenia gruźlicze nigdy nie goją się szybko; znalezione laseczniki były zapewne lasecznikami mastki, tem bardziej, że laseczniki Kocha zwykle nie znajdują się w owrzodzeniach gruźliczych; co się tyczy trzeciego przypadku prof. Dr. Ziemackiego, to prelegent podkreśla zaznaczoną przez prof. Dr. Ziemackiego okoliczność, mianowicie ogromną trudność wyosobnienia dotkniętych gruźlicą jajowodów wskutek ich zrośnięcia z częściami sąsiedniemi; ten objaw, zdaniem prelegenta, jest cechującym dla gruźlicy. W odpowiedzi Dr. Maczewskiemu prelegent oświadcza: dyskusya na ostatnim położniczym międzynarodowym Zjeździe w Rzymie wykazała, że im krytyczniej zachowujemy się względem prac dawniejszych i im szczegółowiej badamy przypadki nowe, tem bardziej przychodzi się do wniosku, że pierwotna gruźlica narządów płciowych jest sprawą bardzo a bardzo rzadką. Prelegent zaznacza wreszcie, że rozpoznanie gruźlicy narządów płciowych ma ogromne znaczenie pod względem leczniczym: często stosowane w schorzeniach narządów kobiecych kąpiele błotne o wysokiej ciepłocie pogarszają stan chorych w razie przyrody gruźliczej cierpienia; chore te należy posyłać na południe do uzdrowisk lub na kumys.

II. Dr. Zenon Orłowski wygłasza rzecz pod tyt.: „Wzajemny stosunek *achyliae gastricae* i t. zw. *protozoa-colitis*. Prelegent opisuje 3 przypadki *protozoa-colitis*, spostrzegane w klinice lekarskiej, w których badał sok żołądkowy. We wszystkich tych przypadkach biegunkę poprzedzały objawy przewlekłego nieżytu żołądka; w 1-szym badanie stolca wykryło wiciowce, w 2-gim rzęsistka jelitowego (*trichomonas intestinalis*), wreszcie w 3-cim rzęsistka i ogoniastka jelitowego (*trichomonas i cercomonas intestinalis*). Siła trawiąca soku żołądkowego wynosiła w tych przypadkach 1 mm. 0;0; wolnego kwasu solnego również w żadnym przypadku nie było, a ogólna kwasota była nader niską. Na podstawie tych spostrzeżeń i danych z piśmiennictwa prelegent uważa, że dla obrazu zakażenia pierwotniakami, w tej liczbie i rzęsistkami, niezbędnym jest obojętny odczyn soku żołądkowego wraz z obecnością głębokich zmian patologicznych w błonie śluzowej nie tylko żołądka, lecz i jelit.

Dyskusya: Dr. Kamiński zapytuje prelegenta, czy t^0 w jego przypadkach była podniesioną?

Dr. Z. Orłowski: W jednym przypadku t^0 była podniesioną w ciągu 3—4 dni, w innych była prawidłową.

Dr. Kamiński: Jak szybko rozwolnienie, wywołane przez pełzaki, ustępuje pod wpływem środków odkażających?

Dr. Z. Orłowski. Pełzaki można wykryć w stolcach w ciągu długiego czasu, lecz poprawa następuje szybko po lawatywach odkażających, jakkolwiek biegunka łatwo nawraca, jeśli leczenie się przerywa.

Prof. Dr. St. Zaleski Z odczytu prelegenta można wysnuć wniosek, że osobniki z prawidłowym sokiem żołądkowym są zabezpieczone od zakażenia pełzakami; dla zakażenia niezbędnem jest schorzenie, sprowadzające pewne zaburzenia w składzie soku żołądkowego, lub szereg innych warunków, sprzyjających przedostawaniu się tych pasorzytów przez żołądek do jelit. Pod tym względem niebezpiecznym est zwyczaj bezkrytycznego używania t. zw. „wód stołowych", do których należą wody alkaliczne; w użyciu tych wód uważa mowca za niezbędne zaprowadzić pewne normy; sprawę tę ma zamiar podnieść w komisyi Koła, dotyczącej stosowania wód krajowych.

Doc. Dr. W. Orłowski zaznacza, że dla przedostania się pełzaków do jelit istnieją u człowieka 2 drogi, mianowicie lawatywy z wody nieprzegotowanej, zawierającej pełzaki i jadło na czczy żołądek, kiedy odczyn w żołądku jest zwykle słabo zasadowy. Leczenie biegunki, wywołanej przez omawiane twory, polega przedewszystkiem na stosowaniu lawatyw odkażających. Jakkolwiek podobne leczenie sprowadza szybko polepszenie, zupełne wyleczenie następuje zwykle z ogromną trudnością. Okoliczność ta zależy od tego, że omawiane pasorzyty, jak wykazali dla rzęsistka jelitowego Sołowjew, Winogradow i Klimenko, zawierają się nietylko na powierzchni błony śluzowej jelit, lecz przedostają się do ścian jelit, dochodząc do warstwy podotrzewnowej. Mowca spostrzegał oprócz chorych prelegenta kilka przypadków biegunki tego pochodzenia. Jeden z nich ma pod swoją obserwacyą przeszło 3 lata: dotyczy on żony jednego z kolegów, która cierpiała od lat 12 na częstą biegunkę; leczenie pozostawało bez skutku; stolce następowały co $1^1/_2$—2 godzin, chora zgłosiła się do mowcy; wykrył on w wypróżnieniach mnóstwo monad, które odznaczały się ogromną ruchliwością; lawatywy odkażające usunęły już po 10 dniach biegunkę; stolce stały się papkowatymi, a wkrótce prawidłowej zbitości, lecz wystarczało przerwać leczenie, by biegunka wystąpiła znowu; dopiero po $2^1/_2$ latach sumiennego leczenia chora pozbyła się zupełnie swego cierpienia.

Prof. Dr. St. Zaleski zapytuje doc. Dr. W. Orłowskiego, czy nie stosował w swych przypadkach leków odkażających wewnętrznie?

W odpowiedzi doc. Dr. W. Orłowski zaznacza, że omawiane pasorzyty znajdowano nietylko w jelitach grubych, lecz i w cienkich, a Sołowjew spostrzegał rzęsistki nawet w żołądku w przypadku raka z przedziurawieniem żołądka do jelita grubego w okolicy zgięcia wątrobowego. W spostrzeganych przez mówcę przypadkach do zajęcia jelit cienkich nigdy nie doszło, za czem przemawiało dobre odżywienie chorych, pomimo długotrwałości choroby. Wobec tego stosował on tylko lawatywy odkażające, najczęściej z chininy, salicylanu sodowego, kwasu borowego i resorcyny.

Prof. Dr. St. Zaleski zaznacza, że wobec badań Sołowjewa niebezskutecznem prawdopodobnie byłoby podawanie leków odkażających również przez usta.

Dr. Strawiński zapytuje prelegenta, czy omawiane pasorzyty nie są tworami niewinnymi?

Dr. Z. Orłowski: Zdanie o chorobotwórczych własnościach tych pasorzytów podzielają nie wszyscy klinicyści; niektórzy utrzymują, że one nie są zdolne wywołać biegunkę, lecz tylko znajdują na gruncie patologicznym warunki, sprzyjające ich rozwojowi.

Doc. Dr. W. Orłowski: Niektóre z tych tworów (woruszki odznaczają się ogromną ruchliwością, która prawdopodobnie nie jest obojętną dla jelit. Wiadomo, że mniej ruchliwe pasorzyty, n. p. ciałka ludzka (*trichocephalus dispar*) wywołuje czasami uporczywą biegunkę; podobny przypadek opisał prof. K. Wagner; gdy w tym przypadku udało się, — co nie jest łatwem, — spędzić glisty, biegunka ustała sama przez się. Co się tyczy rzęsistków, to badania Sołowjewa i prof. Winogradowa wykazały, że są one nadzwyczaj ruchliwymi; dzięki ruchom przedostają się one do warstwy podśluzowej bez poprzedniego uszkodzenia tkanki śluzowej i mnożą się tu bardzo szybko, sprowadzając w niej największe zmiany z zejściem w zgorzel; stąd w zgorzel rozchodzi się we wszystkich kierunkach; największą liczbę rzęsistków wykazują nie części, uległe już zgorzeli, lecz stosunkowo zdrowe tkanki, graniczące z częściami obumarłemi. Badanie warunków, niezbędnych dla życia rzęsistków po za przewodem pokarmowym, stwierdziło również, że nie wykazują one skłonności do przedostawania się do tkanek martwych. Na podstawie tych badań nie ulega wątpliwości, że rzęsistki są sprawcami wrzodziejącego zapalenia jelit.

Dr. Wierciński przyłącza się do zdania Dra Strawińskiego, że niema jeszcze dowodów, któreby stanowczo przemawiały za tem, że omawiane pasorzyty są przyczyną biegunki.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Witold Orłowski.*

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Polskie Towarzystwo balneologiczne w Krakowie podaje do wiadomości kolegów:

Obok referatu p. t. „Najistotniejsze potrzeby i braki naszych zdrojowisk i uzdrowisk, opracowanego przez P. P. Jana hr. Potockiego z Rymanowa i Dr. Zygmunta Wąsowicza, zgłoszone zostały na Zjazd balneologiczny, mający się odbyć w dniach 6 i 7 maja b. r., następujące odczyty:

1. Dr. Arnstein Feliks (z Ciechocinka): „Jakie stanowisko zająć winno leczenie balneoterapeutyczne w kamicy moczowej".

2. Dr. Dobrzycki Henryk (z Warszawy): „O sanatoryach w Królestwie i Zabranym Kraju".

3. Dr. Dłuski Kazimierz (z Zakopanego): „II-gie Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowo w Zakopanem (od dnia 1/V 1904 do 1/IV 1905)".

4. Prof. Dr. W. Jaworski i Dr. K. Flis (z Krakowa): „Wyniki badań fizykalno-chemicznych polskich wód zdrojowych i ich znaczenie dla balneologii."

5. Prof. Dr. Ludomił Korczyński (z Krakowa): „O organizacyi i administracyi krajowych zdrojowisk".

6. Doc. Dr. Lemberger Ignacy (z Krakowa): „Czy można zastąpić wody mineralne naturalne sztucznemi?"
Tenże: „O źródłach wody mineralnej w Głębokiem".

7. Radca Dw. Dr. Merunowicz Józef (ze Lwowa): „O przepisach budowlanych w zdrojowiskach".

8. Dr. Pelczar Zenon (z Truskawca): „Leczenie chorób serca w Truskawcu".

9. Dr. Praschil Tadeusz (z Truskawca): Temat zastrzeżony.

10. Dr. Wajgiel Eugeniusz (z Iwonicza): „Higiena zdrojowisk".

11. Dr. Zanietowski Józef (junior): „O nowszych metodach elektroleczniczych w stosunku do postępów balneologii".

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19 kwietnia.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia 12 b. m. posiedzenie nadzwyczajne, na którem koll. prof. Kader i Dr. Klęsk. oraz koll. prof. Jaworski i D-rowie Latkowski i Mięsowicz — przedstawili i omówili rzadsze przypadki — pierwsi z kliniki chirurgicznej, drudzy — lekarskiej.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellon. otrzymał Leon Jan Zieliński.

* W Wyższej szkole w Charlottenburgu mają być urządzone między 25 a 29 b. m. bezpłatne wykłady, poświęcone alkoholizmowi. Program można otrzymać, przesyłając 10 fenigów na ręce nauczyciela Kochanowskiego (*Samariterstrasse, 35*). Na czele wykładów stoi Prof. Rubner, a do liczby wykładających należą znani przeciwnicy alkoholu: Laehr (Zehlendorf), Bergmann (Stockholm) i Hartmann (Lipsk).

* Austryacki związek przeciwalkoholiczny jeszcze w roku 1901 zwrócił uwagę ministra spraw wewnętrznych, że wiele win owocowych, noszących na etykiecie „alkoholfrei", w istocie alkohol zawiera. Rozkazem z dnia 21 -III 1905 poleciło ministerstwo zarządom gminnym badać wina owocowe i w razie wykrycia w nich alkoholu, stosować do oszukańczych fabrykantów tych win rygor prawa. Przy tej sposobności przypomina ministerstwo gminom dawniejsze polecenie zakładania lokalów z wyszynkiem win owocowych.

* Wydział „Polskiego Towarzystwa balneologicznego" rozesłał do lekarzy odezwę, w której uzasadnia wyjątkowo niekorzystne położenie zdrojowisk i uzdrowisk krajowych w tym roku wojny, tak szkodliwie odbijającej się na sprawach ekonomicznych Królestwa Polskiego; Wydział zanosi gorącą prośbę do lekarzy polskich, „aby w sezonie tegorocznym w szczególną wzięli opiekę zdrojowiska i uzdrowiska krajowe i polecali je z naciskiem swoim chorym".

* W Pradze istnieje od roku Towarzystwo, przysparzające miastu dobrego mleka. Do składu tego stowarzyszenia należą przeważnie lekarze, a na ich czele stoi Dr. Kašpar. Już po roku Towarzystwo to zamortyzowało fundusz wyłożony i miało 23,508 kor. czystego zysku, posiada ono 63 filie i wysprzedało w ciągu roku 3,972,085 litrów mleka.

* Izba belgijska powzięła uchwałę, która stanie się jej chlubą po wsze czasy: większością 127 głosów przeciw 5 uchwaliła Izba zakaz fabrykowania i sprzedawania w Belgii piołunkówki (absyntu), jak wiadomo najszkodliwszej ze wszystkich napojów wyskokowych.

* „Russkij Wracz" (Nr. 12) przytacza nazwiska 36 lekarzy, którzy bądź padli, bądź odnieśli rany, bądź „zapodzieli się" w ciągu obecnie toczącej się wojny na Wschodzie azyatyckim.

* Między 27 marca a 2 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy: w powiecie dąbrowskim (4 gminy) i tarnowskim (1 gm.). W tymże czasie stwierdzono durosutkowy w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim, buczackim (po 1 gm.), cieszanowskim (2 gm.), czortkowskim, dobromilskim, dolinianskim (po 1 gm.), drohobyckim (5 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim (5 gm.), kołomyjskim (3 gm.), liskim, lwowskim (po 1 gm.), nadwórniańskim (2 gm.), niskim, przemyskim (po 1 gm.), przemyślańskim (3 gm.), skałackim, starosamborskim, stanisławowskim, tarnopolskim (po 1 gm.), tłumackim (4 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), zborowskim (3 gm.), złoczowskim, żółkiewskim (po 1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Zoege Manteuffel mianowany został profesorem zwyczajnym chirurgii w Uniwersytecie dorpackim. Nadzwyczajnymi profesorami mianowani docenci: Garten (fizyolog) i Hirsch (med. wewn.) — w Lipsku. Prof. Gerhardt mian. został prof. polikliniki lekarskiej w Erlandze.

Nekrologia. Dr. Seweryn Piotrowski, b. sekundaryusz szpitala św. Łazarza i lekarz zdrojowy w Krynicy, zmarł dnia 15 b. m. w Krakowie, licząc lat 35. — Dr. Stanisław Warmiński, lekarz praktyczny, spółzałożyciel szpitala dla dzieci, orędownik wielu instytucyi społecznych, zakończył życie w Bydgoszczy, licząc lat 57. — Dr. Henryk Mańkowski, b. adjunkt Akademii weterynaryi, świeżo mianowany profesor hodowli w Dublanach, zakończył życie d. 11 bm. we Lwowie, w wieku lat 34. Zmarły po otrzymaniu dyplomu lekarskiego udał się za granicę, gdzie poświęcał się z całym zapałem zdolnego i pracowitego człowieka badaniom naukowym; z tego czasu wyszło w czasopismach krajowych kilka jego poważnych prac. Po powrocie do kraju objął obowiązki redaktora „Hodowcy Drobiu" i sekretarza w „Towarzystwie hodowli drobiu". Człowiek nauki, obywatel wielkiego serca, pionier nowej gałęzi gospodarki krajowej, opuścił posterunek zdobyty z takim nakładem pracy. Śmierć Henryka Mańkowskiego to ciężka strata dla nauki i społeczeństwa polskiego. — Dr. Eugeniusz Frankenstein zmarł dnia 11 b. m. w Warszawie w 56 r. życia. — Dr. Jan Popielawski, założyciel przytuliska dla kalek, naczelnik straży ogniowej, zmarł w Warcie, licząc lat 57 — Dr. Bolesław Dłuski, litwin, zakończył życie d. 11 b. m. w Krakowie, w 78 r. życia. Jako kapitan wojska rosyjskiego wpisał się na wydział lekarski i otrzymał dyplom w Moskwie. W r. 1863 zasłynął pod nazwiskiem Jabłonowskiego jako wódz zwycięzkiego oddziału na Litwie, który rozbił batalion strzelców finlandzkich pod Popielanami. Prócz zawodu lekarskiego i wojskowego, ś. p. Dłuski był znakomitym rysownikiem i jemu to zawdzięczamy piękne podobizny profesorów Majera i Skobla. Po upadku powstania osiadł z rodziną w Krakowie, lecz medycyną nie trudnił się więcej. Bezgranicznie skromny i cichy, bez skargi walczył 40 lat z przeciwnościami losu i do śmierci nie spoczął po znojnych trudach długiego żywota. Cześć pamięci szlachetnego i zasłużonego obywatela i lekarza. — Dr. Glaevecke, prof. ginekologii, zmarł w Rostocku.

Bibliografia

— *Medycyna* Nr. 14. Flis: Badania fizykalno-chemiczne wód leczniczych normalnych prof. Dr. Jaworskiego (c. d.). Neugebauer: Kilka słów o dwupłciowym rozwoju przewodów płciowych z uwzględnieniem wybitniejszych przypadków rozwoju macicy u mężczyzn.

— *Gazeta lekarska* Nr. 13. Moraczewski: Przyczynek do charakterystyki t. zw. fosfaturyi. Bornstein: Z kazuistyki neurologicznej (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 7. Sędziak: O postępach w laryngologii i rynologii w ostatnich 25-ciu latach ze szczególnem uwzględ-

dnieniem piśmiennictwa polskiego (c. d.). Niedzielski: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki (c. d.).

— *Ginekologia* Nr. 3. Dobrowolski: Sprawozdanie z kliniki położniczej krakowskiej (c. d.). Czyżewicz: Kilka uwag w sprawie leczenia drgawek porodowych. Neugebauer: Trzy spostrzeżenia zwężenia miednicy różnego pochodzenia.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 4. Kostanecki: Descensus testiculorum (c. d.). Lemberger: O rozkładzie chloroformu podczas stosowania go przy narkozie.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 190 i 191. Neusser: Bradykardya — Tachykardya (tłómaczył Dr. Kolasiński).

— *Przegląd kąpielowy* Nr. 1. Lud. Korczyński: Kilka uwag o naszem zdrojownictwie. *P.*: Polskie Towarzystwo balneologiczne.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 2. Popiel: Lubień — zakład zdrojowo-kąpielowy Pelczar: Sprawa Morszyna.

— *Głos lekarzy* Nr. 8 zawiera: W sprawie lekarzy kolejowych.— Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.). — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi (c. d.). — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (c. d.). — Sprawozdanie Wydziału Tow. samopomocy lekarzy za rok 1904. — Jeszcze o znaczkach receptowych.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaetetické therapii* Nr. 4. Mourek: Vzácný případ náhlé duševni infekce šesti sourozenců. Velich: Studie o vlivu soustavy nervové na tep (dok.). Ježdik: Případ myxoedemu.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 15. Růžička: Poznamký k theorii vitálniho barveni histologického. Nový: Syfilis a těhotenstvi. Slavik: Lupus vulgaris a moje připady luposni (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 27. Faure: Interwencya chirurgiczna w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Martinet. Wątroba wędrująca.

Nr. 28. Marchand: Porażenie ogólne postępujące a kiła.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 15. Ewald: Choroby przewodu pokarmowego a balneologia Stadelmann O zatruciu siarczkami alkalicznymi Winternitz: Błędy w wodolecznictwie. Bibergeil: O doświadczalnem wywołaniu nadmiaru wód płodowych w zapaleniu nerek. Frankenhäuser: Cele i granice leczenia wodą w pomieszkaniu pacyenta. Kikuchi: Badania z agresiną dyzenteryczną. Jaksch: Rozpoznawanie i leczenie chorób wewnętrznych metodą Röntgena (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 15. Grassberger i Schattenfroh: Toksyna i antytoksyna Lorenz i Reiner: Resekcya stawu biodrowego z zupełnem wyłuszczeniem torebki, oraz uwagi nad całkowitem wyłuszczeniem gruźliczego stawu biodrowego. Zak: Autoliza cieczy pochodzących z nakłucia *(punctio)*. Lucksch: Glista dżdżownicowata jako przyczyna zatoru tętnicy płucnej Čačković: O powstawaniu wrzodu okrągłego w jelicie czczem po gastroenterostomii.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 15. Moritz: O rozszerzeniu serca. Dietlen: O rozszerzeniu serca w błonicy. Liepmann: Etyologia drgawek. Helber i Linser: Badania doświadczalne nad działaniem promieni Röntgena na krew. Werner: Chemiczne naśladowanie biologicznego działania promieni. Fleischmann: O czynikach biorących udział w precypitacyi i ich zachowanie się wobec materyi fotodynamicznej Ostmann: Zapobiegawcza ochrona uszów w ostrych chorobach zakaźnych. Reiche: Wyniki leczenia sanatoryalnego suchot płucnych. Schottelius. Technika odczynu Gruber-Widala. Martineck: O dogodnym do praktyki sztućcu do wykonywania odczynu Gruber-Widala zapomocą „typhusdiagnosticum" Fickera. Bleibtreu: Doświadczenia z zastosowaniem neuronalu. Fraenkel: Urazowe rozerwanie klap serca.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 15. Fraenkel: Dychawica sercowa a dusznica bolesna. Wassermann i Citron: Miejscowa odporność tkanki i jej praktyczna doniosłość. Klieneberger: Prątek krwawiączki. Tabora: Przyczynek do patologii raka żołądka. Kurschmann: Przyczynek do nauki o zawodowem zapaleniu nerwów Welden: Przewodnictwo dźwięku w płucu i jego spożytkowanie dyagnostyczne Bibergeil: Doświadczalne badania nad barutyną nowym lekiem moczopędnym. Federmann: Przypadek ropnia śledziony po durze brzusznym, wyleczonego operacyjnie. Sobernheim: Zastosowanie maretyny w ogólnem gośćcowem zapaleniu stawów.

Redakcya otrzymała. Biernacki: 1) Ueber den Begriff der Anämie in klinischer Beziehung. 2) O rzekomem krwiotwórczem działaniu arszeniku. 3) Z autobiografii człowieka szczęśliwego. 4) Po sezonie w Karlsbadzie. Żebrowski: O wpływie tyreoidyny na liczbę czerwonych ciałek i zawartość substancyi suchej krwi i o stałości odsetka wody we krwi ludzkiej. Krokiewicz: Przypadek „chloroma multiplex". K. W. Majewski O ametropometryi i astygmoskopii. Puławski: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą swoistą z pracowni prof. Bujwida. Kopczyński: Rady dla matek. X: Odezwa do matek w ważnej sprawie. Langie: Czego mnie nauczyła praktyka? Praschil: Wpływ wody truskawieckiej, zwanej „Naftusia", na przemianę materyi u ludzi zdrowych i dotkniętych skazą moczanową. Krzyżanowski i Praschil. Sprawozdanie sanitarne Zakładu zdrojowo kąpielowego w Truskawcu za r. 1904. W. Jaworski. O leczeniu wodami normalnemi.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 15 (od dnia 9/IV do 15/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 25, dziew. 32; nieżywo: chł. 1, dz. 3 — **Zmarło**: miejscowych: męż. 18, kob. 23; zamiejscowych: męż. 16, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych 2. 2) gruźlica: miej. 13, ob. 10. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. 1. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 2. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, — ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 11, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 41, obcych 29.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Unguentum Heyden Maść z **kalomelolu** (koloidal. kalomel). **Zastępuje dyskretnie szaruchę.** Nie brudzi bielizny, nie jełczeje, nie sprawia trądzika. Najlepsze **Antiparasiticum.** Wyborne **Antisyphiliticum.** Według *Neissera* i *Sieberta* ułatwia niezmiernie wykonanie i systematyczne powtarzanie leczenia wcieraniami. Dawka normalna na jedno wcieranie 6 gr. W podzielonych rurkach po 30 i 60 gr. Z powodu czułości maści należy ile możności unikać pakowania w pojedynczych dawkach.

Calomelol w kołaczykach po 0.01, wewnętrzny lek **przeciwkiłowy**, jako zasypka na **wrzody kiłowe.**

Novargan Najbardziej **niedrażniące Antigonorrhoicum** wśród **przetworów srebrowych.** Niezwykle bakteryobójcze; działa znacznie w głąb tkanek. 0,5 – 1% roztwory do zwykłych wstrzykiwań. 15% roztwór do wkraplań przy leczeniu poronnem według *Luckego*.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 a

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

1902. Vyškov. Srebrny medal wystawy. Vyškov, 1902.

Linimentum Mentholi Chloroformiatum

compos. (Lin. mentholi chlorof. comp. aptekarza Fr. Sedláčka). Mag. farm. Franciszka Sedláčka, aptekarza w Kyjove (Gaya) na Morawach, odpowiada swym składem i ceną zupełnie wymaganiom ustawy, a jest znakomitym środkiem w **gośćcu, dnie,** gośćcu mięśniowym, w bolesnych cierpieniach narządu słuchowego, w nerwowych bolach głowy i gośćcowym bolu zębów, przeciw zwiotczeniu mięśni po wytężającej pracy, długich pochodach i wycieńczających chorobach, w bolesnych cierpieniach nerwów na tle kiłowem. W chorobach żołądkowych i kobiecych oddaje linimentum jako wcierania w związku z okładami Priessnitzowskimi znakomite usługi.



Linimentum mentholi chlorof. comp. jest prawnie zabezpieczone od naśladowań znakiem ochronnym, obok podanym i zaregestrowaną nakrywką flaszek. Należy żądać i zapisywać zawsze wyraźnie **Linim. menth. chloroform.** compos. orig. Fr. Sedláčka. 155

Skład główny dla Austro-Węgier prócz Czech, Moraw i Śląska **Bruno Raabe**, Wiedeń V/1, handel leków i chemikaliów en gros, Wehrgasse 16; dla Czech, Moraw i Śląska **Milde & Rössler**, handel leków i chemikaliów en gros w Pradze.

Ceny: Wielka flaszka K. 2·40, mała K. 1·20. — Zamówienia pocztą wysyła się natychmiast. Mniej niż 2 flaszki nie wysyła się.

Lekarze, utrzymujący aptekę domową, otrzymują 30% opustu.



Z ekstraktem wątroby ze stokfisza.

Paryż ulica Laffayette Nr. 126.

Smak przyjemny, trawienie łatwe bez nudności i bez rozwolnienia. Silne podniecenie apetytu. Zwiększenie wagi ciała.

Łyżka Wina Vivien równoważy 2 łyżkom najlepszego tranu stokfisza.

Próbki i broszury do dyspozycyi Panów Lekarzy. 63

We Lwowie w aptekach: PP. **Wiewiórskiego i Ruckera;** w Krakowie w aptekach: PP. **Wiśniewskiego i Redyka;** w Tarnowie w aptece: **P. Adlera.**

Nakładem „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego w Krakowie“, wyjdzie w drugiej połowie maja dzieło pod tytułem:

Nauka o chorobach usznych.

NAPISAŁ Dr. RAFAŁ SPIRA.

Nabyć można w księgarni S. A. Krzyżanowskiego i w Administracyi „Wydawnictwa“ ul. Kopernika l. 15 w Krakowie. — Dzieło to rozesłane zostanie członkom prenumeratorom „Wydawnictwa“, jako premium za rok 1903 i 1904.
105



C. F. Boehringer & Soehne Mannheim-Waldhof

Ferratyna i Ferratoza (Liquor ferratini) — jako „naturalne pożywienie żelaziste“ wskazane w niedokrwistości, blednicy, ogólnem osłabieniu i okresie zdrowienia. Oryg. flaszki, zawierające po 25 g. ferratyny lub 250 g. ferratozy, ta ostatnia także w opakowaniu „kasowem“. Dawka: 3–4 r. dnia 0·5–1 g. ferratyny, 3–4 r. dnia 1 łyżka ferratozy (Dzieciom połowa).

Jod-Ferratoza — (**Syrup. ferratini jodat.**) z 0·3% **Fe.** i 0·3% **J.** Wskazania: Znaczne zołzy, krzywica, przewlekła endometritis, zimnica, doleczanie w kile i chorobach skórnych (wyborne roborans i tonicum). Oryg. flaszki, po 250 g., także w opakowaniu „kasowem“. Dawka: 3–4 r. dnia po łyżce (Dzieciom połowa).

Lactofenina — pewny lek przeciwgorączkowy, przeciwnerwobolowy i kojący, wskazany w durze brzusznym, grypie, gośćcu, rwie kulszowej, migrenie, nerwobolu, neurastenii. Dawka (po jedzeniu) naprzód: 0·4–0·5 g., dziennie najwyżej 5 g.

Teofilina — wybitny lek moczopędny. Działa rychlej i w mniejszych dawkach, niż znane dotąd leki. Dawka: 0·75–1·0 dziennie w mniejszych dawkach po jedzeniu. **Kołaczyki z teofiliny i łatwo rozpuszczalne teofil. natrioacetic.** w oryg. opakowaniu.

Cerolina — leczniczy składnik tłuszczowy drożdży, wypróbowany lek w czyrakach, trądziku i pokrewnych sprawach. **Pigułki cerolinowe** (oryg. opakowanie) à 0,10. Dawka: 3–9 pig. dziennie.

Filmaron — uzyskany z paprotki lek **czerwiogubny;** w przeciwieństwie do Extr. fil. mar. aeth. działa pewnie i nie jest niebezpieczny. Dawka dla dorosłych: 0·7 do 1·00 g.

49



Piśmiennictwo i próbki rozsyła się pp. lekarzom bezpłatnie.

Perhydrol

Dwutlenek wodoru Mercka.

Bezwzględnie czysty chemicznie, 30% na wagę H_2O_2, znakomicie nadaje się do celów chirurgicznych, urologicznych, otologicznych i dentystycznych, niezbędny w leczeniu ran.

Methyl-atropinum bromatum.

Łagodnie działający związek atropiny, uśmierzający ból. W połączeniu z kokainą lub tropakokainą nadaje się znakomicie do badania oczu.

Veronal.

Nowy, niezrównany środek nasenny, nie wywiera działania ubocznego, które wywierają inne środki nasenne. Dawka dla dorosłych 0,5 gr.



Fabryka chemiczna, Darmstadt.

Rp. **Bromipin 10% 100 gram.** Merck, w oryginalnem opakowaniu.
S. Dwa do trzech razy dziennie po łyżeczce od kawy i więcej.
Wskazania: neurastenia, histerya, nerwowość.

Rp. **Dionin 0,3 gram.** Aq. Amygdal. amar. 15 g.
M. D. S. Trzy razy dziennie po 10, wieczorem 20 kropli.
Wskazania: nieżyt oskrzeli, nieżyt krtani, gruźlica płuc.

Rp. **Jodipin 10% 100 gram.** Merck, w oryginalnem opakowaniu.
S. W ciągu dnia zażyć 2 do 3 i więcej łyżeczek od kawy w gorącem mleku.
Wskazania: objawy zołzów, kaszel oskrzelowy, rozedma.

Rp. **Jodipin 25% 100 gram.** Merck, w oryginalnem opakowaniu.
S. Dziennie 10 do 20 cm sz. Przez 10 dni lub dłużej wstrzykiwać podskórnie w okolicę pośladkową.
Wskaz.: kiła trzeciorzędna, stwardnienie tętnic, rwa kulszowa, rozedma płuc.

Rp. **Stypticin 0,05 gram.** fiat tabuletta, dentur tal. dos. Nr. 20.
Oryginalne opakowanie Merck.
S. Dziennie 3—5—8 kołaczyków.
Wskazania: krwiotoki miesiączkowe, krwotoki w latach przechodowych (climacterium).

Piśmiennictwo o tych przetworach rozsyła się pp. Lekarzom darmo i opłatnie.

Gelatina sterilisata pro injectione Merck 10%.

W zatopionych rurkach po 40 gr. Przyrządzona ze świeżych nóżek cielęcych z zachowaniem postępowania bezgnilnego, a następnie najstaranniej wyjałowiona.

Glykosal.

Glycerinum salicylicum, gorąco zalecane zamiast salicylanów, nie wywiera ujemnych działań ubocznych, właściwych kwasowi salicylowemu i jego związkom.

Tannoform.

Przez turystów, sportsmenów i wojskowych ulubiony środek przeciwpotny. 10





Fosfatyna Faliera

(Phosphatine Falières)

przyjemny pokarm najodpowiedniejszy dla dzieci od 6 miesięcy do 10 lat, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rozwijania się.

Ułatwia ząbkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości.

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach. 62

Najlepszym **środkiem zastępczym** za wyskok jest:

BIOROM

niezawierający wyskoku, aromatyczny wyciąg z ziół, sporządzony według średniowiecznej recepty. Odpowiednio do znajdujących się w nim ziół: Gentiana, Chamomilla, Anisus, Mentha pip. i Cortex Quercus, podnieca **BIOROM łaknienie, działa przeciwkurczowo, ściągająco i odkażająco.** 46

Jako dodatek do mleka, wody zwykłej i wód mineralnych odpowiada **BIOROM wszelkim wymaganiom** i stanowi **miły w smaku, odświeżający i zdrowy** napój. Prospekty co do rozsyłki gratis i franco.

BIOROMWERK: Wien IX. 4. Nussgasse 10.

Bazylejska fabryka chemiczna, Bazylea (Szwajcarya).

Kryofina najszybciej działający i najpewniejszy lek przeciwgorączkowy i kojący ból, szczególnie w rwie kulszowej i innych nerwobolach.

Vioform najlepszy środek zastępczy zamiast jodoformu, bezwonny, dający się wyjałowić.

Ferratogen (nukleina żelazawa), nie ulega działaniu soku żołądkowego, nie sprawia zaburzeń żołądkowych.

Sulfurol zastępuje zupełnie Ammonium sulfo-ichthyolicum.

Piśmiennictwo, próbki leków i wszelkie wyjaśnienia na żądanie.

Antypiryna zupełnie czysta.

Fenacetyna krystaliczna i w proszku.

Kwas acetylosalicylowy najczystszy.

Skład główny na Austro-Węgry:

Carl Barolin, Wiedeń, VII/1, Apollogasse 8.

Telefon 7992. 52

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.



Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku.

Dwie flaszki wysyłam franco

„HYGEA“ CHEM.-FARM. LABORATORYUM M. ZAHRADNIK, APTEKARZ, ZŁOCZÓW.

Kapsułki lecznicze „HYGEA“

uznane przez Tow. lekarskie krakowskie **za najlepsze i najtańsze** w pudełkach oryginalnych po 50 i 100 szt., oznaczonych stałemi cenami, napełniane: bals. kopaiwowym, kreosotalem („Heyden“), duotalem („Heyden“), kreosotem, gonorolem, gwajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, libanolem, mentolem, morrhuolem, olejem rycynowym, olejkiem santałowym, terpentynowym, terpinolem, tranem, wyciągiem paproci, granatu i szaruchą i w. innymi lekami.

UWAGA: Aby uniknąć droższych, o wątpliwej jakości i dawce wyrobów, upraszam dodawać na receptach: „fabr. ZAHRADNIK in scat. orig.“.

Dziurkowane pastylki sublimatowe „ZAHRADNIK“.

Zaletą dziurkowanych pastylek jest: **bardzo łatwa rozpuszczalność, dokładność dawek i taniość.**

Powtórne orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej. „Stwierdzono, że pastylki d z i u r k o w a n e ze sublimatem M. ZAHRADNIKA, wyrób pod każdym względem znakomity, znaleźć powinny powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej“.

Proszę przepisywać i żądać tylko: 152

Pastilli Sublimati perforati „ZAHRADNIK“.

Piśmiennictwo i próbki na żądanie.

MEDAL ZŁOTY NA WYSTAWIE W PRADZE 1896.

I. KRAJOWA FABRYKA OPATRUNKÓW CHIRURGICZNYCH

pod kontrolą Komisyi przemysłowej krak. Tow. lekarskiego

M. L. DOBROWOLSKIEGO w Podgórzu

POLECA:

Watę Brunsa, watę szpitalną, watę drzewną, watę celulozową, watę białą klejoną w rulonach, włókno drzewne, batyst Billrotha, jedwab i katgut surowe lub preparowane, fil de Florence, kalikot biały i szary, organtynę białą odtłuszczoną i szarą. — Opaski, gazy impregnowane i inne opatrunki używane. — Plastry smarowane własnego wyrobu i amerykańskie — Pastylki sublimatowe Prof. Obalińskiego.

Dyplom honorowy jako najwyższe uznanie za wyrób opatrunków, Lwów, 1888.

Jedyna Fabryka w kraju, posiadająca własną karderyę parową waty.

Laboratoryum parowe. — Oświetlenie elektryczne

NB. **5% od czystego zysku w roku bieżącym przeznaczam na fundusz wdów i sierot po lekarzach.** 170

SYRUP Valeriano-Bromat. comp. „Jahr“.

Syrup ten łączy **sole bromowe, waleryanowe, fosforowe z wyciągiem orzechów Kola.** Przyjemny w smaku, lekko strawny.

Wskazania: przy nerwowości, osłabieniu, neurastenii, hysteryi, padaczce, pląsawicy, zamroczeniach epileptycznych i t. p.

Rp. Syrup. Valeriano-Bromat comp. „Jahr“ lagen. origin.

S. D. Dziennie 2—4 łyżeczki kawowe z wodą lub mlekiem. Dzieciom połowę dawki. 169

Prawdziwy tylko we flaszkach oryginalnych po K. 2 i K. 3·80.

Wyrób i skład główny w **aptece Fortunata Gralewskiego w Krakowie, ul. Szczepańska l. 1.**

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co. FRANKFURT a/M.

EUCHININ — chinina, pozbawiona goryczy.

SALOCHININ — Antineuralgicum.

RHEUMATIN — Antirheumaticum.

ARISTOCHIN — Antipyreticum.

CHINAPHENIN — Antipyreticum i Antineuralgicum.

EUNATROL — Cholagogum.

VALIDOL — Analeptic. Antihysteric. Stomachicum.

UROSIN — lek przeciwdnawy i przeciw skazie moczanowej.

FORTOIN — Antidiarrhoicum.

DYMAL — Zasypka przeciwgnilna.

PRZETWORY LYGOZYNY:

LYGOSIN-CHININ — Antisepticum.

LYGOSIN-NATRIUM — Antigonorrhoicum.

3. V.

Próbki, piśmiennictwo i szczegółowe wyjaśnienia na żądanie.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PLĄSKOWSKIEGO, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda około rub. 500. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora. 104

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Rok XLIV. Kraków 29 Kwietnia 1905. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Oddziału Dra med. Dunina w Szpitalu Dziec. Jezus w Warszawie.

O zawartości chlorków we krwi zdrowych i chorych.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.

W ostatnich czasach, głównie dzięki pracom badaczów francuskich (Widal, Achard, Winter, Hallion i Carrion i in.) uwydatnia się coraz jaskrawiej ważna rola soli kuchennej w patologii niektórych stanów chorobowych, mianowicie też stanów obrzękowych pochodzenia nerkowego lub niedomogowego. Odnośnie do tych stanów, — jak to już doniósł jeden z pierwszych, którzy się wogóle sprawą chlorków w patologii zajmowali, doc. Dr. Marischler, mamy zazwyczaj do czynienia z zatrzymywaniem się chlorków w ustroju. Zatrzymywanie to nie pozostaje bez wpływu na stan chorego. Towarzyszy mu przedewszystkiem powiększanie się obrzęków, będące, jak się zdaje, w związku przyczynowym z nagromadzaniem się NaCl w ustroju. Fakt ten, wielokrotnie notowany i nieulegający żadnej wątpliwości, wyzyskano już z powodzeniem w celach leczniczych (dyeta małosolna zmniejszająca obrzęki). Wobec tego sprawa soli kuchennej w ustroju stała się sprawą niezwykle interesującą z punktu widzenia nietylko ogólno-patologicznego, ale także kliniczno-dyetetycznego.

Wzgląd ten skłonił mnie do zwrócenia baczniejszej uwagi na zmiany, jakim podlegać może zawartość chlorków we krwi zdrowych i chorych. Zaznaczyć muszę, że sprawa chlorków, posiadająca już dziś dosyć pokaźne piśmiennictwo w wielu kierunkach, w kierunku zawartości chlorków we krwi zdrowych i chorych nie jest jeszcze należycie opracowana. To zachęca mnie do ogłoszenia wyników moich badań odnośnych tem bardziej, że wyniki te, jak to poniżej zobaczymy, nastręczają kilka uwag co do spraw biochemicznych wogóle, zachodzących we krwi ludzkiej.

Przedewszystkiem słów kilka o metodzie moich badań. Krew do badań otrzymywałem zawsze przy pomocy nakłucia żyły w zgięciu łokciowem (*venepunctio*). Spuszczałem krew wprost z żyły do cylindra miareczkowego, którego ścianki wewnątrz osypywałem uprzednio cieniutką warstwą szczawianu sodowego dla zapobieżenia krzepnięciu krwi. Z cylindra przy pomocy pipety niezwłocznie brałem 2 porcye (dla kontroli) po 5 ctm. sz. do 2 niewielkich kolbek Erlenmeyera, w których oznaczałem chlorki. Spalałem mianowicie krew z dodatkiem HNO_3 i nadmanganianu potasu, dodawałem następnie 10 ctm. sz. $\frac{n}{10}$ roztworu $AgNO_3$ z HNO_3 i siarkanem żelaza; niezwiązane z Cl srebro odtytrowywałem $\frac{n}{10}$ roztworem rodanku amonu. Cylinder zaś z krwią wstawiałem na 48—72 godzin w chłodne miejsce, gdzie stał on dopóty, dopóki wysokość czerwonego osadu krążków nie przestawała się zmniejszać. W ten sposób starałem się przy pomocy takiej „sedymentacyi“ oznaczyć ilość czerwonego osadu i ilość osocza w badanej krwi. Sedymentacya taka nie daje zbyt ścisłych wyników. O tem wiem i to pragnę, dla uniknięcia nieporozumień, podkreślić zaraz na wstępie. Ponieważ jednak postępowałem w ten sposób zawsze, przeto moje liczby odnośnie do zawartości chlorków w czerwonym osadzie (krążkach) krwi, choć może zbyt ścisłego bezwzględnego znaczenia nie mają, posiadają jednak wystarczająco ścisłe znaczenie porównawcze i upoważniają mnie na ogół do wniosków, jakie poniżej czynię. W otrzymanem w ten sposób osoczu krwi oznaczałem znowu chlorki metodą, jak wyżej, w 2 porcyach dla kontroli po 5 ctm. sz. Znając zaś ilość (objętościową!) chlorków we krwi całkowitej, ilość chlorków w osoczu, oraz stosunek objętościowy czerwonego osadu do osocza krwi badanej, byłem w stanie obliczyć ilość chlorków, przypadającą na czerwony osad. Tak więc rubryki moich tablic, które poniżej przytaczam, zawierają: 1) ilość chlorków we krwi całkowitej [1]); 2) w osoczu; 3) stosunek wysokości w cylindrze (t. j. objętości) całkowitej krwi do czerwonego osadu w ilości krwi wypuszczonej; 4) % zawartość czerwonego osadu; 5) ilość % NaCl w moczu. Ostatnia rubryka dotyczy ilości NaCl w moczu, otrzymanym od chorych wkrótce po zrobieniu wenepunkcyi, a zatem w moczu, — odpowiadającym krwi w chwili jej badania.

a) Krew zdrowych ludzi.

Tablica I.

Nr.	% NaCl we krwi całkowitej	% NaCl w osoczu	Stosunek krwi całkowitej do czerw osadu	% zawar. czerw. osadu	% NaCl w moczu	Uwagi
1	0.3978	0,5382	97 : 41	42	1,322	Ozdr. po zapalen. płuc wł.
2	0,4095	0,5382	111 : 71	64	1,451	Dementia luetica.
3	0,3861	0,5265	154 : 73	47	0,7956	Post apoplex. lat 56.
4	0.4095	0.5265	91 : 49,5	54	1.0179	„ lat 60.
5	0,3978	0.5499	141 : 96	68	1.275	Ischias sin.
6	0,4212	0,5616	122 : 82	67	1,2753	Fractura costae tr.
		średnio				

[1]) Objętościową, obliczoną w NaCl%.

Zawartość % NaCl we krwi całkowitej = 0,4056.
" " " w osoczu. . . . = 0,5401.
" " " w czerw. osadzie . = 0,304 (obliczona dla średnio 57% objętości czerwonego osadu).

Jak zachowują się chlorki we krwi człowieka w stanie głodzenia?

Na to pytanie odpowiedzieć mogę na zasadzie następującego przypadku, dotyczącego 18-letniego chłopca, otrutego kwasem octowym. Chłopiec ten od tygodnia nic nie jadł i z wielką trudnością wysączał tylko 1—1½ kubka mleka dziennie.

Zawartość % NaCl we krwi całkowitej = 0,3393.
" " " w osoczu . . . . = 0,4680.
Ilość czerwonego osadu (80 : 49,6) . . = 62%.
Zawartość % NaCl w czerw. osadzie . = 0,261.
Ilość % NaCl w moczu w chwili badania krwi = 0,0234 (!).

Z zestawienia tych liczb z liczbami dla normy, widzimy zmniejszanie się ilości chlorków zarówno w osoczu, jak i w ciałkach. Zmniejszanie się to nie jest jednak tak znaczne, jakby tego oczekiwać należało ze względu na długotrwałe i prawie zupełne głodzenie, w jakiem się chory znajdował. Ilość chlorków, wydzielanych z moczem przez chorego, spadła do niebywałego *minimum*. Tak więc ustrój głodzonego uparcie stara się utrzymać zapas swych chlorków w stanie, mało co różniącym się ilościowo od normy, a to przez ograniczenie do *minimum* utraty chlorków przez nerki. Fakt zresztą powyższy jest zgodny z tem, co wiemy o zachowaniu się i innych składników krwi u głodzonych. Nastręcza on jednak skąd inąd ciekawe rozmyślania, a mianowicie: Chory głodzony (ze zdrowemi nerkami!), który ma prawie normalną ilość chlorków w osoczu, wydziela mocz o zawartości chlorków 0,0234%. Człowiek zdrowy zaś wydziela mocz o zawartości (średnia z Tabl. I) 1,1895% NaCl. Innemi słowy: zdrowa nerka wydziela z tej samej prawie pod względem % zawartości NaCl krwi raz roztwór moczowy NaCl 0,0234%, drugi raz zaś — z góry 45 razy bardziej stężony.... Mniemamy zazwyczaj, że chlorki do moczu wydzielają się w kłębkach w postaci wodnego roztworu NaCl, który poprostu „przesącza się" — jako mocz kłębkowy. W kanalikach, skutkiem wymiany ekwimolekularnej NaCl i H_2O z t. zw. ciałami wyrobionemi (N — składniki moczu), wytwarza się z tego moczu „kłębkowego" mocz „kanalikowy", będący moczem rzeczywistym. Ilość więc chlorków moczu reguluje się: 1) ilością chlorków, które się „przesączyły" ze krwi w kłębkach i 2) ilością chlorków, które uległy w kanalikach powrotowi do krwi w zamian ciał wyrobionych. Ponieważ mocz człowieka głodzonego posiada bardzo mało i ciał wyrobionych, przeto uznać musimy, że z moczu kłębkowego naszego chorego bardzo mało chlorków uległo powrotowi do krwi w kanalikach krętych, czyli, że w jego kłębkach wydzieliło się tyle chlorków lub może mało co więcej nad to, ile ich znaleźliśmy w moczu, t. j. zaledwie ślad. Wobec tego cała sprawa przedstawia się w ten sposób, że kłębki przy tej samej prawie zawartości NaCl we krwi raz „przesączają" dużo chlorków (u zdrowego), drugi raz — zaledwie ślad (u głodzonego). Innemi słowy, ilość chlorków, jakie przechodzą w kłębkach do moczu, może być minimalna lub też znaczna przy tej samej prawie ilości chlorków we krwi (wzgl. w osoczu). Jeżeli stanę z konieczności na gruncie powyższej teoryi „filtracyjnej", — smutna to konieczność wobec braku innej bardziej życiowej teoryi wydzielania moczu, — to przypuścić muszę, że 1) chlorki we krwi głodzonego muszą być substancyą nieprzechodzącą do moczu (*harnunfähig*); 2) chlorki we krwi zdrowego są substancyą przechodzącą do moczu (*harnfähig*). Na czem polega owa „*Harnfähigkeit*" pierwszych i „*Harnunfähigkeit*" drugich, tego wytłómaczyć dotychczas niepodobna. Należy przypuścić, że we krwi człowieka głodzonego zachodzą zmiany, które powodują ściślejsze skupianie się związków, jakie u człowieka prawidłowo odżywiającego się tylko luźnie związane ze krwią (rozpuszczone?). Mechanizmu dziwnego tego zjawiska objaśnić dziś jeszcze niepodobna; to tylko pewna, że jest ono wysoce celowem, bo stanowi niezbędny warunek utrzymania przy życiu ustroju jak najdłużej.

b) Krew chorych na choroby zakaźne ostre.

Tablica II.

Nr.	% NaCl we krwi całkowitej	% NaCl w osoczu	Stosunek krwi całkowitej do czerw. osadu	% zawar. czerw. osadu	% NaCl w moczu	Uwagi
1	0,3276	0,4914	86 : 52	60	0,1053	Dur brzuszny T = 39,6°.
2	0,351	0,5265	84 : 48	57	0.0585	Dur brzuszny T = 39,8°.
	0,3393	0,5089	—	58	—	Średnia z 1 i 2.
		w czerw. osadzie = 0,211% NaCl.				
3	0,3861	0,5265	96 : 36	38	0,7115	Gościec stawowy ostry T = 38,8°.
		w czerw. osadzie = 0,16% NaCl (!).				

We krwi chorych gorączkujących (średnia z 1 i 2, oraz 3 Tabl. II) widzimy zatem zmniejszanie się ilości chlorków zarówno we krwi całkowitej, jak i w osoczu. Zmniejszanie się ilości chlorków w osoczu nie jest zbyt znaczne. Wobec tego zmniejszanie się ilości chlorków we krwi całkowitej musimy położyć głównie na karb zmniejszania się ilości chlorków w czerwonym osadzie, t. j. w czerwonych krążkach krwi. I rzeczywiście otrzymane przezemnie dane liczbowe w tym kierunku świadczą o tem wymownie. Fakt ten jest zgodny z ogólnemi naszemi pojęciami o wpływie czynników zakaźnych na zarodziowe pierwiastki ustrojów. Czynniki niszczą zaródź komórek; powodują też one w czerwonych krążkach krwi zmiany, które dotykają i mineralnej, jak widzimy, części ich zarodzi. Możnaby mniemać, że w chorobach zakaźnych ostrych przyczyną zubożenia krwi w NaCl jest stan głodzenia, w jakim się odnośni chorzy znajdują przez czas dłuższy. Jeżeli jednak porównamy skład krwi u chorych zakaźnych ze składem krwi w powyżej przytoczonym przypadku głodzenia, to przekonamy się, że w chorobach zakaźnych ilość chlorków w czerwonym osadzie jest mniejsza, niż u chorego głodzonego. Zwłaszcza dotyczy to przypadku ostrego gośćca stawowego, w którym ilość chlorków w krążkach, obliczona na NaCl, spadła aż do 0,16% (u głodzonego 0,261%). Ponieważ chory gośćcowy, chociaż gorączkował do 38,8°, znajdował się w stanie co do łaknienia i odżywienia względnie dobrym, przeto ten tak znaczny spadek w zawartości chlorków krwinek

musimy położyć wyłącznie na karb niszczącego działania na nie czynników zakaźnych. Wogóle — zakażenie gośćcowe, choć należy stosunkowo do lżejszych, wywiera bardzo poważny w wielu kierunkach wpływ na krew (rozwodnienie krwi, zmniejszenie się jej zasadowości, zmniejszanie się ilości całkowitego N we krwi i t. p.), jak to już niejednokrotnie mogłem przekonać się z własnych badań odnośnych.

c) Krew chorych na zapalenie nerek.

1. Przypadki z obrzękami:

Tablica III *A*.

Nr.	% NaCl we krwi całkowitej	% NaCl w osoczu	Stosunek krwi całkowitej do czerw. osadu	% zawar. czerw osadu	% NaCl w moczu	Uwagi
1	0,5265	0.6641	43 : 13	28	0,6318	Białka w moczu $3^1/_2$ ‰. Ascites (0.7372% NaCl).
2	0,4797	0,5967	188 : 93	49	0.117	6—2‰ białka.
—	0,5031	0.6304	—	38	—	Średnio.
	w czerw. osadzie 0.296% NaCl.					

2. Przypadki bez obrzęków:

Tablica III *B*.

Nr.	% NaCl we krwi całkowitej	% NaCl w osoczu	Stosunek krwi całkowitej do czerw. osadu	% zawar. czerw. osadu	% NaCl w moczu	Uwagi
1	0,4446	0,5616	140 : 62	44	1,1817	Mocz $\frac{2000}{1020}$, białka 2‰.
2	0,4329	0,5199	92 : 37	40	0,761	Mocz $\frac{800}{1016}$, białka 2‰.
3	0,5031	0.6201	78 : 32	40	0.9828	Mocz $\frac{1000-1360}{1014-1015}$, białka 2‰.
—	0,4602	0,5772	—	41	—	Średnio.
	w czerw. osadzie 0,292% NaCl.					

Porównywując średnie z powyższych dwóch kategoryi zapalenia nerek z normą, otrzymamy zestawienie następujące:

Tablica III *C*.

% NaCl we krwi całkowitej	% NaCl w moczu	% NaCl w czerw. osadzie	% zawar. czerw. osadu	Uwagi
0,4056	0,5401	0,304	57	Norma.
0,4602	0,5772	0,292	41	Zapalenie nerek bez obrzęków.
0,5031	0,6304	0,296	38	Zapalenie nerek z obrzękami.

Widzimy tu, że ilość chlorków we krwi całkowitej chorych na zapalenie nerek wogóle jest powiększona. Powiększenie to zwłaszcza jest znaczniejsze w tych przypadkach, którym towarzyszą obrzęki. Powstaje ono wyłącznie wskutek wzrastania ilości chlorków w osoczu, ponieważ ilość chlorków w czerwonym osadzie pozostaje bez zmiany. I ta okoliczność zasługuje na podkreślenie z punktu widzenia fizyologii krwi. Widzimy tu bowiem, że wzrastanie ilości chlorków w osoczu, które jest środowiskiem dla czerwonych krążków krwi, nie prowadzi za sobą wzrastania ilości chlorków w czerwonych krążkach, że pod tym względem czerwone krążki krwi zachowują się bardzo autonomicznie, utrzymując swój skład prawidłowy, podczas gdy skład osocza uległ zmianie. Jaka jest przyczyna tego ciekawego zjawiska? Przedewszystkiem pamiętać należy, że sole mineralne krążków są inne, niż sole mineralne osocza: w krążkach przeważa sól potasowa, gdy w osoczu przeważa sól sodowa HCl. Stąd wniosek teoretyczny, że powiększanie się w osoczu ilości chlorku sodowego pozostanie bez wpływu na zapas w krążkach chlorku potasu. Wyniki moich badań potwierdzają istotnie ten wniosek teoretyczny. Gdyby jednak pomiędzy osoczem i krążkami zachodził jakiś bliższy stosunek biochemiczny, gdyby osocze napajało krążki krwi, jak to mniemają niektórzy tak, jak n. p. woda napaja gąbkę, w niej zanurzoną, to wzrastanie chlorku sodowego w osoczu niechybnie musiałoby pociągać za sobą wzrastanie chlorków w krążkach. Nic podobnego tu nie widzimy. Okoliczność powyższa, zdaje się, przemawia za tem, że zmiany, zachodzące wogóle w osoczu krwi krążącej mało wpływają na powstawanie zmian w krążkach, że stosunek biochemiczny pomiędzy osoczem, a krążkami, jest dosyć luźny.

Zachodzi pytanie, czy w zapaleniach nerek istnieje jaki prosty stosunek pomiędzy zawartością % w danej chwili chlorków we krwi i chlorków w moczu? Liczby moje pouczają, że taki stosunek nie istnieje. Stwierdzają one, że ma się rzecz przeciwnie, że w danej chwili znacznie powiększonej zawartości chlorków osocza odpowiada raczej znacznie zmniejszona zawartość chlorków w moczu. I w tych razach właśnie istnieją obrzęki, jako to pouczają dane w tablicy III *B*.

d) Krew w stanach obrzękowych niedomogowych.

Tablica IV *A*.

Nr.	% NaCl we krwi całkowitej	% NaCl w osoczu	Stosunek krwi całkowitej do czerw. osadu	% zawar. czerw. osadu	% NaCl w moczu	Uwagi
1	0,4329	0,5667	98 : 74	75	0,4797	*Vit. cordis.* Spore obrzęki. Mocz $\frac{500-1000}{1025}$. Alb. $^3/_4$ ‰. Sin.
2	0,4329	0,5382	68 : 47	69	0,9945	*Vit. cordis, anasarca* (0,6435% NaCl).
3	0,3627	0,5499	98 : 50	50	—	*Myocardit.* Obrzęki spore. Sin. Mocz $\frac{500}{1028}$, ślad białka.
4	0 3627	0,4680	164 : 113	68	0.4563	*Emph. pulmon.* Sinica. Obrzęki niewielkie.
5	0,3861	0,6669	90 : 58	64	1,1934	*Emph. pulmon.* Sinica. Obrzęki niewielkie.
	0,3955	0,5639	—	65	—	Średnio.
	w osadzie czerw. = 0,30% NaCl.					

Z tablicy powyższej widzimy, że w stanach obrzękowych pochodzenia niedomogowego ilość chlorków we krwi całkowitej, t. j. w osoczu i w krążkach niczem prawie nie

różni się od normy. Pod tym względem stany obrzękowe pochodzenia niedomogowego wyraźnie różnią się od stanów obrzękowych pochodzenia nerkowego, a mianowicie

Tablica IV *B*.

% NaCl w krwi całkowitej	% NaCl w moczu	% NaCl w czerw. osadzie	Uwagi
0,4056	0,5401	0,304	Norma.
0,3955	0,5639	0,30	Niedomoga.
0,5031	0,6304	0,296	Zapalenie nerek.

W myśl najnowszych teoryi powstawania obrzęków, jako wyniku zatrzymania się NaCl w ustroju — *„rétention chlorurée“* jak mówi Achard — jako *„facteur hydropigène“*; musimy przypuszczać, że w zapaleniach nerek krew „oczyszcza“ się od chlorków drogą podwójną: 1) wydalanie NaCl (wraz z H_2O) do tkanek, 2) wydalanie chlorków z moczem. Ponieważ chora nerka trudno wydala chlorki, przeto „oczyszczanie“ się krwi z chlorków uskutecznia się tu prawie wyłącznie drogą wydalania NaCl do tkanek. Należy mniemać, że ten sposób uwalniania się krwi z nadmiaru chlorków jest nieprawidłowy i prawdopodobnie trudniejszy; krew więc „oczyszcza“ się niedostatecznie z chlorków i stwierdzamy przeto w osoczu nerkowych chorych z obrzękami wzmożoną ilość NaCl. U chorych niedomogowych z nerkami względnie zdrowemi, w uwalnianiu się krwi od chlorków nerki biorą udział — słabszy wprawdzie, niż prawidłowo, ale wystarczający, aby krew „oczyścić“ z nadmiaru NaCl, który nie zdołał się wydzielić do tkanek jako *„facteur hidropigène“*. Tak więc różnica odnośnie do zawartości chlorków w osoczu obrzękniętych chorych nerkowych i niedomogowych sprowadza się poprostu do większego udziału nerek w pracy oczyszczania krwi u tych ostatnich w porównaniu z pierwszymi.

Streszczając dane powyższe, pragnę wypowiedzieć wnioski następujące:

1. Pomiędzy zawartością % chlorków w osoczu a chlorków w moczu, wydzielającym się w danej chwili przez nerki, niema żadnego prostego stosunku.

2. W ostrych chorobach zakaźnych zmniejszanie się ilości chlorków we krwi całkowitej spowodowane jest głównie przez zmniejszanie się ilości chlorków w czerwonych ciałkach, a to prawdopodobnie wskutek zmian niszczących, jakie w tych ostatnich zachodzą pod wpływem toksyn.

3. We krwi chorych na zapalenie nerek ilość chlorków osocza jest powiększona. Powiększenie to jest znaczniejsze u chorych obrzękniętych.

4. W stanach obrzękowych pochodzenia niedomogowego, — w przeciwieństwie do stanów obrzękowych pochodzenia nerkowego, ilość chlorków w osoczu nie jest powiększona.

5. Powiększanie się ilości NaCl w osoczu nie pociąga za sobą powiększania się ilości chlorków w czerwonych ciałkach; podobnież — ilość chlorków w czerwonych ciałkach może być znacznie zmniejszona, przy bardzo mało zmniejszonej ilości chlorków w osoczu (sprawy zakaźne ostre, zwłaszcza ostry gościec stawowy); to stwierdza, że osocze i czerwone ciałka krwi znajdują się do siebie prawdopodobnie w bardzo luźnym stosunku biochemicznym.

II. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu Prof. Dr. W. N. Sirotinina.

O wzajemnym stosunku braku soku żołądkowego *(achylia gastrica)* i tak zw. *protozoa-colitis.*

Podał

Dr. med. Zenon Orłowski

ordynator kliniki.

(Dokończenie.)

Zatem we wszystkich czterech przypadkach, przezemnie spostrzeganych, był brak soku żołądkowego *(achylia gastrica)*. Jeżeli do tych czterech przypadków dołączymy jeszcze 10 znanych z piśmiennictwa, będziemy w posiadaniu 14 badań soku żołądkowego w *protozoa-colitis*. W 11 z nich był brak soku żołądkowego (Gołubinin, Ehrnroth, Pakrowskij, 4 Cohnheima i 4 nasze); w 2 (Henschen, Moritz i Hölzl) był brak wolnego kwasu solnego; w 1 (Cohnheim) stwierdzono nieżyt z niedokwaśnością soku żołądkowego (*gastritis subacida*); w 1 (Cohnheim) nieżyt z bezkwasem żołądkowym (*gastritis anacida*). Te w wysokim stopniu zgodne wyniki rozbioru treści żołądka u chorych, badanych przez różnych autorów, nie są bezwątpienia przypadkowymi i mogą, według mego zdania, wskazywać na warunki, wśród których następuje zakażenie człowieka pierwotniakami. Kwestya ta, jak wiadomo, jest dotąd nierozwiązana; nad rozwikłaniem jej pracują autorowie już oddawna, mianowicie od czasu, w którym Leuckart (14) wykazał, że szparkosze (*balantidium*) stale znajdują się w jelitach świń, nie wywołując w ich zdrowiu żadnych dolegliwości. Odkrycie to potwierdzili inni autorowie (Stern (14), Ekeckrantz (17), Wising (17), Rapczewskij (17), Żegałow (18). Co się zaś tyczy innych wiciowców, to te łatwo można wykazać (Grassi, Quincke (19) i inni). Zakażenie, według Leuckarta, następuje w ten sposób, że szparkosze jakąkolwiek drogą przedostają się do przewodu pokarmowego człowieka, przechodzą przez żołądek bez żadnej dla siebie szkody, gdyż sok żołądkowy na nie nie działa; natomiast Waldensträm i Henschen, jakeśmy już wyżej powiedzieli, dowiedli doświadczalnie, że szparkosze giną pod wpływem soku żołądkowego; wkrótce jednak Leuckart i Stern wykazali, że w jelitach świń przebywają gatunki otorbione szparkoszów, nie ulegające niszczącemu działaniu soku żołądkowego. Takież same otorbione postacie znaleźli Gurwicz (20), Cohnheim i inni. Zatem zdawałoby się, że kwestya ta znalazła proste rozwiązanie: zakażenie odbywa się dzięki otorbionym postaciom szparkoszów, względnie wiciowców, które przechodzą przez żołądek, nie ulegając niszczącemu działaniu soku żołądkowego; atoli liczne próby autorów, zmierzające do sztucznego zakażenia zwierząt przez wprowadzenie zakażonego pokarmu przez usta lub przez odbytnicę dały wyniki ujemne, że tu przytoczę próby Ekeckrantza, Wisinga na psach i królikach, Władjewa (21) na kotach i t. d. Niektórzy autorowie zobojętniali treść żołądka lub wywoływali stan zapalny jelit u zwierząt zapomocą olejku krotniowego, lecz wyniki były wciąż ujemne (Rapczewski (22), Żegałow). Zatem kwestya, tycząca się szparkoszów, a zmierzająca do zakażenia człowieka pierwotniakami, dotąd jest sporna, jak również spornem jest zagadnienie, jak należy zapatrywać się

na pierwotniaki: czy są to pasorzyty niewinne, czy też chorobotwórcze? Pierwsi z przytoczonych autorów nie zadawali nawet sobie tego pytania: według ich zdania przewlekła i trudno uleczalna biegunka bezwarunkowo jest w zależności od szparkoszów. Po dłuższych jednak spostrzeganiach sprawa zależności choroby od obecności szparkoszów stała się bardzo wątpliwą, zwłaszcza zaś, gdy zostało udowodnionem, że pierwotniaki mogą przebywać w jelitach człowieka, nie wywołując biegunki lub jakichkolwiek innych dolegliwości. Podobny przypadek opisał Mitter (13); chory jego cierpiał w ciągu 15 lat na niestrawność, stolce zawierały obfitą ilość szparkoszów, mimo to nie doświadczył on nigdy rozwolnienia. Grassi (3) i Calandruccio (3) znajdowali pierwotniaki w stolcach ludzi zupełnie zdrowych Calandruccio połknął znaczną ilość otorbionych pełzaków okrężnicy i nie doznał żadnych zaburzeń w zdrowiu. Próby zakażenia ludzi[1]), czynione przez Grassiego, Moritza, dały również wyniki ujemne. Obecnie zdania autorów są podzielne: jedna część badaczy dopatruje w przewlekłem rozwolnieniu wyłącznej zależności jego od pierwotniaków, a na poparcie tego zdania przytacza zmiany anatomiczno-patologiczne w jelitach tych ludzi; druga liczna część uważa pierwotniaki za zupełnie niewinne pasorzyty; trzecia zaś godzi te dwa zdania przeciwne i sądzi, że pierwotniaki tylko pogarszają patologiczny już stan jelit i przeszkadzają powrotowi ich do zdrowia. (Janowski (23), Żegałow i inni). Według mego mniemania, do rozwiązania tego sporu mogą posłużyć wyniki badań wyżej przytoczonych 4-ch przypadków. Ażeby zakażenie miało miejsce, oczywiście obojętny odczyn soku żołądkowego nie jest warunkiem wystarczającym: niezbędnemi są jeszcze zmiany patologiczne ze strony błony śluzowej żołądka, jak to widzimy w wyżej przytoczonych przypadkach, w których w ogromnej większości był brak soku żołądkowego, t. j. cierpienie, któremu towarzyszą głębokie zmiany w błonie śluzowej żołądka. Jedynie w ten sposób mogą pierwotniaki bezkarnie przejść przez żołądek i wywołać te lub inne zmiany w błonie śluzowej jelit. Za tem zdaniem przemawia pośrednio stwierdzony ostatnimi czasy fakt obecności pierwotniaków i w żołądku, lecz jedynie przy braku soku żołądkowego, będącego w zależności wyłącznej od jednocześnie istniejącego raka żołądka, zatem choroby, w której błona śluzowa żołądka jest głęboko zmienioną. Godnym uwagi jest fakt, że we wszystkich przypadkach, w których znaleziono pierwotniaki w żołądku, odczyn treści żołądka był zawsze alkaliczny. Jak wiadomo, Cohnheim kładzie nacisk na to, że obecność pierwotniaków w żołądku jest zjawiskiem patognomonicznem dla raka żołądka w tym samym stopniu, co i obecność kwasu mlekowego; zdanie to nie zupełnie ścisłe, jak to miałem możność wykazać w jednej z poprzednich prac swoich[2]).

Obecność zmian anatomicznych w błonie śluzowej żołądka nie wystarczy dla zakażenia jelit pierwotniakami i potrzebne tu są jeszcze zmiany w błonie śluzowej i samych jelit; jedynie w tych warunkach pierwotniaki mogą się dobrze rozwijać w jelitach. Przedostając się do wnętrza ścian kiszkowych między gruczołami i rozmnażając się w tkance podśluzowej, pierwotniaki oczywiście nie mogą nie wywierać wpływu na samą błonę śluzową. Jeżeli, jak twierdzi Rosenheim (24), już sama obecność glist może być przyczyną uporczywej biegunki, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ciągłe ożywione ruchy niezliczonej ilości pierwotniaków, posiadających dużo rzęsów, drażnią silnie błonę śluzową jelit i tem samem podtrzymują chorobliwy ich stan. Na zdrowej błonie śluzowej pierwotniaki mogą istnieć bez żadnej szkody dla samej błony w postaci pasorzytów, zupełnie niewinnych (Grassi, Calandruccio i in.). W wyżej przytoczonych przypadkach Cohnheima, który znajdował pierwotniaki w żołądku, przedostawały się one bez wątpienia do jelit, lecz tu nie mogły wywołać żadnych zmian, dzięki temu, że błona śluzowa jelit była zupełnie zdrowa. Jakże należy tłómaczyć przypadek Cohnheima, w którym przy badaniu treści żołądka stwierdzono niedokwaśność soku żołądkowego *(gastritis subacida)*? Tu, sądzę, trzeba się zgodzić ze zdaniem Zabela (25), który na podstawie swego przypadku twierdzi, że obecność pierwotniaków w kale u ludzi z zupełnie zdrowym żołądkiem wskazuje na to, że osoby te niegdyś, być może jeszcze w dzieciństwie, uległy jakiemuś schorzeniu żołądka, podczas którego pierwotniaki dostały się do jelit i tu się rozmnażając, wywołały cierpienie kiszek, które trwale pozostało, a sama choroba żołądka przeszła bez śladu. Rozwijając swoją myśl, Zabel twierdzi, że czasowa lub stała obecność pierwotniaków w kale wskazuje zawsze na obecne lub przebyte cierpienie przewodu pokarmowego: u osób, nie przedstawiających żadnych zmian ze strony kiszek, obecność pierwotniaków w kale przemawia za zmianami w żołądku lub w górnej części jelit cienkich. Ma się rozumieć, że zdanie to Zabela musi być jeszcze potwierdzonem, lecz jest ono bardzo prawdopodobnem, jeżeli wziąć przypadki badań treści żołądka w 14 wyżej opisanych przypadkach; wielka szkoda, że Grassi, Calandruccio i inni nie wykonali w swoich przypadkach badania soku żołądkowego.

Na podstawie powyższych uwag staje się rzeczą jasną, jak dalece jeszcze nierozstrzygniętą jest kwestya zakażenia człowieka pierwotniakami. Dotychczas za mało mamy jeszcze podstaw do powzięcia ugruntowanych wniosków. W każdym razie potrzeba: 1) starannie zbierać wywiady, żeby na podstawie dużej liczby przypadków można było ściśle dociec, co i o ile wcześniej następuje: — cierpienie żołądka, czy biegunka? oraz 2) należy w każdym pojedynczym przypadku starannie badać stan żołądka, nie zwracając uwagi na to, czy chory skarży się na dolegliwości żołądkowe, czy nie: każdy lekarz wie dobrze, jak często nawet ciężkie schorzenia żołądka nie wywołują żadnych objawów podmiotowych i t. d.

Pracą niniejszą zamierzyłem zwrócić uwagę na konieczność badania soku żołądkowego w każdym przypadku; tylko starannem zbadaniem każdego chorego można będzie *viribus unitis* rozwiązać pytanie, jakie warunki są niezbędne dla zakażenia człowieka pierwotniakami.

[1]) Wszystkich tych doświadczeń nie można uważać za rozstrzygające, jak również znanego doświadczenia Pettenkoffera, który połknął jadowitą hodowlę prątka cholerycznego i pomimo to nie uległ zakażeniu swoistemu.

[2]) W tym przypadku był rozpoznany za życia brak soku żołądkowego. W treści żołądka liczne rzęsistki jelitowe *(trichomonas intestinalis)*. Na sekcyi jednak raka żołądka nie stwierdzono (26).

Piśmiennictwo. 1) Malmsten: Virchow's Archiv. Bd. XII. S. 302. — 2) Loesch: Virchow's Archiv. Bd. LXV. S. 196. — 3) Wedł. „Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie". Bd. VI. — 4) Solo-

wiew: Wracz 1901. N. 12—14. — 5) Dehio: Ruskij Archiw. patologii, kliniczeskoj mediciny i baktieriołogii 1898. — 6) Wedł. Soeversa „Zeitschrift für klinische Medicin“ Bd. XXX. — 7) Moritz i Hölzl: „Münchener medicin. Wochenschrift“ 1892. N 47. S. 834 — 8) Henschen: wedł. Robin. „Gazeta lekarska“, 1903. Str. 9 i 29 — 9) Gołubinin: „Kliniczeskij Żurnał“. 1902. — 10) Ehrnroth: Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. 1—4. — 11) Pokrowskij: Trudy fakultietnoj tierapieuticzeskoj kliniki Moskawskaho uniwiersitieta, 1904. — 12. Cohnheim: „Deutsche medicin. Wochenschrift“, 1903. N. 12, 13, 14. — 13) Mitter: wedł. Pokrowskiego. P. N. 11. — 14) wedł. Sievers. Archiv. für Verdauungskrankheiten. Bd. V S. 445. — 15) Winogradow: Wracz, 1901. N. 19. — 16) Klimenko: Ziegler's Beiträge. Bd. XXXIII. 1903. 17) Ropczewskij: Wracz. 1880. N. 31. — 18) Żegałow: Wracz, 1898. N. 48. — 19) Quincke: „Berliner klinische Wochenschrift“. 1899. N. 16, 47. — 20) Gurwicz: „Russkij Archiv patologii, kliniczeskoj miediciny i baktieriołogii“. T. II. — 21) Właj ew. Wracz. 1898. N. 5 22). Ropczewskiej: »Miedicinskoj Wiestnik«. 1882. N. 23—25. — 23) Janowski: „Gazeta lekarska“, 1896. — 24 Rosenheim: Krankheiten des Darms, 1893. — 25) Zabel: Archiw. Verdauungskrankheiten, 1901. Bd. VII. — 26) Z. Orłowski: „Ruskij Wracz«. 1904. N. 24.

III. O doszczętnej operacyi przepukliny pępkowej.

Podał

Dr. Roman Barącz

Docent prywatny chirurgii Uniw. lwowskiego.

(Dokończenie).

W szpitalach nowojorskich i chicagoskich miałem sposobność widzieć tak wykonanie operacyi sposobem Dr. Mayo, jak również jej wyniki. Ponieważ sama metoda wydała mi się nadzwyczaj prostą i racyonalną, a wyniki jej były znakomite, postanowiłem w odpowiednich przypadkach zastosować ją. Dotychczas wykonałem operacyę tę 2 razy; oba przypadki dotyczyły otyłych kobiet ze znaczną przepukliną uwięźniętą Przypadki te były następujące:

I. Przypadek. *Hernia umbilicalis incarcerata.* Omfalektomia i operacya doszczętna sposobem Mayo.

W. A., żona urzędnika, lat 55 Rodziła 7 razy. Po ostatnim porodzie powstała przepuklina pępkowa, z początku wielkości jaja kurzego, a obecnie wielkości sporej pięści. Przepuklina ta sprawiała chorej w ostatnich czasach znaczne dolegliwości. Chora cierpiała na niestrawność, wymioty, uporczywe zaparcie stolca i często musiała używać leków przeczyszczających. Nosiła z początku pelotę pępkową, ale odłożyła ją wnet na bok, ponieważ przepuklina nie dawała się odprowadzić. Dnia 24/III 1903 rano wystąpiły wymioty i stolec został zatrzymany. Wezwany tegoż dnia o godz. 4 popołudniu, zastałem chorą w stanie następującym:

Osoba otyła, tętno 88, ciepłota 37·8. Na twarzy wyraz znacznego cierpienia. Okolicę pępka zajmuje obrzęk wielkości sporej pięści męzkiej, o skórze napiętej, barwy prawidłowej; prawa połowa obrzęku jest twarda, lewa miększa i przy opukiwaniu daje odgłos bębenkowy. Chora wymiotuje kilkakrotnie podczas badania. Tego samego dnia o godzinie 7 wieczorem przystąpiłem do herniotomii w znieczuleniu sposobem Schleicha. Po dokładnem odkażeniu pola operacyjnego i znieczuleniu go poprowadziłem po obu bokach obrzęku dwa cięcia łukowe, schodzące się ze sobą u góry i dołu poza granicami obrzęku, które od razu pogłębiłem do rozcięgna mięśni prostych brzucha. Potem oddzieliłem na tępo zrosty worka przepuklinowego aż do jego szyi, obnażyłem rozcięgno obu mięśni prostych na około pierścienia przepuklinowego, naciąłem pierścień ten najpierw po stronie prawej, otwarłem otrzewnę i pod kontrolą palca, wprowadzonego do jamy brzusznej, okoliłem nożem gałkowatym cały pierścień przepuklinowy. Najpierw odprowadziłem do jamy brzusznej pętlę jelita cienkiego silnie nastrzykaną, nie okazującą żadnych głębszych zmian w miejscach zaciśnięcia. Główną treść worka przepuklinowego stanowiła bryła stłuszczonej sieci, przyrośnięta w kilku miejscach w zaułkach worka przepuklinowego. Sieć podwiązałem w kilku pęczkach, odjąłem ją wraz z workiem i skórą, a srypułę pogłębiłem do jamy brzusznej. Rozcięgno mięśni prostych, przeciąłem u góry i u dołu na jakie 4 ctm. aż do otrzewnej, otrzewnę oddzieliłem na tępo od tylnej pochwy prawego mięśnia prostego, następnie zaszyłem otwór w otrzewnej szwem kuśnierskim z katgutu jodowego, przeprowadziłem w sposób wyżej opisany 4 szwy materacowe z grubszego jedwabiu przez rozcięgno obu mięśni prostych w ten sposób, że rozcięgno mięśnia prostego lewego pokryło rozcięgno mięśnia prostego prawego na przestrzeni, około 5 ctm. szerokiej, i związałem szwy materacowe. Przy wiązaniu tych szwów natrafiłem na bardzo znaczny opór i napięcie, które zmniejszyło się dopiero, gdy asystent zapomocą dłoni przybliżył do siebie powłoki brzuszne. Szwy jednak nigdzie nie wyrwały się. Wreszcie przyszyłem wolny brzeg rozcięgna prawego mięśnia brzusznego do rozcięgna lewego mięśnia brzusznego szwem kuśnierskim z katgutu jodowego i zamknąłem stłuszczone powłoki brzuszne zapomocą kilku szwów głębokich i szwu kuśnierskiego z jedwabiu.

Przebieg po operacyi był zupełnie prawidłowy. Wymioty ustały trwale, wiatry odeszły nazajutrz po operacyi, zaś 5 dnia po operacyi chora miała pierwszy stolec po podaniu oleju rącznikowego. Szwy skórne usunięto 9 dnia po operacyi. Chora opuściła łóżko 21-go dnia po operacyi z opaską brzuszną. Chorą badałem w początku lutego 1905 roku, przytem nie mogłem stwierdzić żadnego śladu nawrotu choroby; w okolicy pępka znajduje się twarda, niepodatna, pionowo przebiegająca blizna.

II. Przypadek. *Hernia umbilicalis incarcerata.* Omfalektomia. Podejrzenie o zgorzel pętli jelita uwięźniętej, pozostawienie jej na zewnątrz jamy brzusznej na 15 godzin. Operacya doszczętna sposobem Mayo na 2 zawody.

A. J., lat 54, cierpiała od 4-go, przed 20 laty odbytego porodu na przepuklinę pępkową. Nosiła tylko opaskę, nigdy nie nosiła peloty przepuklinowej. Od kilku miesięcy często miewała dolegliwości żołądkowe, objawiające się odbijaniem, brakiem łaknienia, a nawet wymiotami, występującemi bezpośrednio po jedzeniu lub po dłuższym czasie. Dnia 18/X 1904 po południu przy zajęciu w ogrodzie, połączonem z wspinaniem się po drabinie (chora zrywała dereń z drzewek), obrzęk nagle powiększył się znacznie i odprowadzić się nie dał. Równocześnie wystąpił bardzo silny ból w obrzęku i coraz częstsze wymioty. Pierwsze wymioty miała w drodze do domu, powracając piechotą ze sadu, odległego o jakie 2 kilometry od mieszkania chorej.

Wezwany dopiero nazajutrz d. 19/X o godz. 2 popołudniu, zastałem chorą w stanie następującym: Kobieta wzrostu średniego, dosyć otyła. Dość znaczny zapad, twarz blada, tętno 100, słabe, ciepł. 37·2. Chora wymiotuje kilkakrotnie podczas badania i uskarża się na bardzo silny ból w okolicy pępka. Przepuklina pępkowa wielkości sporej pomarańczy, skóra mocno napięta, prawidłowo zabarwiona, obrzęk nadzwyczajnie bolesny.

Herniotomię wykonałem tegoż dnia o godzinie 5$^1/_2$ wieczorem w następujący sposób miejscowe znieczulenie sposobem Schleicha. Najpierw poprowadziłem na górnym i dolnym obwodzie obrzęku po jednem cięciu łukowatem, okalającem obrzęk, których końce schodziły się z sobą po obu stronach obrzęku i pogłębiłem je aż do rozcięgna mięśni prostych. Oddzieliłem na tępo zrosty worka przepuklinowego aż do bramy przepuklinowej, okoliłem ją cięciem owalnem i otwarłem po stronie prawej otrzewnę. Pod kontrolą palca, wprowadzonego do otrzewnej, okoliłem nożem gałkowatym cały pierścień przepuklinowy. Na brzegi otrzewnej nałożyłem kilka kleszczy w celu łatwiejszego oryentowania się. Treść worka przepuklinowego i w tym przypadku stanowiła bryła stłuszczonej sieci wielkości pięści; w drugim przedziale worka przepuklinowego znajdowała się pętla jelita cienkiego, około 15 ctm. długa, wiśniowoczarno zabarwiona, bez połysku. Sieć wielką podwiązałem częściami i przeciąłem, resztę pogłębiłem. Po wprowadzeniu do jamy brzusznej pasma gazy jałowej, zapomocą której oddzieliłem część jelita zdrowego od podejrzanego, pętlę podejrzaną owinąłem warstwami gazy jodoformowej i pozostawiłem na zewnątrz jamy brzusznej wraz z dwoma kleszczykami na brzegach otrzewnej. Założyłem opatrunek lekko uciskający z waty Brunsa. Chora czuła zaraz po operacyi znaczną ulgę, wymioty i bole ustały.

Dnia 20/X o godz. 10$^1/_2$ zdjąłem opatrunek, a ponieważ pętla, przedtem podejrzana o zgorzel, okazała się zupełnie żywotną, żywoczerwono zabarwioną, po ostrożnem oddzieleniu zlepów jej z gazą jodoformową pogłębiłem ją i przystąpiłem do operacyi doszczętnej. Po

znieczuleniu sposobem Schleicha rany skórnej i mięśniowej odsłoniłem dokoła rozcięgno mięśni prostych na jakie 4 ctm. i poprowadziłem przez rozcięgno i mięśnie proste obustronnie po jednem cięciu poprzecznem na jakie 4 ctm. długiem, sięgającem aż do otrzewnej, odpreparowałem otrzewnę od rozcięgna i zeszyłem otwór otrzewnowy szwem kuśnierskim z katgutu jodowego. Następnie zeszyłem ze sobą oba płaty rozcięgna w sposób powyżej już opisany, a mian. tak, że górny płat rozcięgna pokrył dolny na znaczniejszej przestrzeni. Powłoki brzuszne zeszyłem szwem głębokim i kuśnierskim z jedwabiu. Opatrunek uciskowy z gazy jodoformowej. Tętno po operacyi 92. Ordynacya: ścisła dyeta, worek lodowy na brzuch. Przebieg bezgorączkowy. Ponieważ po operacyi wiatry nie odchodziły, a dnia 21/X stwierdzono znaczną bębnicę brzucha, wprowadziłem wysoko do odbytnicy gruby dren celem ułatwienia odejścia gazów; jednak przez to odejścia gazów nie ułatwiono. Dopiero dnia 23/X po wysokich wlewaniach do odbytnicy wywołano stolec i odejście gazów. Dnia 24/X po podaniu oleju rącznikowego wystąpiły obfite wypróżnienia i gazy odeszły obficie.

Dnia 26/X wyjęto szwy głębokie, zaś 12 dnia po operacyi szwy powierzchowne. Chora opuściła łóżku w 3 tygodnie po operacyi z tęgą poprzecznie przebiegającą niepodatną blizną. Stan ten utrzymuje się do chwili obecnej.

Oba powyższe przypadki służą jako dowód, że operacya doszczętna sposobem Mayo wobec przepuklin średniej wielkości oddaje także i przy uwięźnięciu znakomite usługi. W pierwszym przypadku operowałem podług pierwotnie podanej metody Dr. Mayo (wycięcie obrzęku w kierunku pionowym, przesunięcie płatów rozcięgna bocznych), ponieważ nie znałem ostatniej pracy Dr. Mayo[23]). Natrafiłem w tym przypadku na dość znaczne napięcie przy przesuwaniu płatów bocznych i wiązaniu szwów materacowych. Według Dr. Mayo przy II-giej jego metodzie (wycięcie obrzęku cięciami poprzecznemi, przecięcie poprzeczne rozcięgna i przesunięcie jego płatów jednego ponad drugim) odpadają trudności przy przesuwaniu płatów rozcięgna, przytem operacya daje się wykonać łatwiej i wyniki jej są lepsze. Dlatego Mayo poleca nadal operować tylko tym II-gim sposobem. Ja mogę na podstawie własnego doświadczenia to samo potwierdzić, że przesunięcie płatów w kierunku pionowym daje się o wiele łatwiej uskutecznić i że napięcie tych płatów jest o wiele mniejsze, aniżeli przy pierwszym sposobie. Co do wyników ostatecznych, to w moim I-szym przypadku wynik dotychczas i w dwa lata po operacyi jest bardzo dobry i prawdopodobnie takim pozostanie; w II-gim przypadku od wykonania operacyi minął dopiero krótki czas, dlatego nie można mówić o wyniku ostatecznym. Po operacyi tej, a osobliwie przy pionowem przesunięciu płatów rozcięgna, powinni chorzy przynajmniej przez 3 tygodnie pozostawać w łóżku i nie siadać, w celu uniknięcia napięcia mięśni prostych brzucha i możliwego wyrywania się szwów.

W razie, gdyby pętla jelita była do worka przepuklinowego przyrośnięta, należałoby resekować tę część worka i pogłębiać ją razem z pętlą. Co się tyczy materyału, służącego do szwu materacowego przy zdwajaniu płatów rozścięgnisto-mięśniowych, to oddałbym pierwszeństwo drutowi srebrnemu, a w drugim rzędzie dopiero postawiłbym grubszy jedwab (Nr. 3). Ja użyłem jedwabiu tylko z powodu braku odpowiednio grubego drutu srebrnego. Ścięgno kangura, materyał ulegający wessaniu, uważałbym do tego celu jako mniej przydatne, ponieważ mogłoby zbyt prędko uledz wessaniu, zanim powstaną dostatecznie silne zrosty obu blaszek rozcięgna.

[23]) *L. c.*

Co do przepuklin bardzo znacznych, to sądzę, że metoda ta wobec nich nie da się zastosować. W przypadkach takich należałoby zarzucić próby zamknięcia ubytku (pierścienia przepuklinowego) na drodze autoplastycznej, tylko należałoby pokrywać je odpowiednim materyałem obcym (heteroplastyka). Jako najprzydatniejsze do tego celu wydają się mi siatki druciane, czyli t. zw. peloty filigranowe, polecone po raz pierwszy przez O. Witzela[24]) z Bonn, następnie ulepszone i zastosowane z dobrym skutkiem przez R. Grepela[25]) z Lipska, Willy Meyera[26]) z Nowego Yorku i Willarda Bartletta[27]) z St. Louis. Wszyscy wspomniani autorowie osiągnęli przy użyciu ich bardzo dobre wyniki nie tylko przy przepuklinach ściennych brzucha, ale także przy przepuklinach pępkowych. Gotowe siatki filigranowe, jak je polecają Goepel, Willy Meyer i Willard Bartlett wydają mi się mieć wyższość przed improwizowanemi, ponieważ nie drażnią części miękkich, a nawet wobec przypadkowego ropienia wrastają trwale dzięki przeciwgnilnym własnościom srebra (Credé).

Nadzwyczaj praktycznym wydaje mi się pomysł Willy Meyera, ażeby przy znacznym rozstępie mięśni prostych brzucha po omfalektomii, albo przy innych znaczniejszych ubytkach ścian brzusznych, najpierw wszywać sieć wielką w brzegi ubytku; sieć wielka ma chronić następnie jelita od możliwego drażnienia siatką drucianą. Gotowa siatka z drutu srebrnego powinna być znacznie większą od samego ubytku i we wszystkich kierunkach sięgać poza ubytek; siatkę tę przyszywa się również zapomocą szwów z drutu srebrnego do rozcięgna. Siatka ta wrasta pomiędzy rozcięgnem i tkanką podskórną i stanowi silną ochronną tarczę, stawiającą dostateczny opór tłoczni śródbrzusznej.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Wilhelm Türk. **Vorlesungen über klinische Haematologie.** (I. część. Str. X. i 402, z 15 rysunkami w tekście. Wien und Leipzig 1904. W. Braumüller).

Rzecz cała podzielona jest na 14 odczytów, które tem różnią się od innych odczytów, tak często spotykanych, że nie noszą nagłówka: „Moi Panowie“, albo „Szanowni Słuchacze“, — natomiast są istotnie wykładami dobrego nauczyciela, który umie z bogatego zasobu doświadczenia wyłuszczyć w jasnych i prostych słowach fakta, a ponadto potrafi dokładnie i niezwykle szczegółowo, a przytem zajmująco podać i nauczyć techniki badania krwi. We wszystkich dotychczasowych podręcznikach spotykaliśmy dokładnie opisywane zasady, na których się opiera ta lub owa metoda, a czasem tylko dokładnie opisaną jedną poszczególną metodę, która danemu autorowi najbardziej przypadła

[24]) O. Witzel: Ueber den Verschluss von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Silberdrahtnetze. (Einheilung von Filigranpelotten). („Centralblatt f. Chirurgie“, 1900, Nr. 10, str. 257 i Nr. 47, str. 1149).

[25]) R. Goepel. Ueber die Verschliessung von Bruchpforten durch Einheilung geflochtener fertiger Silberdrahtnetze. („Centralblatt für Chirurgie“, 1900, Nr. 17, str. 4ę8).

[26]) Willy Meyer: The implantation of silver filigree for the closure of large hernial apertures. („Annals of Surgery“ November 1902, str. 767).

[27]) Willard Bartlett: An improved filigree for the repair of large defects in the abdominal wall. („Annals of Surgery“ July 1903, str. 47).

do przekonania i którą dlatego najchętniej wykonywał. U Türka natomiast mamy każdą metodę tak drobiazgowo opisaną, że się chwilami wśród czytania wydaje, że aż za dużo tej dokładności; — kto jednak będzie po raz pierwszy wykonywał jakiś rękoczyn hematologiczny, nauczy się cenić autora-pedagoga i będzie mu tylko wdzięczny. Za przykład pod tym względem może posłużyć opis, jak liczyć krwinki czerwone w kamerze Thoma-Zeissa, albo krwinki białe w kamerze pomysłu autora. A nieocenione wprost są wskazówki, jak czyścić przed i po użyciu przeróżne narzędzia, n. p. mieszacze (melanżery). Wielką zasługą autora jest dalej ta okoliczność, że stara się ustalić mianownictwo hematologiczne, boć, jak sam powiada, panuje między autorami dzisiaj pod tym względem taki zamęt, że jeśli dzisiaj ktoś mówi n. p. o „wielkich limfocytach“, to słuchacz właściwie zapytać go musi: „Co Pan przez to rozumie?“

W tych 14 odczytach roztrząsa autor metody badania krwi, sprawę krwinek czerwonych i białych, prawidłowych i nieprawidłowych, sprawę pochodzenia krwinek białych wogóle, a poszczególnych ich postaci w szczególności, a ponadto wzajemny ich związek. Podaje własnego pomysłu tablicę genealogiczną krwinek białych.

Praca ta budzić będzie zajęcie głównie u uczących się, chociaż powinna zaciekawić także i zawodowców-hematologów, z tej przyczyny, że autor, obok teoryi innych badaczy, podaje i własne, nieraz bardzo proste i dlatego właśnie może tem bardziej przekonywujące.

Hematologię chorób narządów krwiotwórczych i krwi, jakoteż opis zmian krwi wśród innych cierpień, obiecał autor opracować w drugim tomie, który ma się w krótkim czasie ukazać i będzie jeszcze więcej pouczający od pierwszego. *Stahr.*

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Koerber. **Krótkie uwagi kazuistyczne nad objawem palcowym Strümplla.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 11, 1905). Przypadek opisany przez autora jest z tego względu zajmujący, że objaw Strümplla, który dotychczas miał tylko znaczenie teoretyczne i rozpoznawcze, dosięgnął takich rozmiarów, że stał się jedynym powodem skarg chorego i skłonił go do poddania się operacyi. Dotyczył on 28-letniego mężczyzny, u którego po przebyciu gośćca stawowego rozwinęła się niedomykalność zastawek półksiężycowatych aorty. Chory doznał następnie zatoru mózgowego i prawostronnego połowiczego porażenia. Objawy te z biegiem lat ustąpiły, powoli chory mógł nawet pracować. Do szpitala zgłosił się dlatego, że przy zamierzonych ruchach kończyną dolną prawą występowało zawsze bardzo silne zginanie grzbietowe (flexio dorsalis) palca wielkiego tak, iż ten ustawiał się do stopy prostopadle, przyczem chory doznawał dotkliwego bólu. Przecięcie ścięgna, wykonane na prostowniku palucha (*m. extensor hallucis longus*) przyniosło choremu ulgę na kilka miesięcy; po roku przypadłości wróciły, jakkolwiek w znacznie mniejszem nasileniu. *Pisarski.*

W. Alter (Szląsk). **Przyczynek do kazuistyki stosowania weronalu.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 11, 1905). W ostatnich czasach stał się weronal jednym z najczęściej stosowanych leków nasennych, a jako główną jego zaletę podnoszono powszechnie zupełny brak własności trujących. Dłuższa praktyka jednak nauczyła, że przez długotrwałe używanie weronalu można sprowadzić przewlekłe zatrucie tym lekiem i że nawet jednorazowe dawki, które nie przekraczają dawki zwykle używanej, mogą już sprowadzić wybitne objawy zatrucia. Autor przytacza z własnej praktyki trzy przypadki, w których po podaniu 1 grm. weronalu wystąpiły ostre objawy zatrucia, a z których jeden zakończył się nawet śmiercią; przytacza wreszcie kilku innych autorów, którzy również spostrzegali przypadki zatrucia weronalem. *Pisarski.*

H. Lenhartz. **Przyczynek do leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 12, 1905). Przez 10 lat zbierany materyał, składający się z 45 chorych, dozwolił autorowi należycie ocenić wartość zabiegu Quinckego w sprawie leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Początkowo sporadycznie tylko stwierdzał polepszenie w przebiegu choroby po nakłuciu lędźwiowem; jak się jednak później przekonał, można prawie zawsze liczyć na pomyślny skutek, jeżeli tylko wykonywa się nakłucie regularnie i dosyć często. Pięć przypadków, przytoczonych przez autora, ilustruje jasno związek między przebiegiem choroby, a nakłuciem lędźwiowem. W jednym z nich wykonano nakłucie 15 razy, płynu zaś mózgowo-rdzeniowego wydobyto ogółem 400 ctm.[3]. Pomimo, że nakłucie było wykonane bardzo wielką ilość razy, nie spostrzeżono ani razu ujemnego działania tego zabiegu. Za najdogodniejszą pozycyę uważa autor położenie chorego na boku, z silnie ku tyłowi wygiętym kręgosłupem; igłę zaś należy wbijać w miejscu, gdzie linia, poprowadzona od grzebienia kości biodrowej, przecina się z linią środkową ciała, — między dwoma wyrostkami kolczystymi kręgów. Jednorazowo nie należy wypuszczać więcej, jak 50 ctm.[3], płynu i to zawsze pod kontrolą manometru. *Pisarski.*

Peters. **Trzy przypadki choroby Basedowa.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 11, 1905). Autor opisuje trzy przypadki choroby Basedowa o bardzo ciężkim przebiegu, które zostały wyleczone antythyreoidyną Möbiusa. Takie przypadki ostro przebiegającej choroby Basedowa, uleczonej zapomocą surowicy Möbiusa, opisuje także Thienger. *Pisarski.*

Riebold. **Powikłania ze strony skóry w ostrym gośćcu stawowym.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, Tom 82, Zeszyt 3 i 4, 1905). Do zwykłych objawów ostrego gośćca stawowego należą obfite poty z następową potówką (*sudamina*); rzadziej już przydarzają się drobne wybroczyny skórne, dając kliniczny obraz plamicy gośćcowej (*peliosis v. purpura rheumatica*) i obie odmiany rumienia, t. j. rumień wysiękowy wielopostaciowy (*erythema exsudativum multiforme*) i rumień guzowaty (*er. nodosum*) — czyli, jak je niektórzy obejmują wspólną dla obu nazwą rumienia wielopostaciowego (*er. polymorphum*). W ścisłym związku przyczynowym z ostrym gośćcem stawowym pozostają w niewielu przypadkach spotykane pojedynczo ograniczone, wielkości mniej więcej jaja gęsiego lub większe, a zazwyczaj pojawiające się w symetrycznych miejscach skóry, zapalne nacieki: są one twarde, bardzo bolesne, ulegają wessaniu w ciągu kilku dni, pozostawiając po sobie zwykle — jak po sińcach — zmiany barwikowe. Zarówno powstawanie rumienia, jakoteż owych nacieków zapalnych tłómaczy autor szkodliwem działaniem jadów gośćcowych na naczynia; że zapalne nacieki występują zwykle w miejscach symetrycznych, może to mieć przyczynę w tej okoliczności, iż ognisko, które w chronologicznym porządku pierwej powstało, oddziaływa niekorzystnie za pośrednictwem i drogą ośrodków nerwowych i gałązek naczynioruchowych, czy odżywczych, na symetryczne położone miejsce drugiej połowy ciała, zmieniając jego odporność na krążące już w ustroju jady. Rzadziej, niż owe nacieki, przydarzają się w przebiegu ostrego gośćca stawowego niezapalne, niebolesne, ograniczone obrzęki skórne, które ściśle odróżniać trzeba od bolesnych, okołostawowych obrzęków obocznych, towarzyszących wysiękom wewnątrzstawowym. Czy przyczynę tych obrzęków upatrywać należy w zmianach naczyniowych i zwiększonej przepuszczalności naczyń, czy też w wpływach nerwów naczynioruchowych, — autor pozostawia tę kwestyę nierozstrzygniętą. Ostry gościec usposabia wreszcie do wytwarzania się odleżyn na skórze; czy w tym kierunku większą rolę przyczynową przypisać należy nerwom odżywczym, czy pewnym substancyom, wydzielanym wraz z potem, czy wreszcie jadom, znajdującym się w krwiobiegu, odpowiedzieć trudno. *Wilczyński.*

Dr. Pollak. **O kilku nowych lekach stosowanych w leczeniu gruźlicy.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 12, 1905). Wobec dotychczas nieznalezionej surowicy przeciwgruźliczej najlepszą i najstosowniejszą metodą leczenia gruźlicy jest bezwątpienia metoda higieniczno-dyetetyczna; ta jednak mało może być przystępną dla przeważającej liczby warstw ubogich, gdzie gruźlica przeważnie grasuje. Dlatego też zmuszeni jesteśmy w każdym przypadku zastosowywać leki, zwalczające jedynie poszczególne objawy chorobowe. Jednym z najstarszych leków jest kreozot, wywołujący jednak po dłuższem używaniu różne dolegliwości. Pochodne tego przetworu, jak kreozotal, gwajakol, duotal, tiokol, są o tyle lepsze, o ile nie posiadają własności drażnienia, nie mają nieprzyjemnego smaku, są rozpuszczalne w wodzie, a mają pomyślne własności kreozotu. Za najlepszy z nich uważano dotychczas tiokol i sirolinę; obecnie wchodzi w użycie nowy przetwór, *sorisin*, zawierający 10% tiokolu. Autor stosował go przez dłuższy czas i przyszedł wraz z innymi klinicystami, jak Mendelson, Weismayr, do następujących wyników: Sorisin jest doskonałym lekiem pobudzającym trawienie, świetnym środkiem wykrztuśnym, zwalczającym pomyślnie poty nocne, obniżającym u gorączkujących ciepłotę, nawet tam, gdzie piramidon nie skutkuje i powodującym we wszystkich prawie przypad-

kach zwiększenie się ciężaru ciała. Te więc własności doskonałe, jakoteż i ta okoliczność, że preparat ten jest bardzo tani, powinny zachęcić do szerokiego zastosowania sorisinu.

Dr. Maks Hermelin (Lwów).

Prof. F. Wesener. **Wyniki zapobiegawczego wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej w miejskim szpitalu w Akwizgranie.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 12, 1905). Wstrzykiwanie surowicy przeciwbłoniczej w celach leczniczych i w przypadkach rozpoznanej błonicy zdobyło sobie dzisiaj prawo obywatelstwa i cieszy się ogólnem uznaniem lekarzy. Zapoznaną dotychczas pozostała jednak druga własność surowicy przeciwbłoniczej, na którą już wynalazca jej zwrócił uwagę, — własność działania zapobiegawczego. Nad sprawą tą dyskutowano szeroko na międzynarodowym Kongresie w Brukseli we wrześniu 1903 roku i wtedy już wyrażono ogólne życzenie, ażeby wstrzykiwania zapobiegawcze były częściej stosowane, jako zabieg zupełnie niewinny, a mogący zapobiegać szerzeniu się błonicy. Jako ujemne strony podnoszono: niepewność działania zapobiegawczego i krótkotrwałość jego — i to jest prawdopodobnie przyczyną, dlaczego zapobiegawcze stosowanie surowicy tak mało dotychczas ma zwolenników. Autor dzieli wskazania do zapobiegawczego wstrzykiwania na trzy grupy: pierwszą grupę osobników, którym zapobiegawczo wstrzykiwano surowicę, stanowili chorzy na choroby niezakaźne, lub też zakaźne, jak płonica, odra i kokliusz, na sali których pojawił się pojedynczo przypadek błonicy. Przypadki takie trafiały się, jak ścisłe dochodzenia wykazały, wskutek zawleczenia błonicy z zewnątrz szpitala przez odwiedzających. Chorego takiego odosobniano, a reszcie chorych na tej sali wstrzykiwano surowicę. Wyniki porównywano z latami, w których surowicy nie wstrzykiwano; a jakkolwiek dał się stwierdzić fakt, że ochrona nie wystarcza na długo, to pomimo tego skutek okazał się znakomitym. Druga grupa — to chorzy, u których z niezupełną pewnością można było odrazu rozpoznać błonicę, a których z powodu braku innego miejsca trzeba było dla obserwacyi umieścić na sali chorych na błonicę. Do trzeciej wreszcie grupy należało rodzeństwo chorych na błonicę, przyjętych do szpitala, u których zapobiegawcze wstrzykiwanie surowicy okazało się również bardzo skutecznem. Wedle obliczeń autora koszta takiego zapobiegawczego wstrzykiwania surowicy u rodzeństwa chorych na błonicę, przyjętych do szpitala, nie przewyższają kosztów utrzymania chorego w szpitalu, a nawet są znacznie mniejsze tak, że pomijając już względy humanitarne, które nakazują zapobiegawczo wstrzykiwać surowicę, należy to czynić ze względów utylitarnych, biorąc pod uwagę, że kasa szpitala wyda mniej na surowicę, wstrzykiwaną zapobiegawczo, aniżeli na utrzymanie chorego, który z powodu zaniechania tego zabiegu zapadnie na błonicę i zgłosi się do szpitala. Odsetka zapadających na błonicę pomimo ochronnego wstrzykiwania wynosi według statystyki autora 2·7%, podczas gdy statystyki dawne, kiedy wstrzykiwania ochronnego nie wykonywano, wykazują 9%. Okazało się więc, że jakkolwiek odporność nabyta tą drogą trwa tylko 3—4 tygodni i nie jest bezwzględnie pewną, to jednak wstrzykiwanie ochronne może zapobiedz szerzeniu się epidemii i łagodzić jej przebieg w pojedyńczych przypadkach. Jako wystarczającą dawkę wypośrodkowano 200—400 jednostek uodporniających.

Pisarski.

Nowsze spostrzeżenia o weronalu. Weronal, jako lek nasenny, posiada już obfite piśmiennictwo, z którego w ostatnich czasach następujące można zebrać szczegóły: Edhem[1]) wypróbował jego działanie na sobie samym; zachwala go z tego względu, że można wywoływać sen dowolnej długości, nie narażając chorych na przykre uczucie po obudzeniu się. E. podawał weronal w dawce 0,5 grm. Kaan[2]) przez rok wypróbował działanie tego leku u 300 chorych z dobrym skutkiem; podawał go w roztworze (w gorących napojach), starając się zakryć jego smak, co ma wagę, zwłaszcza w chorobach nerwowych i umysłowych. Średnia dawka wynosiła również 0,5. W 3 przypadkach zauważył po weronalu osutkę, podobną do pokrzywki (u kobiet nie znoszących także innych leków). 4 nerwowe kobiety (z nich 2 histeryczki) po przebudzeniu się doznawały zawrotu głowy i oszołomienia, czego jednak nie było, gdy dawkę z 0,5 obniżono na 0,3. Dla chorych umysłowych jest według K. weronal jednym z najlepszych leków nasennych, oczywiście w dawkach znacznie wyższych, niż zwykłe, więc np. do 2,0 naraz. Bardzo pewnie działa przy odzwyczajaniu chorych od wyskoku i morfiny, byleby morfiny zupełnie nie podawać, bo n. p. u jednej chorej już małe jej dawki upośledzały działanie weronalu. Przyzwyczajenia się do weronalu możnaby się obawiać chyba, oddając lek w ręce chorego; K. u chorych zakładowych nigdy go nie spostrzegał. Jako *sedativum* okazał się weronal najskuteczniejszym w drżączce poraźnej, a także uśmierzał napady kurczów w porażeniach połowiczych, połączonych z kontrakturami. W tym celu najlepsze są większe dawki wieczorne po 0,5; podawanie *in dosi refracta* chybia niemal celu. Zupełnie zaś nie koi weronal bólów; nie działa też sam w bezsenności, wywołanej bólami i wtedy trzeba go łączyć z piramidonem, fenacetyną i t. d. Euler[3]) zestawia z 23 prac wyniki dotychczasowych spostrzeżeń co do weronalu, aby stworzyć szerszą statystyczną podstawę dla ocenienia jego wartości, konieczną już z tego względu, że opisano 2 przypadki ciężkiego zatrucia weronalem (Gerhartz, Clarke) i że i pod innymi względami różni autorowie wypowiadają rozmaite zdania. Takie różnice są n. p. już co do dawek (od 0,25 do 3,3!). Okazuje się jednak po dokładniejszem zbadaniu, że w zwykłej bezsenności wystarcza 0,5. W bezsenności wskutek bólów i przeciw bólom według jednych (także i według doświadczenia samego E.) weronal wcale, nawet w dużych dawkach, nie działa, według innych działa już w średnich (1,0—1,5). Tak samo różnią się zdania co do uśmierzającego działania jego w podnieceniach. Abraham, Thomson i sam E. odmawiają weronalowi tego przymiotu, przynajmniej w silnych podnieceniach; przeciwnie van Husen (33 przypadki, z tego 15 manii). Jednakże wszyscy autorowie, nawet tenże van Husen godzą się, że weronal nie uśmierza podniecenia w *dementia praecox*. W tych zaś postaciach podnieceń, na które weronal wywiera wpływ mniej lub więcej korzystny, zdaje się on działać lepiej u kobiet, niż u mężczyzn, — rzecz, która zasługiwałaby na dokładniejsze zbadanie. Wogóle przeto za ustaloną można uważać dawkę weronalu tylko w zwykłej bezsenności. Jeszcze większe różnice zdań, niż co do dawek (pominąwszy zwykłą bezsenność) — istnieją co do trwałości skutku i przyzwyczajania się do leku. Mniejszość autorów nie zauważyła, by skutek w miarę powtarzania dawek słabnął i by następowało przyzwyczajenie się; przeciwnie twierdzi znaczna większość, wśród której znajdują się takie powagi, jak Jolly i Oppenheim. Ze wspomnianych już dwóch spostrzeżeń zatrucia weronalem dotyczył jeden histeryczki, która zażyła z wieczora 1,0, a nazajutrz rano z własnego popędu 3.0; źrenice nie oddziaływały, tętno było już bardzo złe i musiano się uciec do eteru i kamfory. W drugim podobnym przypadku po 7,5 weronalu, wyżytych przez kilka dni, powstała śpiączka naprzemian z bredzeniem, gorączką, bóle mięśniowe. Prawdopodobnie jednak, — pominąwszy już wyjątkowo wielkie dawki, — obie chore były szczególnie wrażliwe na weronal stwierdzono bowiem (Beront) brak wszelkich złych skutków u jednych osób po takich samych, a nawet większych dawkach, gdy znów u innych osób zdarzały się nawet po zwykłych dawkach zawroty i bóle głowy, nudności i wymioty. Takie nieznaczne dolegliwości zapisują u niektórych swych chorych prawie wszyscy autorowie. Natomiast osutkę, o której wspomina Kaan (obacz wyżej), zauważyli według zestawienia E. 3 autorowie u 5 chorych; zwolnienie tętna Matthey u jednego chorego (tętno 42 po zażyciu 4,0 *pro die*); utrudnienie mowy, zataczanie się — kilku autorów po większych dawkach. Te przeto cięższe nieco przypadłości są bardzo rzadkie w stosunku do 900 przeszło spostrzeżeń, zestawionych przez E. Natomiast lekkie (ból głowy, zawroty i t. d.) są częstsze, choć nie zdarzają się ponad 10% wszystkich chorych. Zdaje się zaś pewnem, że weronal wcale nie wpływa na oddychanie, prawie wcale na serce i trawienie, a na czynność nerek może nawet korzystnie. Wogóle zaś za najtrafniejsze uważa E. zdanie Jollyego, że „wprawdzie weronal nie spełnił wszystkich pokładanych w nim nadziei, niemniej jednak okazał się tylokrotnie skutecznym, że można nim śmiało zastępować inne narkotyki“. W dopisku wreszcie wspomina E. o pierwszym pewnym przypadku „weronalizmu“, opisanym przez Laudenheimera. Münz[4]) próbował działania weronalu w krztuścu, podając go w roztworze 1: 120 (z dodatkiem tejże ilości antypiryny) dzieciom do 3 lat po 4 łyżeczki dziennie, co łagodziło napady nocne. Stein[5]) obszernie streściwszy piśmiennictwo, podaje własne doświadczenia, zebrane w chorobach wewnętrznych, w których chorych często trapi opóźniające wyzdrowienie, bezsenność. W takich razach oglądnąć się trzeba za nieszkodliwym środkiem nasennym: to też S., uzyskawszy już dawniej dobry wynik u 25 chorych zwykłemi dawkami (0,5), badał przedewszystkiem skuteczność mniejszych dawek weronalu (0,3). Próby dotyczyły 24, a dodatkowo jeszcze 6 chorych (5 chorób płucnych, z tego 3 gruźlicy, 4 — chorób serca, 6 — nowotworów itp.). Niemal we wszystkich wywoływał weronal (0·3) dobry sen 4—5-godzinny; tylko u 2 chorych sen trwał ledwo 2 godziny, a u 2 innych wcale nie następował, dopóki S. nie powrócił do dawki 0·5. Ani przy zwykłej (0,5), ani tem mniej przy zmniejszonej (0,3) dawce, nie było nigdy żadnych skutków ubocznych; ci autorowie, którzy je opisują, używali dawek wielkich. Pfeiffer[6]) zaleca bardzo weronal w bezsenności, zdarzającej się często po przebyciu grypy i chociaż nie radby zupełnie zarzucić trionalu, przekłada nad niego weronal ze względu na jego nieszkodliwość i uczucie swobody po obudzeniu się ze snu. Zwykłą dawkę 0,5 można w razie potrzeby podnieść aż do 1·0, wyżej chyba wyjątkowo; zaburzenia czynności serca, opisane

w jednym przypadku przez Senatora (*Deutsche med. Wochs.* 1904, 31) przypisuje F. zbyt wielkiej dawce (2·0) i ostrzega, by nie powtarzać zaraz zbyt pochopnie dawki, gdy po zwykłej sen w ½ godziny nie nastąpi, bo weronal działa nieraz dopiero po paru godzinach. Fränkel[7]) należy do tych, którym powiodło się uśmierzać bóle (w 6 przypadkach raka) nawet już małemi dawkami weronalu (0·3—0·6) coprawda z dodatkiem 0·003—0·005 morfiny w przypadkach raków nieuleczalnych). Po jakich 3 tygodniach skuteczność tych dawek się zmniejsza; wtedy dodaje F. nieco więcej morfiny. Podając weronal do 6 tygodni, nie zauważył F. ani razu objawów weronalizmu; osutkę spostrzegał raz jeden, ale po dużej dawce (5·0 *pro die* u alkoholika). Wobec zalet weronalu nie wahał się F. użyć go, za wzorem innych, nawet u osesków (0·5: 100 na 3 lewatywy w odstępach ½-1 godzinnych, lub też 1·5: 200, co 2 godziny łyżeczkę) w stosownych pazypadkach dla uspokojenia. Dobrem *sedativum* okazał się też weronal w przypadku pląsawicy u 8-letniego dziecka w dawce 0·10—0·25 i w 2 przypadkach padaczki, wreszcie w 4 przypadkach psychoz (dawka 2·5) i u 2 histeryczek. Gaussel[8]) przytacza obszernie historyę 6 przypadków neurastenii i histeryi, w których weronal w dawce 0,5 działał pewnie bądź jako lek nasenny, bądź uspokajająco, i uznaje ten środek za nadający się do tych przypadków, w których bezsenność nie jest skutkiem bolów. Masay i Drappier[9]) podawali weronal w 5 przypadkach obłąkania histerycznego, 3 otępienia starczego, 2 obłędu ostrego, 3 porażenia postępującego i t. d., w dawce średniej 0,5, wyjątkowo 1·0, próbowali też jego działania na sobie i uzyskiwali zawsze dobry sen, zakończony przebudzeniem się swobodnem i bez dolegliwości; wreszcie opisują przypadek zatrucia u chorej, dotkniętej zadumą, po zażyciu w zamiarze samobójczym 4·50 weronalu. Przypadek ten zakończył się jednak szczęśliwie, a sami autorowie podnoszą, że Berent podawać miał bez szkody 3·50, a nawet 8·0 weronalu. Również Montagnini[10]) podawał weronal u chorych umysłowo (przeszło 200 doświadczeń na 29 chorych), osiągając skutek często już po 0·5, nieraz jednak musiał dawkę podnosić do 1·0, 1·5, a nawet 2·0. Sądzi on, że weronal przewyższa inne, zresztą może silniejsze środki nasenne i uspokajające tem, iż niema obawy przyzwyczajenia się do leku, ani szkodliwego działania na serce i na oddychanie. Po większych dawkach zdarzały się natomiast czasem nudności, wymioty, ból i zawrót głowy, senność zbyt długa. Te same mniej więcej doświadczenia poczynił u obłąkanych Roy[11]), a u 30-tu chorych na różne choroby wewnętrzne San Pietro[12]) (w klinice lekarskiej w Turynie), który także badał dokładniej wpływ weronalu na tętno i oddychanie, i podaje, że chorzy mogą wprawdzie do weronalu przywyknąć, ale stosunkowo powoli tak, że do zwiększonych dawek uciekać się trzeba dopiero po kilkunastu dniach zażywania leku. Z najnowszych prac o weronalu wymienić jeszcze należy badania Fränkla[13]) nad działaniem tego leku w krztuścu. F. zapewnia, że uzyskał zapomocą niego złagodzenie przebiegu, a nawet przerwanie napadów, powołując się na historye chorób swoich, 12 spostrzeżeń i zachęcając do dalszych prób. F. przepisywał: *Veronal* 1,5: 75 *Aq.* (*ferv.*), *Aq. valerianae* 20·0, *Syr. altheae* ad 120·0, co 2 godziny łyżeczkę w mleku. Wreszcie Nardelli Franklin[14]) opisuje 24 przypadków różnych cierpień, w których z powodzeniem użyto weronalu, jako leku nasennego. *B. M.*

[1]) Arch. gén. de méd. 1904, 30. [2]) Therap. Monatsh. 1904. VIII. [3]) Therap. Monatsh. 1904. VIII [4]) Neue Ther. 1904 7. [5]) Prager med. Wochs 1904. 41—42. [6]) Deutsche med. Wochs. 1904, 20 i 51. [7]) Heilkunde. 1904. X. [8]) Montpellier méd. 1904. 8 [9]) Journal méd. de Bruxelles. 1904. 25 [10]) Rivista ven. di Sc. méd 1903. XI. [11]) Bull. méd. de Québec 1904. 10. [12]) Clinica moderna X. 29. [13]) Deutsche med. Wochenschrift 1905. 6. [14]) Bollet. delle mal. ven. 1905. VI. 1.

CHIRURGIA. Dr. Zaaijer. **Badanie wartości czynnościowej nowoutworzonej torebki nerkowej po dekapsulacyi.** (*Mitteil. aus den Grenzg. der Med. u. Chir.*, 1905, XIV, 3). Według zdania Edebohlsa po odjęciu torebki mają się wytwarzać między nerką a otoczeniem obfite połączenia naczyń, przez co nerka lepiej bywa odżywioną, a proces zapalny ustępuje. Na zwierzętach trudno to stwierdzić, bo i wywołanie odpowiedniego procesu zapalnego nie jest łatwem, następnie stosunki unaczynienia nie są te same u zwierząt, co u człowieka. Autor starał się wykazać, że po dekapsulacyi wytwarza się nowa torebka, która wchodzi w łączność z miąższem nerki. Zachodzi tu jednak pytanie, czy te nowe połączenia naczyń spełniają żądaną od nich czynność, czy nie. Stursberg wprawdzie ze swoich doświadczeń na królikach doszedł do przekonania, że te nowe naczynia po dekapsulacyi obficiej są rozwinięte, niż nawet w nerce prawidłowej. Ehrhardt odwrotnie znalazł tylko skąpe połączenie. Wiadomo, że po podwiązaniu tętnicy nerkowej lub jej gałęzi powstają w nerce zawały. Zewnętrzna część kory nerki pozostaje zwykle uchronioną od obumarcia, a to właśnie dzięki połączeniom naczyń nerki z torebką. Tę też cechę użył autor do swoich badań na zwierzętach, a mianowicie stosunek odżywienia kory przy podwiązywaniu tętnicy przy — i po dekapsulacyi. Z doświadczeń autora wynika, że: 1) odżywienie nerki królika od torebki jest jednakie prawie na jej całej powierzchni, z wyjątkiem małej części od strony brzucha wogóle, odżywienie to jednak nie jest zbyt wielkie. 2) Przy równoczesnem podwiązaniu tętnicy i dekapsulacyi wpływu szybkiego niema, w wyjątkowo szczęśliwych przypadkach to tworzenie się unaczynionej torebki może być tak szybkie i wrastanie w torebkę tak silne, że odżywieniu kory nerki bardzo pomaga. 3) Nowoutworzona torebka po 4 tygodniach zaopatrywać może korę w krew, jak prawidłowa, nieco tylko lepiej w miejscu, gdzie tkanka nerkowa głębiej została zranioną i około wnęki nerki. Tkanka okołonerkowa zasila się gałęziami tętnic nadnerczowych górnych i lędźwiowych. Doświadczenia autora przemawiają za tem, że dekapsulacya nerki łącznie ze skaryfikacyą może dać dobre wyniki. *Dr. Klęsk.*

OKULISTYKA. Noiszewski. **Zajęcie rogówki iskrzącym się rozpływem ciałka szklistego.** (*Synchysis scintillans*). (*Postęp okulistyczny.* Luty, 1905). Autor opisuje przypadek iskrzącego się rozpływu u 21-letniej chorej, która zgłosiła się do lecznicy dla usunięcia zaćmy na oku lewem. Badanie światłem ogniskowem wykazało, że przednia komórka napełniona jest srebrzysto polyskującymi kryształami cholestearyny, zawieszonymi nieruchomo w cieczy wodnej przedniej komórki oka. Iskrzące się kryształy cholestearyny zajmowały również cały miąższ rogówki tak, że rogówka wyglądała jakby przebijana drobnymi kryształkami iskrzącymi się przy oświetlaniu rogówki i była podobną do iskrzącego się lodu na wiosnę. *Dr. Reis.*

Haas. **Czy zranienia oka zanieczyszczone atramentem są niebezpieczne?** (*Wochenschrift f. Ther. und Hyg. des Auges.* Nr. 18, 1905). Odpowiedź na to pytanie daje autor w obecnym artykule, przytaczając dwa przypadki przez siebie spostrzegane. Jeden z nich dotyczy 10-letniego chłopca, którego kolega szkolny uderzył podczas zabawy piórem w oko. Rana długości 2 mm. z wypadniętą tęczówką umiejscowioną była w dolnej połowie rogówki. Rana rogówkowa, rogówka w otoczeniu i tęczówka były silnie zabarwione atramentem. Znaczne polepszenie nastąpiło już na drugi dzień po poprzedniem przepłókaniu i założeniu opatrunku ochronnego. Resztki atramentu z rany usunęło w następnych dniach działanie dioniny. W drugim przypadku przebito piórem powiekę górną i twardówkę. Rana twardówkowa znajdowała się w południku pionowym, 2—3 m. od rąbka rogówkowego, była zasklepiona i przesiąknięta atramentem. Zmniejszone napięcie oka świadczyło w otwarciu gałki ocznej. Mimoto nastąpiło wyleczenie po 10 dniach. Oba przypadki goiły się zupełnie, jak rany czyste. Fakt ten można wytłómaczyć tylko przypuszczeniem, że atrament posiada własności bakteryobójcze. I w rzeczywistości według doświadczeń Calendoliego w zwykłym czarnym atramencie giną drobnoustroje ropne w przeciągu kilku godzin: jedynie laseczniki gruźlicze okazywały jeszcze czwartego dnia pełną żywotność. Wobec tych danych usprawiedliwionem jest mniemanie o względnie dobrym przebiegu skaleczeń oka, zanieczyszczonych atramentem i według możności należy stosować w takich przypadkach leczenie zachowawcze. *W. Reis.*

Dr. M. Kos. **Ostre zapalenie obu nerwów wzrokowych skutkiem zatrucia.** (*Wiener med. Wochenschrift*, Nr. 11, 1905). Żołnierz, który dotychczas nie pil i nie palił, uczynił to raz podczas zabawy. Następnego dnia zauważył osłabienie wzroku, wzmagające się z dniem każdym. Lekarz, do którego się chory wreszcie zgłosił, stwierdził zapalenie obu nerwów wzrokowych, znaczniejsze lewego, gdzie granice tarczy zupełnie były zatarte, a naczynia przekrwione, żyły pokręcone. Chorego umieszczono w ciemnicy i podawano mu 0·05 dziennie pilokarpiny, jako środka napotnego. Pod wpływem tego leczenia wzrok powoli powrócił do stanu prawidłowego, jakkolwiek obie tarcze zawsze jeszcze nieco były zmienione, gdyż nie okazywały prawidłowego połysku. Wobec braku wszelkich innych czynników etyologicznych, przypuszcza autor, iż w tym przypadku ostre zatrucie alkoholowo-nikotynowe stało się przyczyną zapalenia nerwów wzrokowych. *Dr. Liebermann.*

Dr. Frachtmann. **Pośrednie zranienie tęczówki, nadwichnięcie soczewki i zaćma korowa przodkowa skutkiem urazu.** (*Wiener med. Wochenschrift.* Nr. 10, 1905). Żołnierz został uderzony pałaszem w oko prawe. Oprócz nieznacznego zdarcia naskórka po stronie zewnętrznej powieki dolnej, idącego od góry wewnątrz, ku dołowi zewnątrz i nieznacznego zranienia spojówki, żadnego zewnętrznego obrażenia nie stwierdzono. Mimo to nastąpił krwotok do wnętrza gałki. Pod wpływem środków napotnych, krew uległa wkrótce wessaniu, wzrok poprawił się nieco, zauważono jednak wówczas, iż zwieracz tęczówki był w dolnej jej części w dwóch

miejscach naddarty, brzeg tęczówki na zewnątrz wywinięty, soczewka opadła ku dołowi, a przednie jej warstwy zaćmione. Skutkiem rozdarcia więzadełka soczewki akomodacya była porażoną.

Dr. Liebermann.

Noiszewski. **Ichtyolan cynku** (*Zincum sulfo-ichtyolicum*) w przed- i po operacyjnem leczeniu zaćmy starczej. (*Postęp okulistyczny*. Luty, 1905). Według doświadczeń autora mają być przetwory ichtyolowe lekiem swoistym w zakażeniu paciorkowcami i używane są w podwójnym celu: albo dla uniknięcia zakażenia w przypadkach podejrzanych przed operacyą, albo w celu zwalczania, a przynajmniej osłabienia zarazka, gdy zakażenie już nastąpiło. W tym właśnie celu używa prof. Wicherkiewicz 5% maści ichtyolowej, smarując nią brzegi powiek po operacyi zaćmy. Autor zaś posługuje się ichtyolanem cynku, sporządzanym według następującego przepisu: *Zinci sulfoichtyolici 5,0, Lanolini anhydr. Vasel. albi aa 2,5.* W pierwszym przypadku nakłada się na kilka dni przed operacyą lekką opaskę z cienką warstwą ichtyolanu cynku. Opaskę taką zmienia się raz lub dwa razy na dobę i ma ona doniosłe znaczenie przy nieco podejrzanem wejrzeniu dróg łzowych. W razie zakażenia zakłada się opaskę, powleczoną grubą warstwą ichtyolanu i zmienia się raz na dobę. Chociaż tak gruba warstwa ichtyolanu cynku sprawia pieczenie, to jednak chorzy opaskę taką znoszą zwykle bardzo dobrze, a następstw złych nietylko nie sprowadza, lecz zachować może niejedno oko, zagrożone zakażeniem, a nawet już zakażone. Działanie maści ichtyolanowej tłómaczy się tutaj wchłanianiem jej przez skórę i drogi chłonne powiek oka i oczodołu.

Dr. Reis.

Stuelp. **O trwałych ślepotach paprociowych przy leczeniu czerwiogubnem u górników w reńskowestfalskiem zagłębiu węglowem.** (*Archiv für Augenheilkunde*, I, 51, 2, rok 1904). Autor uważa swoją pracę za przyczynek, wyjaśniający sposób działania wyciągu paproci samczej na narząd wzrokowy. Ogłoszone dotychczas przypadki nie zawierają wywodów z oględzin wziernikowych dna oka, uskutecznionych bezpośrednio po wystąpieniu ślepoty, a badania mikroskopowe oka u zwierząt, u których doświadczalnie sprowadzano zatrucie, również nie dały odpowiedzi na pytanie, na które części narządu wzrokowego trucizna bezpośrednio oddziaływa. S. miał sposobność badać osobiście dno oka 12 godzin po zatruciu wyciągiem z paprotki samczej u 34-letniego górnika, który po raz trzeci poddawał się leczeniu choroby tęgoryjcowej. Jednego dnia zażył 4 grm., drugiego dnia naczczo 8 gramów. Wieczorem wystąpiły objawy zatrucia, a badane wówczas dno oka było pokryte białawym obrzękiem, w którym z trudnością można było rozpoznać ścieńczałe naczynia. Wdychiwania natychmiastowe azotynu amylowego i późniejsze wstrzykiwania strychniny nie przywróciły utraconego wzroku. Obrzęk siatkówkowy zwolna ustępował, a z dniem wyjścia ze szpitala chory przedstawiał obustronnie dno oka zasiane licznemi wybroczynami i tarcze nerwu wzrokowego zanikłe. W 3 dalszych przypadkach, badanych przez innych lekarzy, wystąpiły również podobne objawy zakrzepu tętnicy środkowej. Na podstawie obrazów wziernikowych dna oka i nowszych doświadczeń toksykologicznych tłómaczy S. powstawanie ślepoty w sposób następujący: Trucizna, do krwi wessana, dostaje się także do tętnicy środkowej siatkówki, zadrażnia nadzwyczaj czułą i delikatną błonę mięśniową naczyń, która, oddziaływując, powoduje skurcz tętnic. W komórkach zwojowych siatkówki, pozbawionych dopływu krwi, występuje zaburzenie czynności, które stanowi nagły okres początkowy ślepoty. Jeśli w tym okresie skurcz naczyń ustąpi, mogą jeszcze komórki zwojowe siatkówki wrócić do swej prawidłowej czynności. Gdy jednak przez dalsze wessanie działanie trucizny się wzmoże, powstaje porażenie błony mięśniowej naczyń z rozszerzeniem ich światła, zwolnienie prądu krwi, zastój w układzie krwionośnym i dalsze zaburzenia odżywcze pierwiastków nerwowych. Zakrzep tętnicy środkowej siatkówki powoduje obumarcie całkowite pierwiastków nerwowych. Tak więc trucizna paprotki samczej działa w pierwszym rzędzie na układ krwionośny i zbytecznem się staje przypisywanie jakiegoś bezpośredniego działania na pierwiastki siatkówki i włókna nerwu ocznego.

Dr. Reis.

Osterroht. **Przyczynek do kazuistyki grzybicy rogówki kropidlakowej.** (*Keratomycosis aspergillina*). (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1905, Nr. 7). Dotychczas niewiele opisano spostrzeżeń zapalenia rogówki na tle zakażenia pleśnią. Autor spostrzegał podobny przypadek u pewnego wieśniaka, u którego środek rogówki lewego oka zajmował wrzód, pokryty białym wystającym nalotem. Nalot ten zdjęto zapomocą igiełki. Badanie mikroskopowe wykazało gęste sploty nitek kropidlaka popielatego (*Aspergillus fumigatus*). Po zaszczepieniu cząstek nalotu na agarze wyrosły typowe kolonie tegoż grzybka. Udało się nawet na rogówce królika przez wstrzyknięcie zawiesiny zarodników wywołać powstanie szarego nacieczenia, w którem mikroskopowo wykazano następnie nitki wzmiankowanej pleśni. Po wstrzyknięciu tej samej zawiesiny do ciała szklistego wystąpiła również *hyalomykosis aspergillina*.

K. W. Majewski.

Doc. Dr. Sachs. **Okulistyczne operacye kosmetyczne.** (*Wiener med. Presse*, Nr. 11. Rok 1905). Praca rozpada się na dwie połowy, mianowicie: operacye kosmetyczne na powiekach i na gałce ocznej. Celem usunięcia niedowładu mięśnia podnoszącego powiekę górną można ścięgno jego skrócić; w zupełnem porażeniu powieki zabieg ten nie wystarcza. W takim przypadku należy wykonać operacyę Hessa, polegającą na odpreparowaniu skóry powieki od łuku brwiowego, aż prawie do dolnego jej brzegu i założeniu szwów, unoszących dolną część skóry. Z górnej części skóry powstaje fałd, który powiece nadaje prawidłowe wejrzenie. Motais wszywa część ścięgna mięśnia prostego górnego. Operacya ta jest jednakże o tyle niedogodną, iż łatwo spowodować może zez w kierunku pionowym. Przy *ptosis adiposa* i *blepharochalasis* należy wyciąć część skóry wraz z leżącą pod nią tkanką tłuszczową. *Blepharophimosis* usuwa się, rozcinając w kąciku zewnętrznym całą powiekę i przyszywając spojówkę do skóry. Aby usunąć zeszpecenie, powstałe skutkiem zmniejszenia gałki, radzi Wecker wykonać tenotomię wszystkich czterech mięśni prostych, a istniejące ewentualnie bielmo tatuować. Zwężenie szpary powiekowej usuwa się przez wykonanie tarsorafii na oku zdrowem i to albo przez zwyczajne zeszycie, lub sposobem Fuchsa z utworzeniem trójkątnego płatka. Obok tarsorafiii zewnętrznej konieczną jest nieraz i tarsorafia wewnętrzna, n. p. przy porażeniach n. twarzowego. Skrócenie powiek, powstałe przez zbliznowacenie, usuwa autor przez wycięcie blizny i pokrycie rany plastycznie płatkami skórnymi, wyciętymi z wewnętrznej strony ramienia. Büdinger używa płatów skórnochrząstkowych, otrzymanych z ucha. Celem usunięcia starczego wywinięcia powieki najpewniejsze wyniki daje metoda Kuhnta, względnie Kuhnta-Szymanowskiego. Szymanowski wycinał w kąciku zewnętrznym trójkąt, zwrócony wierzchołkiem do kącika, następnie robił cięcie międzybrzeżne (*intermarginalis*) i zeszywał skórę, jak przy operacyi Diefenbacha. Przeciw wywinięciu powieki ku wewnątrz i podwinięciu rzęs mamy cały szereg operacyi. Przeciw zezowi istnieją dwie operacye: tenotomia i skrócenie ścięgna antagonisty. Jeżeli po tenotomii wynik jest niedostateczny, można go zwiększyć przez odciągnięcie gałki szwami Knappa, za duży zaś wynik usuwa się przez uchwycenie i zeszycie większego fałdu spojówkowego. W każdym jednak razie należy dokładnie spojówkę zaszyć, gdyż w przeciwnym razie może się mięsko zapaść. Daleko dogodniejszem i pewniejszem jest skrócenie ścięgna antagonisty. Celem usunięcia bólów w jaskrze dokonanej można wykonać przecięcie nerwu wzrokowego i nerwów rzęskowych. Po przecięciu spojówki w okolicy mięśnia prostego wewnętrznego i odcięciu ścięgna tegoż mięśnia wchodzi się krzywemi nożyczkami poza gałkę i przecina się tamże wszystkie tkanki. Następnie przyciąga się tylny biegun gałki do rany spojówkowej, wycina się kikut nerwu wzrokowego i wprowadza się gałkę w prawidłowe położenie. Przeciw ropnemu zapaleniu całego oka wykonuje się wypatroszenie sposobem Bungego. Do jamy powstałej przez tę operacyę Mules radzi wszyć kulę szklaną. Często jednakże chorzy tego nie znoszą. Ciało obce wydziela się przez ropienie. W przypadkach zaćmy nie nadającej się do operacyi, można zakryć szpecącą źrenicę przez tatuacyę. Efekt jest tem lepszy, im równiejszym jest brzeg zamalowanej części. Osiągnąć to można albo zaznaczając brzeg trepanem (Hippel), lub usuwając w ograniczonej trepanem części, górne warstwy rogówkowe (Fröhlich). Garbiak znacznego stopnia można usunąć trepanem, a w ranę włożyć zdrową rogówkę królika.

Dr. Liebermann.

Dr. Plenk. **Przyczynek do kazuistyki tętniącego wytrzeszczu** (*exophtalmus*) **gałki ocznej.** (*Wiener medizinische Presse*, Nr. 10, 1905). Młody, zdrowy mężczyzna, został uderzony gałęzią w skroń lewą. Natychmiast po doznanym urazie stracił przytomność i miał krwotok z nosa, ust i uszów. Gdy po 4 tygodniach odzyskał przytomność, był zupełnie głuchym i ślepym. Z biegiem czasu odzyskał wzrok i słuch po stronie prawej, po stronie zaś lewej wzrok nieco się tylko poprawił, głuchota natomiast po tej stronie pozostała i nadal zupełną. Równocześnie zauważył chory wysadzenie gałki ocznej lewej i dolegliwy szum w głowie. Z powodu niezdolności do pracy zgłosił się do szpitala o poradę. Stwierdzono wysadzenie gałki ocznej lewej, która sterczy na $\frac{1}{2}$ ctm. ponad linię, łączącą górny i dolny brzeg oczodołu. Wysadzenie to gałki ocznej spowodowane jest przez guz, wypełniający całą przestrzeń ponad gałką i sięgający aż do łuki brwiowego. Guz ten tętni jednocześnie ze sercem. Osłuchując przednią część czaszki, słychać rytmiczny szum. Wszelkie te objawy znikają przy

ucisku na tętnicę szyjną wspólną lewą. Żyły wnętrza gałki ocznej są rozszerzone i pokręcone. Cała ta trójca objawów, t. j. wysadzenie gałki, tętnienie i szum, oraz znikanie wszelkich objawów przy ucisku na tętnicę szyjną, pozwalało rozpoznać tętniak (*aneurysma arteriovenosum*) w zatoce jamistej. Badanie lewego ucha wykazało kostniaka. Również w lewym stawie szczękowym zauważono zmiany, spowodowane złamaniem podstawy czaszki. Musiały zatem powstać 2 do siebie prostopadłe złamania; jedno idące poprzecznie do szczytu piramidy i drugie prostopadłe do pierwszego, idące przez strop jamy bębenkowej do łuski. *Dr. Liebermann.*

Morax. **Ciało obce metaliczne w soczewce. Wydobycie zapomocą elektromagnesu, wyleczenie bez powstania zaćmy.** (*Annal. d'Oculist.*, 1905, Nr. 2). Autor opisuje rzadkie spostrzeżenie, gdzie głęboka rana soczewki, zadana przez odprysk stali, zagoiła się po usunięciu ciała obcego zapomocą wielkiego elektromagnesu Volkmanna, nie sprowadziwszy najmniejszego zaćmienia kory soczewkowej. Jako jedyny ślad po skaleczeniu pozostała tylko plamka rogówkowa i linijna, ledwie dostrzegalna bliznka w przedniej torebce soczewki. Chory odzyskał prawie pełną bystrość wzroku na oku skaleczonem, a zupełnie zachowaną przeźroczystość soczewki stwierdzono jeszcze w 8 miesięcy po wypadku. Dodać należy, że podczas operacyi odprysk stali, przyciągany przez biegun elektromagnesu, poruszał się w miąższu soczewki i ranił ją w różnych kierunkach, zanim udało się go wyprowadzić przez ten sam otwór w przedniej torebce, przez który dostał się był do wnętrza soczewki. *K. W. Majewski.*

PEDYATRYA. Ibrahim (Heidelberg). **O szczepieniu ochronnem surowicy przeciwbłoniczej.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 11). Materyał kliniczny, który służył do przeprowadzenia pierwszych spostrzeżeń, dzieli autor na 4 grupy. Pierwsza obejmuje rodzeństwo dzieci, u których stwierdzono błonicę i przyjęto na oddział kliniczny. Każde z rodzeństwa tych chorych otrzymywało dawkę uodparniającą surowicy przeciwbłoniczej. Ten sposób praktykuje się w klinice heidelbergskiej od wielu lat, a w czasie tym u żadnego z tak uodpornionych nie było wypadku wystąpienia błonicy. Do II. grupy zalicza przypadki „zakażeń domowych". Gdy na jednej z sal niebłoniczego oddziału zapadło dziecko na błonicę, uodparniano wszystkie inne dzieci, będące w tej sali. I tu także wyniki były najzupełniej po myśli autora. Więcej jednak przekonywają spostrzeżenia, dotyczące przypadków t. zw. zakażenia mieszanego. Łączy je autor w III. grupę. Idzie tu o przypadki płonicy, umieszczane razem z powikłanymi błonicą Löfflerowską i przypadki odry, które znalazły się w sąsiedztwie również powikłanych błonicą. (Szkoda, że autor nie poparł swoich kilkoletnich, a tak zajmujących spostrzeżeń, liczbami, szczególnie co do odry, do której, jak wiadomo, tak chętnie przyłącza się błonica. Nie wiemy ani o ilości spostrzeganych przypadków, ani nic dokładnego o długości czasu, w jakim spostrzeżenia czyniono. Autor poprzestaje na określeniu „wiele przypadków", „od wielu lat" itd. *Przyp. refer.*). W tym szeregu przypadków raz tylko wystąpiło — mimo poprzedniego uodpornienia — zakażenie błonicze, a wkrótce śmierć. Był to przypadek płonicy, w którym w 4 dni po szczepieniu ochronnem (wykonanem na II. dzień po przyjęciu do szpitala) wystąpiła błonica w gardle, a w dzień później w ranie pooperacyjnej za uchem; w następnych dniach przyłączył się koklusz. W tem potrójnem i równoczesnem zakażeniu dopatruje autor przyczynę ujemnego wyniku szczepień ochronnych. Czwartą grupę stanowią dzieci, które zostały przyjęte do oddziału błoniczego, pomimo niestwierdzenia zmian błoniczych. Tu należą wszystkie przypadki „wątpliwe", przypadki dławca wrzekomego, a także dzieci, u których miała być wykonaną tracheotomia dla innych wskazań. I tu uodpornienie dało wynik dodatni. Dalej przytacza autor dwa przypadki, przemawiające za krótkotrwałością uodpornienia; ma ono trwać około 3—4 tygodni: kończy zaś swą pracę wnioskami: 1) Szczepienie ochronne surowicą przeciwbłoniczą powinno być stosowane w każdej rodzinie u wszystkich dzieci, gdy jedno zapadło na błonicę: szczególnie w domach rodzin ubogich. 2) W zakładach dla dzieci, pensyonatach i oddziałach szpitalnych należy w razie pojawienia się jednego przypadku błonicy, poddać wszystkie dzieci szczepieniu ochronnemu. 3) Jako najmniejszą dawkę uodparniającą należy wstrzykiwać 250—300 jednostek, zaś w przypadkach zakażenia mieszanego (szczególnie w odrze) 500 jednostek. Takież dawki dla osesków. 4) W oddziałach szpitalnych dla błonicy i wogóle na salach, gdzie powikłania błonicą się zdarzają, należy co 3 tygodnie szczepienie powtarzać, zaś u chorych odrowych co dwa tygodnie.

A. Gettlich.

Salge. **Uodpornianie przez mleko.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, Tom 61, marzec, 1905). Badania autora odnoszą się do pytania, mającego bardzo wielką donioslość praktyczną, w jakich warunkach ciała ochronne, antytoksyny, lub istoty bakteryobójcze mogą się przedostać przez ścianę przewodu pokarmowego i być przyswojone? Na przypuszczeniu, że takie ciała ochronne mogą być przyswojone z mlekiem, opiera się Behring, zalecając do karmienia osesków celem zapobiegania gruźlicy mleko surowe, ewentualnie z dodatkiem formaliny, pochodzące od krów nieprzygotowanych, lub przeciw gruźlicy uodpornionych. Wiemy już obecnie z licznych doświadczeń, że ciała ochronne, podane wewnętrznie w surowicy różnogatunkowej, n. p. końskiej, nie dostają się do krwi, chyba w minimalnych ilościach, gdy podamy taką ilość surowicy, że kiszki okazują względem wprowadzonego białka niedomogę i częściowo przepuszczają je niezmienione. Tyczy się to nawet, jak wynika z doświadczeń autora, przewodu pokarmowego noworodka 5-dniowego. Przeciwnie ciała ochronne, zawarte w mleku kobiecem, zostają przez oseska przyswojone. Chodziło o stwierdzenie, czy to samo następuje przy mleku różnogatunkowem. Autor uodpornił kozy przeciw toksynie błoniczej, — mlekiem tychże kóz, zawierającem antytoksynę, karmił trzy oseski (w jednym przypadku chodziło o noworodka 4-dniowego). Okazało się, że po kilkunastu dniach karmienia nie można było wykazać wzmożenia się antytoksycznych własności krwi u osesków. Podobne, zupełnie ujemne wyniki otrzymał autor u dwóch osesków z mlekiem przeciwdurowem. Okazywałoby się z tego, że ciała ochronne, znajdujące się w mleku, mogą tylko wtedy być przyswojone drogą przewodu pokarmowego, jeżeli złączone są z białkiem równogatunkowem. Prawdopodobnie antytoksyna jest związana z drobiną białkową, i jeżeli chodzi o białko różnogatunkowe, przy przyswajaniu białka w przewodzie pokarmowym, t. j. przeprowadzeniu tegoż w równogatunkowe, niszczeje. Autor sądzi, że także inne własności biologiczne surowego mleka, zaczyny, tylko o tyle mogą być przez ustrój wyzyskane, o ile chodzi o mleko jednogatunkowe. *Lewkowicz.*

Brüning (Lipsk). **Znaczenie plam Koplika dla rozpoznania wogóle i rozpoznania różniczkowego odry.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, Nr. 10). Po opisaniu znanych powszechnie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, występujących w okresie zwiastunowym odry i noszących nazwę „plam Koplika", podnosi autor, jak nieustalone jest jeszcze zdanie, co do częstości i znaczenia rozpoznawczego tego objawu, jakkolwiek ogromna większość klinicystów znajduje te zmiany w przeważającej liczbie przypadków (70—90% i więcej), uznając je za objaw b. pomocny dla wczesnego rozpoznania nierozwiniętej jeszcze choroby, lecz także objaw, wykluczający swoją obecnością inne podobne stany chorobowe. Są autorowie, którzy widzieli je rzadko (w 20, a nawet 6% przypadków), a znachodzili także w różyczce (Müller) i w zajęciu nieżytowem gardła i górnych dróg oddechowych (Widowitz). Pośród 100 przypadków odry, które Brüning widział w roku ubiegłym w klinice Soltmana, było 50, które spostrzegał od pierwszej chwili rozwijania się choroby — dzięki epidemii, która wybuchła w innych oddziałach zakaźnych. W każdym z tych 50 przypadków stwierdzono plamy Koplika: 3 razy w V. i VI-tym dniu, cztery razy w IV., 7 w III., 11 w II., 25 razy w ostatnim dniu przed wystąpieniem osutki. Ginęły one wkrótce, a tylko w 17 przypadkach pozostały równocześnie z rozwiniętą osutką, zaś w dwóch aż do jej ustąpienia. W innych podobnych stanach chorobowych nie spostrzegał ich autor nigdy. W końcu wyraża Brüning przekonanie, że plamy Koplika są w odrze zjawiskiem stałem, dającem się stwierdzić przy dokładnem badaniu (szpatułką drucianą Taubego) w każdym przypadku, a stanowczo rozstrzygającem w wątpliwych skądinąd przypadkach. *A. Gettlich.*

James Pick. **O zapaleniu nerek jako powikłaniu chorób przewodu pokarmowego u osesków.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. 40, 1904). Po wyczerpującym przeglądzie odnośnego piśmiennictwa omawia autor swoje spostrzeżenia, dokonane na 36 chorych oseskach. Spostrzeżenia te dowodzą, iż powikłanie ze strony nerek występuje bardzo często w przebiegu chorób przewodu pokarmowego w tym wieku i to począwszy niekiedy od prostej niestrawności. W ostrym nieżycie jelit. we wszystkich trzech badanych przez autora przypadkach, mocz zawierał nietylko białko, lecz i składniki postaciowe, świadczące o schorzeniu nerek (wałeczki, przybłonki nerkowe, ciałka krwi białe, w jednym przypadku i czerwone). Ostre zapalenie nerek spotykał autor prawie stale w przebiegu cholery dziecięcej, przyczem nie zauważył jednak stałego związku pomiędzy pojawianiem się obrzęków, a obecnością i ilością białka w moczu. Co do objawów klinicznych, towarzyszących zwykle cholerze dziecięcej, jak śpiączki, niepokoju, przeczulicy, upośledzonego oddziaływania źrenic — to zdaniem autora niepodobieństwem jest wyróżnić, w jakim stopniu objawy te odnieść należy do mocznicy, w jakim zaś przypisać je działaniu jadów, wytwarzanych przez bakterye. W razie wyzdrowienia dziecka

zmiany chorobowe nerek ustępują zwykle bez śladu i następuje zupełny powrót do zdrowia, jednakże sprawa nerkowa może niekiedy przewlekać się jeszcze długo po ustąpieniu cierpienia przewodu pokarmowego, które ją wywołało. W przypadkach przewlekłego nieżytu jelit mocz przedstawiał również obraz nieprawidłowy, jakkolwiek w rozmaitym stopniu. Wogóle powikłanie nerkowe w przebiegu chorób przewodu pokarmowego, jakkolwiek tak częste, nie występuje prawie nigdy na pierwszy plan i zwykle dopiero przy uważnem i szczegółowem badaniu da się rozpoznać; okazuje ono zatem podobną właściwość, co zapalenie nerek, występujące nierzadko na tle kiły wrodzonej u oseseków. *Żeleński.*

B. Holz. **Wyleczenie dwóch przypadków obustronnego wysadzenia gałek ocznych, oraz jednego przypadku pląsawicy zapomocą usunięcia wyrośli gruczołowatych.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 4, 1905). Pierwsze 2 przypadki tyczyły się dwojga dzieci 7-letnich, u których wprawdzie nie stwierdzono ani istnienia wola, ani też przyspieszonej czynności serca, mimo to jednak autor odnosi wysadzenie gałek, jakoteż stwierdzony u dzieci objaw Gräfego i Stellwaga do choroby Basedowa. Wysadzenie gałek u jednego dziecka ustąpiło w 10, u drugiego w 15 dni po wykonaniu operacyi wyrośli gruczołowatych; u pierwszego dziecka cierpienie to powróciło na nowo, gdy wyrośle odrosły, ale znikło trwale po powtórzonym zabiegu. U drugiego dziecka wykonano poprzednio wycięcie migdałków; wyrośle dopiero usunięto, gdy się przekonano o bezskuteczności pierwszego zabiegu. Z piśmiennictwa przytacza autor spostrzeżenia Arslana, tyczące się 10 chorych na chorobę Basedowa i mających równocześnie wyrośle gruczołowate; 5 z nich na zawsze zostało wyleczonych po ich usunięciu. Jaki związek przyczynowy zachodzi między jedną a drugą chorobą, na razie nie wiadomo. H. przypuszcza, iż jakaś jadowita wydzielina, czy to wola samego, czy też innego narządu, działając toksycznie na ośrodkowy układ nerwowy, wywołuje w razie większego zatrucia chorobę Basedowa, w lekkich zaś przypadkach pokrewne zaburzenia mózgu, jak padaczkę i pląsawicę. Co się tyczy tej ostatniej, Trautman, Arslan i A. Francis znają przypadki wyleczenia zupełnego pląsawicy po wyłuszczeniu wyrośli; tak samo i autor osiągnął korzystny wynik tą samą drogą u 7-letniego chłopczyka. *Korm.*

Schütz. **Przyczynek do poznania naturalnej odporności dziecka w pierwszym roku życia.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, Tom 61, styczeń, 1905). Autor, posługując się w doświadczeniach toksyną błoniczą, stwierdził, że treść żołądkowa oseska, wzięta podczas trawienia u dzieci przy piersi w $^{1}/_{4}$, u sztucznie karmionych w $^{1}/_{2}$—2 godzin po nakarmieniu, gdy jeszcze nie można było stwierdzić wolnego kwasu solnego, ma wybitne działanie antytoksyczne przy bezpośredniem działaniu na toksynę. Działanie to, różne u różnych osobników, nie zależy od wieku, sposobu żywienia, stanu ogólnego i bywało wyższe u dzieci sztucznie żywionych i wyniszczonych, niż u dzieci zdrowych przy piersi. Własności te treści żołądkowej niszczeją przy zagotowaniu, są jednak bardziej odporne na działanie wyższej ciepłoty, niż pepsyna. Nie są one zależne od obecności mleka, którego działanie antytoksyczne jest minimalne. *Lewkowicz.*

Tada. **Przyczynek do zagadnienia przerostu grasicy.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Autor podaje cztery przekroje grasicy i sąsiadujących z nią narządów klatki piersiowej z 10-miesięcznego dziecka, które zmarło wśród objawów tężyczkowych i drgawek, i u którego za życia stwierdzono nad górną częścią mostka i na lewo od niego wybitne stłumienie. Przekroje wykazują narząd znacznych rozmiarów; jednak o ucisku tchawicy, przypuszczanym przez niektórych autorów, jako przyczynie śmierci, nie było mowy, a to tembardziej, że między grasicą a tchawicą niejako jako mur ochronny znajdowały się pnie wielkich naczyń. Już prędzej możnaby ze stosunków na przekrojach przypuszczać ucisk na wielkie naczynia i na pień nerwu błędnego. Rozpoznawczo przy stwierdzeniu wspomnianego stłumienia może chodzić o odróżnienie przerostu grasicy od gruźlicy gruczołów oskrzelowych lub gruźliczych nacieków płuc. W pierwszym przypadku niema gorączki i stan odżywienia jest dobry; w drugim istnieje prawie zawsze gorączka, a stan ogólny jest zły i stale się pogarsza nawet w najlepszych warunkach, n. p. przy żywieniu piersią. *Lewkowicz.*

Steinitz i Weigert. **O demineralizacyi i leczeniu mięsnem przy gruźlicy.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Autor, pragnąc skontrolować podania autorów francuskich, mianowicie Robina i Gaubea, którzy na podstawie wyników badań moczu przypuszczali u gruźliczych już we wczesnych okresach, do pewnego stopnia jako przyczynę usposobienia do gruźlicy zubożenie ustroju w składniki mineralne, a głównie w wapno i magnezyę, podjął się zbadania chemicznego zwłok dziecka jednorocznego, zmarłego na gruźlicę. Za porównanie służyły mu badania dawniejsze różnych autorów, odnoszące się do zwłok oseseków niegruźliczych. Aby wykluczyć wpływ obrzęków i utraty tłuszczu, obliczono składniki mineralne na suchą i wolną od tłuszczu pozostałość. Wynik przemawia przeciw demineralizacyi.

Korzystne wyniki stosowanego od czasu doświadczeń Richeta przez Francuzów leczenia mięsnego, t. zw. zomoterapii (10—15 grm. surowego mięsa dziennie na 1 kg. wagi chorego) tłómaczono hipermineralizacyą ustroju. Wyniki spostrzeżeń kontrolnych, podjętych przez autorów w klinice prof. Czernego i w paru przypadkach, leczonych poliklinicznie, były, o ile chodziło o stwierdzoną gruźlicę, zupełnie ujemne. W przypadkach początkowych, rozpoznawczo mniej pewnych, osiągano szczególniej w początkach wybitne podniesienie ciężaru ciała, co jednak należy odnieść do korzystnej zmiany w odżywianiu, a nie do działania leczenia mięsnego, jako środka swoistego. *Lewkowicz.*

Langstein i Steinitz. **Wydzielanie moczem węgla i azotu u oseska i dziecka starszego.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Stosunek węgla do azotu: C: N, wahający się u dorosłych zwykle między 0·5—0·7 stosownie do pożywienia, ale nie odbiegający tutaj znacznie od stosunku tego w moczniku (0·429), wzrasta u oseseków karmionych piersią ponad 1, coby mogło świadczyć, że mocz tu zawiera obficie inne bogate w węgiel połączenia: kwas moczowy, kreatyninę, ciała ksantynowe, kwas oksyproteinowy i t. d. Badania autora wykazują jednak, że nietyle ilość tych ciał wpływa na zwiększenie C: N., ile obniżenie bezwzględnej ilości wydzielanego azotu. Ilość ta jest małą u oseseków przy żywieniu piersią lub polewką słodową, wysoką przy żywieniu mlekiem krowy. U dorosłych przy ubogiej w azot, a więc głównie roślinnej dyecie można także osiągnąć zmniejszenie wydzielania azotu, a tem samem podniesienie stosunku C: N. w moczu ponad jeden. *Lewkowicz.*

Orgler. **O leczeniu otyłości w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61. styczeń, 1905). W przeciwieństwie do przepisów Oertela (mało płynów, mało ziemniaków, dużo mięsa i jaj) zaleca autor za przykładem Rosenfelda pożywienie o wielkiej objętości, a małej wartości kaloryjnej, zatem unikanie tłuszczów, podawanie ziemniaków i doprowadzanie wielkiej ilości płynów. Ta dyeta daje lepsze wyniki, przytem ma tę zaletę, że leczony wstaje od stołu syty. Z początku z powodu zatrzymania wody można spostrzegać wolniejsze opadanie ciężaru ciała, lub nawet podnoszenie się. U chłopca 13$^{1}/_{2}$-letniego z ciężarem ciała 72·2 kg. osiągnął autor w ciągu 4 tygodni spadek 4$^{1}/_{2}$ kg. Równocześnie stwierdzono badaniem przemiany materyi pewne gromadzenie azotu; warunek zatem, żeby ustrój nie tracił ustrojowego białka, był spełniony. Przepis dyety na jeden z dni 3-go tygodnia był n. p. następujący: 1-sze śniadanie: 150 ctm.^{3} herbaty z sacharyną; 45 gr. bułki; 10 grm. miodu. Drugie śniadanie: 300 ctm.^{3} wody; 85 grm. bułki. 20 grm. miodu. W południe 110 ctm.^{3} wody. Obiad: 450 ctm.^{3} wody; 330 gr. ziemniaków gotowanych; 110 gr. mięsa; 60 gr. bobu. Podwieczorek: 250 ctm.^{3} herbaty z sacharyną; 45 gr. bułki. Wieczerza: 450 ctm.^{3} wody; 320 gr. przecedzonej kaszy owsianej: 120 gr. ziemniaków. *Lewkowicz.*

Kaliski i Weigert. **O białkomoczu pokarmowym.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Wyniki doświadczeń autorów potwierdzają zapatrywanie, że białkomocz przy karmieniu wielkiemi ilościami surowych jaj jest wynikiem pewnej niedomogi soków trawiennych przewodu pokarmowego i przedostawania się do krwi białka różnogatunkowego. Stan nerek nie wchodzi tu w rachubę jako przyczyna, jak to okazuje się z prób u dzieci z białkomoczem okresowym, lub u dziecka z przewlekłem zapaleniem nerek. Białkomocz pokarmowy można wywołać tylko u pewnych osobników i tylko surowemi jajami: surowe mleko, mięso, białko roślinne nie wywołuje białkomoczu. *Lewkowicz.*

Hüssy. **Porażenie rozwieraczy głośni we wczesnym wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Autor zestawia przypadki znane z piśmiennictwa i podaje własny. U dziecka z wrodzoną kiłą rozwija się w 13 tym miesiącu życia duszność: wdech wydłużony, utrudniony, wydech krótki, wolny; krtań okazuje przy oddychaniu znaczny zakres ruchów. Objawy zwężenia krtani podczas snu były mniejsze, wzmagały się przy pobudzeniu psychicznem. Dziecko umarło 14 dni po cięciu tchawicy wskutek zapalenia płuc. Rozpoznanie udało się potwierdzić za życia po kilku bezowocnych próbach badaniem laryngoskopijnem. Badanie pośmiertne nie wykazało żadnych makroskopowych zmian w krtani. Związek etyologiczny z kiłą uważa autor za możebny, choć wynik swoistego leczenia był ujemny. *Lewkowicz.*

FARMAKOLOGIA. Dr. Quenstedt. **O wpływie związków salicylowych na nerki.** (*Therapie der Gegenwart*, 1905,

Nr. 3). Pierwszy Lüthje zwrócił uwagę na tę okoliczność, że podanie kwasu salicylowego lub jego związków powoduje zadrażnienie nerek i wogóle dróg moczowych. Autor powtórzył te badania na licznym materyale chorych przez przeciąg dwóch lat i potwierdził wyniki Lüthjego. Związki salicylowe, podawane w przypadkach gośćca w przyjętych dawkach, powodowały w 50% przypadków pojawienie się białka w moczu w ilościach małych, rzadziej w większych, dających się ilościowo oznaczyć. W tym samym mniej więcej stosunku pojawiły się w moczu wałeczki, rzadziej można było stwierdzić obecność leukocytów, a jeszcze rzadziej ciałek czerwonych. Nadto stwierdził autor, że obecność białka nie zawsze wszystkiemi przez autora używanemi metodami dało się stwierdzić; autor używał do wykrycia białka proby gotowania z dodatkiem kwasu octowego, z żelazocyankiem potasowym i z kwasem azotowym. Zmiany, jakie wywołuje podanie kwasu salicylowego, są tylko chwilowe i trwają przez czas podawania związków salicylowych, a ustępują znowu, gdy przestaniemy podawać te związki. W nielicznych tylko przypadkach zauważył autor, że białkomocz utrzymywał się jeszcze przez 14 dni po zaprzestaniu podawania salicylu. Jakkolwiek wpływ związków salicylowych na drogi moczowe i nerki został stwierdzony, nie przypisuje mu autor żadnego znaczenia, szczególnie w podawaniu tych związków w przypadkach terapią wskazanych. *Lemberger.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Block. **Przyczynek do poronnego leczenia rzeżączki według metody Blaschki.** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, Nr. 8, 1905). Autor w swej pracy starał się wykazać, że leczenie poronne rzeżączki według sposobu Blaschki daje dobre wyniki, jeżeli ściśle przestrzega się przepisów leczenia poronnego. Do poronnego leczenia nadają się tylko takie przypadki świeżej rzeżączki części przedniej cewki, w których wydzielina z cewki jest jeszcze śluzową lub śluzowo-ropną. W przypadkach, w których wydzielina trwa dłużej nad dwa dni i wystąpiły już objawy podmiotowe w postaci pieczenia i bolesności przy moczeniu, leczenie poronne zwykle zawodzi. Autor zmienił o tyle pierwotną metodę Blaschki, że po zastosowaniu w pierwszych trzech dniach wstrzykiwań 3% protargolu, podnosi, jeżeli się jeszcze gonokoki znajdują, zgęszczenie płynu w czwartym dniu do 4%, a w piątym do 5%, a w szóstym do 6%, zatem postępuje przeciwnie, niż Blaschko, który odsetek protargolu w następnych dniach obniża. Wstrzykiwania, które powtarza się co 24 godzin, jeżeli niema silniejszego podrażnienia, powinien sam lekarz wykonywać, badając codziennie pod drobnowidem wydzielinę przed wstrzykiwaniem. Przy wstrzykiwaniach, które działają tylko na przednią część cewki, przytrzymuje się płyn w cewce przez 5 minut. Jeżeli po sześciu dniach leczenia w wydzielinie znajdują się jeszcze gonokoki, należą odstąpić od leczenia poronnego. Na 44 chorych, leczonych poronnie, miał autor 28 przypadków wyleczenia po sześciu dniach. W przypadkach zaś, w których leczenie poronne zawiodło, następne leczenie rzeżączki było znacznie łatwiejsze i trwało znacznie krócej, niż w przypadkach, w których leczenia poronnego nie stosowano. Na podstawie tych wyników sądzi autor, że nie należy zupełnie odrzucać tego sposobu leczenia, który w stosownych przypadkach może oddać znaczne usługi.

Dr. Stopczański.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Leper. **Przyczynek do patologii doświadczalnej wydzieliny jelitowej.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg. 1904). Leper powziął zamiar zbadać wpływ najczęstszych nieprawidłowości w odżywieniu na wydzielinę jelitową, mianowicie: nadużycia substancyi drażniących (pieprzu, musztardy i innych przypraw), nadmiaru kwasoty w żołądku i nadmiaru przetworów fermentacyi i podrażnień mechanicznych. W tym celu autor przeprowadził w pracowni profesora Pawłowa szereg doświadczeń na psach z przewlekłemi przetokami jelitowemi. Zbadawszy wydzielinę jelitową w warunkach prawidłowych pod względem ilościowym i zawartości enterokinazy i inwertyny, wlewał on następnie do jelita odosobnionego sok żołądkowy, 0,12%—0,5% kwas solny, 0,25—0,5% kwas masłowy, lotny olejek gorczyczny i śledził za jakościowemi i ilościowemi zmianami wydzieliny jelitowej. Okazało się, że wszelkie podrażnienia jelita wywołują, jako odczyn fizyologiczny, wzmożenie wydzieliny soku o nader małej zawartości zaczynów i śluzu; najwybitniej ten odczyn występuje w razie drażnienia płynami, zupełnie obcymi dla błony śluzowej jelita, n. p. kwasem solnym i olejkiem lotnym gorczycy; przy drażnieniu błony śluzowej jelita mechanicznie, sokiem żołądkowym i słabym roztworem kwasu masłowego, jednocześnie z zwiększeniem ilości soku wzmaga się również wytwarzanie kinazy i śluzu, jednak w mniejszym stopniu; jeśli podrażnienie ponawia się kilkakrotnie, to błona śluzowa jelita oddziaływa wreszcie w ten sposób, że ilość wydzieliny wciąż podnosi się, a zaczynów obniża; ten stan trwa przez pewien czas i po usunięciu bodźców drażniących. Sok żołądkowy drażni błonę śluzową jelita w mniejszym stopniu, niż kwas solny o kwasocie, jednakiej z kwasotą soku: pepsyna nie drażni wcale błony śluzowej jelita. Wytwarzanie kinazy i inwertyny ustaje w odcinku odosobnionym według wszelkiego prawdopodobieństwa szybciej, jeśli odcinek nie ulega od czasu do czasu mechanicznemu podrażnieniu lub wlewaniem soku trzustkowego. Sok trzustkowy podnosi wydzielinę kinazy tem silniej, im więcej było obniżone jej wytwarzanie. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bołdyrew. **Okresowa praca przewodu pokarmowego.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1904). Prowadząc doświadczenia na psach z przetoką żołądkową, dwunastnicową i jelitową, przekonał się autor w pracowni prof. Pawłowa, że po ukończeniu trawienia żołądkowego, gdy żołądek jest próżny, przewód pokarmowy nie zostaje bezczynnym, lecz wykonywa zawsze okresową stałą pracę, trwającą nieokreślenie długi czas; okresy pracy trwają mniej więcej 20—30', zmieniając się kolejno z okresami wypoczynku, z których każdy trwa prawie dwie godziny. Ta praca okresowa polega na skurczowej czynności żołądka, jelita cienkiego, kiszki ślepej, na wydzielaniu soków jelitowego i trzustkowego: jednocześnie przez przetokę żołądkową wydziela się alkaliczny śluz, przez przetokę żółciową żółć; wszystkie te zjawiska, cechujące okresową pracę przewodu pokarmowego, rozpoczynają się jednocześnie i jednocześnie się kończą. W ciągu każdego okresu pracy do dwunastnicy wlewa się prawie 30 sz. ctm. naturalnego trzustkowo-żółciowo-jelitowego płynu o odczynie alkalicznym, barwy rozcieńczonej żółci; ciecz ta jest przeźroczystą i bardzo obfitą w zaczyny trawienne — białkowy i tłuszczowy; zaczyny te są tu w stanie czynnym i prawie zawsze w jednakowo znacznej ilości. Nie mniej bogatym w zaczyny jest okresowy sok jelitowy: zawiera on kinazę, lipazę, dyastazę i inwertynę. Okresowy sok trzustkowy odznacza się znaczną lepkością, wysokim ciężarem właściwym i bogactwem w substancye organiczne; przeciwnie, soli mineralnych zawiera on mało: alkaliczność soku jest bardzo niską; właściwości fizyczne i chemiczne tego soku odznaczają się stałością. Wlewająca się okresowo do jelit ciecz, składająca się z soków trzustkowego, jelitowego i żółci, według wszelkiego prawdopodobieństwa wchłania się całkowicie w jelitach. Wobec tego autor wygłasza przypuszczenie, że okresowa praca przewodu pokarmowego, którą on spostrzegał, jako stałe zjawisko, jest skierowaną ku wzbogaceniu ustroju w zaczyny, niezbędne dla pracy analitycznej i syntetycznej w jego tkankach. Praca okresowa przewodu pokarmowego spostrzega się jedynie u psów zdrowych; nawet lekkie schorzenia przewodu pokarmowego sprowadzają jej zboczenia. U psów zdrowych ginie ona natychmiast, gdy zaczyna się trawienie w żołądku, lub gdy w czczym żołądku zaczyna się wydzielanie soku żołądkowego, lub wreszcie w razie sztucznego wlewania do żołądka lub jelita cienkiego słabych roztworów kwasów: w tych warunkach rytmiczne silne skurcze żołądka i okresowe skurcze jelit ustają, sok trzustkowy i żółć wydzielają się bez przerwy wskutek podrażnienia treścią pokarmową lub kwaśnym sokiem żołądkowym, wydzielina soku jelitowego znacznie obniża się. W przypadkach, gdy autor głodził psy bardzo długo (20 godzin i dłużej), okresy spokoju stopniowo przedłużały się, a okresy pracy skracały się i odznaczały się mniejszą energią, z warunkiem jednak, że nie miało miejsca wydzielanie soku żołądkowego. Podczas tych doświadczeń B. stwierdził w soku jelitowym nowy zaczyn — lipazę, rozkładającą tłuszcze, zwłaszcza znajdujące się w stanie zawiesiny; zaczyn ten działa znacznie powolniej i słabiej, niż lipaza trzustkowa, lecz jest trwalszy od ostatniej i nie traci swego działania w ciągu dłuższego czasu (godzin, doby) nawet w t° ciała. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

P. Bergell i A. Braunstein. **O wpływie soli radowych na fermentacyjny rozkład białek.** (*Medizinische Klinik*, 1905, Nr. 13). Badania Henriego, Mayera, Schmidta, Nielsena, Neuberga, Braunsteina i Danysza wykazały niewątpliwy wpływ promieni radowych na czynność enzymów proteolitycznych. Autorowie uzupełniają prace poprzednich badaczy o tyle, że uwzględniają obok wpływu promieni także wpływ emanacyi radowych. Emanacye otrzymywano przez destylacyę roztworu 5 mgr. bromku radowego w 10 grm. wody. Odbieralnik składał się z dwóch naczyń, z których pierwsze było chłodzone wodą, a drugie skroplonem powietrzem. W tym drugim odbieralniku zbierała się przeważna ilość emanacyi, znacznie większa, niż w pierwszym, gdzie się skraplała woda. Przez odpowiednie zmniejszenie odbieralnika można było wykazać ślady emanacyi w destylatach płynów, które badane wprost w elektroskopie emanacyi nie okazywały. Promienie radowe zdają się nie mieć znaczniejszego wpływu na reakcye enzymatyczne, tyczy się to przynajmniej promieni β i γ, jako łatwo przenikających, przynajmniej naświetlanie bromkiem radowym, umieszczonym w na-

czyńku, zamkniętem płytką mikową, a zatem w warunkach, nie dopuszczających działania emanacyi i promieni, nie powodowało żadnych różnic w działaniu inwertyny na cukier trzcinowy, lipazy na lecytynę i pepsyny z kwasem solnym na kazeinę. Do badań ilościowych używali autorowie peptonu z fibroiny (z jedwabiu), z której pankreatyna była w stanie wydzielić około 9% tyrozyny. Ilość tyrozyny, wydzielonej w ciągu 24—48 godzin, była miarą chyżości reakcyi. Sam enzym z peptonem dawał po 24 godzinach 5,4% tyrozyny, naświetlany radem (promieni β i γ) (2,0—4,2%, po dodaniu bromku radowege (promienie α, β, γ i emanacye) 7,5—8,2%, po dodaniu destylatu emanacyi 6,2—7%. Z doświadczeń tych wynika, że promienie β i γ wywierają wpływ hamujący na działanie pankreatyny, emanacye zaś wpływ przyspieszający. W innej seryi doświadczeń badano wpływ bromku radowego na działanie pankreatyny, rozszczepiające najprostszy dwupeptyd, t. j. glicyloglicynę. Ilość powstałego glikokolu mierzono przez oznaczenie azotu w związkach β naftalinosulfonowych. I w tym przypadku można było zauważyć wpływ soli i emanacyi radowych, identyczny z powyżej opisanym.

Seńkowski.

* * *

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Zapalenie opon mózgowych (nagminne) próbowano między innymi leczyć także **solami srebra** (wcieraniem maści Credego). Doświadczenia swoje ogłosili dotąd głównie autorowie amerykańscy (Schirmer 1898, Dixon 1899, Devoe, Goffe, Kelly 1900, Staller, Maier 1901 i t. d.), z niemieckich Daxenberger (*Klin.-ther. Wochs.*, 1901) i Hauck (*Medico* 1904, 9). Razem leczono 29 przypadków, z tych tylko 2 bez skutku. Daxenberger z 3 przypadków, leczonych tym sposobem, nie stracił żadnego; z 15, leczonych przez niego innymi sposobami, zmarło 14. *H.*

Eumydrinum (azotan metyloatropinowy) jest proszkiem białym, krystalicznym, bez woni, który się topi w ciepł. + 163° C. We wodzie i wyskoku rozpuszcza się łatwo; w eterze i chloroformie jest nierozpuszczalny. Eumydrinę stosują zamiast atropiny po 0·001—0·0025—0·004 na dawkę 3—4 razy dziennie w proszkach, pigułkach, w rozczynie lub w postaci czopków. Zasadnicza różnica w działaniu między atropiną a eumydriną jest ta, że ostatnia nie działa na ośrodkowy układ nerwowy, jak atropina, a natomiast zachowuje działanie na zakończenia nerwów obwodowych; z tego powodu jest mniej trująca od atropiny. Gdy atropina pod względem działania fizyologicznego i farmakologicznego na układ nerwowy różnorodnie działa i częstokroć wywołuje działanie toksyczne bez poprzedniego wyniku terapeutycznego, to eumydrinę możemy stosować nawet tam, gdzie istnieje idyosynkrazya dla atropiny, względnie przetworów wilczej jagody; również nie potrzeba się obawiać działania zbiorowego. Eumydrinę podaje się we wszystkich tych przypadkach, gdzie wskazaną jest atropina. Haas podawał ją w nerwicach żołądka i jelit (*hypersecretio, hyperchlorhydria, succorrhoea, gastralgia, gastralgokinesis; perityphlitis, appendicitis*). (*Therapie der Gegenwart* 1905, Nr. 3). Jonas (*Wiener klin. Wochs.* 1905, 4) podawał ją jako lek przeciwpotny u 30 suchotników; tylko u 5 eumydrina nie działała wcale, natomiast najczęściej usuwała poty na tak długo, dopóki lek ten podawano. Objawów ubocznych (prócz uczucia suchości w gardle po większych dawkach) nie było. *Lemberger.*

Dr. J. Neumann. **Fukol,** środek zastępujący tran rybi. Fukol sporządzają ze suszonych i zmielonych morszczynów (*Fucaceae*) przez wytrawienie ich olejami roślinnymi (*Ol. olivar.*, *Ol. sesami*, *Ol. arachidis*) i sączenie. Smak fukolu jest przyjemny i nie posiadający nieprzyjemnego posmaku, jaki jest właściwy tranowi rybiemu. Z powodu znacznej ilości wolnych kwasów tłuszczowych tworzy w przewodzie jelitowym mydła łatwo emulgujące tłuszcze, przyczyniając się do szybkiego wchłaniania tychże. W przeciwieństwie do tranu rybiego chorzy znoszą fukol także w lecie. Dawka wynosi dla dorosłych 3 łyżki dziennie, dla dzieci stosownie do wieku 1—3 łyżeczek. (*Die Therapie der Gegenwart*, 1905, Nr. 2). *Lemberger.*

Sorisiny używał u dzieci Buchsbaum (*Aerztl. Central-Ztg.* 1905, 6) w tych przypadkach, w których wskazanym był kreozot, ponieważ przetworów kreozotowych dzieci albo wcale nie chcą zażywać, albo zażywają bardzo niechętnie. Natomiast chętnie biorą sorisinę, która jest w zasadzie 10% rozczynem tiokolu w syrupie pomarańczowym; tiokol zaś, jak wiadomo, pochodzi od gwajakolu, który jest właściwie działającym składnikiem kreozotu. B. leczył sorisiną 14 przypadków gruźlicy: u wszystkich tych dzieci stwierdził, że lek niewątpliwie działa korzystnie, wzmacniając siły i poprawiając stan ogólny. We wczesnych okresach choroby powracało łaknienie. Kaszel i plwocina zmniejszały się, gorączka i poty nocne znikały; nawet zaś w dalej posuniętych przypadkach chorzy przynajmniej przybierali na wadze. W przedmiotowym stanie płuc następowała poprawa o tyle, że ustępowały lub zmniejszały się przysłuchowe objawy nieżytu w szczytach. B. podawał sorisinę po 2—3 łyżeczek dziennie; poprawa stanu ogólnego, łaknienia i t. d. następowała zazwyczaj już po tygodniu. Oczywiście sorisina, jak wszystkie inne podobne środki, nie jest lekiem swoistym; niemniej jest to, zdaniem B., dobry środek pomocniczy, nadający się szczególnie do leczenia dzieci. *Ll.*

Anthrasol stósował V. Meyer u 45 chorych na różne choroby skórne i tylko 2 razy zauważył wskutek tego leczenia zadrażnienie skóry, co w porównaniu do innych przetworów smołowych stanowi odsetek bardzo mały. Najlepsze wyniki uzyskał M. w 12 przypadkach *Eczema marginatum*, stosując maść: *Anthrasol, Lanolin, Sulf., praec., Sapon. domest. pulv.* aa 20,0 i 11 przypadkach świądu zapomocą 10% maści antrasolowo-glicerynowej. Natomiast w świerzbie jest antrasol mniej skuteczny od innych leków, np. peruolu; również w łuszczycy działał 10—20% wyskok antrasolowy tylko w okresach początkowych, w okresach zaś późniejszych musiał M. uciec się do pędzlowań eugallolem. (*Deutsche Praxis* 1904, 17). *A.*

W sprawie **osutek po mezotanie,** spostrzeganych niejednokrotnie w różnej postaci, od lekkiego zapalenia skóry, aż do uporczywych wyprysków, utrzymuje Korach (*Münch. med. Woch.*, 1904, 34), że te niemiłe skutki uboczne nie tyle zależą od samego mezotanu, ile od sposobu jego stosowania. Dlatego radzi K. zamiast wcierań używać tylko pędzlowań (1—2 × dnia, w 20—50% rozczynie oliwnym), nie pokrywać potem skóry żadnym opatrunkiem i przerwać pędzlowania, gdyby wystąpiły najmniejsze nawet objawy podrażnienia skóry. W ten sposób postępując, nie spostrzegał K. na 40 przypadków ani razu złych skutków. *B.*

Uśpienia chloroformowo-hedonalowego użył Podhorecki (*Deutsche med. Wochens.*, 1904, Nr. 50) u 50 kobiet. Hedonalu podawano 2,0 w opłatku na ½—1 godziny przed operacyą. Po tej dawce chore stawały się senne, ale nie usypiały; uśpienie chloroformem zaś nastawało bardzo szybko (po 5 min.) i (z wyjątkiem 3 przypadków) zupełnie bez okresu podniecenia. — U 46 z 50 chorych wykonano większe operacye ginekologiczne (laparotomie), przy których konieczne jest głębokie uśpienie; dzięki hedonalowi wystarczało do tego średnio 24,5 chloroformu na godzinę. Przy krótszych operacyach (wyskrobanie i t. d.) wystarczało 6.0 chloroformu. W czasie uśpienia tętno nie przekraczało 67—80, oddychanie było prawidłowe, skłonność do wymiotów mniejsza, niż zwykle (34 chorych wcale nie wymiotowało). Ponieważ hedonal trudno się wsysa, przeto na przyszłość zamierza P. podawać go w rozczynie i to przynajmniej na godzinę przed operacyą. *B.*

Methylatropinum bromatum, związek krystalizujący w blaszkach o składzie $C_{18}H_{26}NO_3Br$, łatwo rozpuszczalny w wodzie i rozcieńczonym wyskoku, odznacza się głównie tem, że działa słabiej i krócej, niż sama atropina, i nie wywołuje właściwych atropinie przykrych objawów ubocznych. Według Aronheima (*Berl. klin. ther. Wochs.* 1904, 28) uśmierza lek ten bole, jak morfina, znieczula rogówkę i spojówkę, jak atropina z kokainą i usuwa świąd w wielu chorobach skórnych. Do wstrzykiwań podskórnych (zamiast morfiny) używa A. rozczynu 0,05: 20,0, wstrzykując w miarę potrzeby ¼—1 strzykawki Pravaza. Przy tem leczeniu uspokojenie się bolów nie łączy się z przykremi przypadłościami, częstemi po morfinie. Wewnętrznie podaje A. od 1½ roku *methylatr. brom.* we wszystkich tych przypadkach, w którychby dawniej podawał morfinę i przepisuje na dawkę 0,002. W padaczce przepisywał A. ze skutkiem: *Methylatrop. brom.* 0,1, *Antipyr.* 1,5, *Ammon. brom. ad.* 50,0—100,0, 3—4 razy dnia na koniec noża. *M.*

Chorobę Basedowa leczył w 2 przypadkach Josionek (*Mediz. Woche* 1904, 37), podając 2 × dnia po gramie, później po 2 gramy antityreoidyny Möbiusa (wyrobu Mercka). W przypadku krócej trwającym skutek nastąpił w ciągu 2 tygodni; w przypadku przewlekłejszym nastąpił później, a przez pierwszy tydzień podawania lek zdawał się wcale nie działać. W obu przypadkach obwód szyi znacznie się zmniejszył, stan oczu i tętnic powróciły do normy i chorzy mogli powrócić do pracy zawodowej. *M.*

Pożytek **dioniny** w okulistyce stara się Spengler (*Zeits. f. Augenheilk.* 1904, T. XII) określić zapomocą zestawienia wyników, osiągniętych i opisanych przez 46 autorów w 68 publikacyach (w zestawieniu tem uwzględnione są dokładnie także wszystkie prace polskie). Ogólne wnioski, wysnute przez S., są następujące: 1) Nie spostrzegano dotąd szkodliwego wpływu dioniny na oko nieuszkodzone (z wyjątkiem jedynego przypadku Łuniewskiego: wybroczyna

w sąsiedztwie plamki żółtej). 2) Większość autorów uważa dioninę przy świeżych skaleczeniach rogówki i po operacyach za przeciwwskazaną. 3) Wszyscy uznają, że dionina koi znakomicie ból, a działanie to jej sięga wgłąb, z wyjątkiem bardzo rzadkich przypadków. Szczególnie nadaje się dionina do tego celu w jaskrze. 4) Dionina usuwa często światłowstręt i kurcz powiek. 5) Prawdopodobnie wzmacnia dionina działanie atropiny. 6) Czy dionina działa wyjaśniająco, przeciwgnilnie i t. d., jednem słowem, czy wpływa na samą sprawę chorobową, jest rzeczą wątpliwą. — Te lecznicze własności przypisuje jednak dioninie w ostatnich czasach Bucsanyi (*Budap. Orvosi Ujsag.* 1904, 30). — Dioninę stosować można tylko pod okiem lekarza. *M.*

Kolargolu użył w przypadku posocznicy z nieznanego źródła prof. Wenckebach (*Nederl. Tidsch. v. Gen.* 1905, 25, I) i podaje, że po jednorazowem wstrzyknięciu 3 ctm. sz. 2½% roztworu tego leku znikła odrazu gorączka, ciągnąca się od 2 miesięcy i opierająca się wszelkim innym środkom. W. Friedmann zdaje sprawę z leczenia kolargolem rozmaitych spraw septycznych w klinice Credégo (*ärztl. Reformzeitung* 1905, 1—4) i opisuje pomyślnie zakończone przypadki ropowicy ramienia, posocznicy, zapalenia stawu kolanowego i ropnicy, których przebieg osobiście w klinice tej śledził, oraz kilka spostrzeżeń z własnej praktyki (z tego 2 zakażenia połogowe, jedno u własnej żony, — wyleczone). Ceresole (*Riv. Ven. di Sc. med.* 1904, S. 193) badał u 11-tu chorych na posocznicę i ropnicę wpływ śródżylnych wstrzykiwań kolargolu na krew i stwierdził, że nie wpływają one na ciałka czerwone, ani na hemoglobinę, natomiast wywołują przemijającą hyperleukocytozę i obniżają gorączkę. Szczególnie wybitne było to obniżenie gorączki w 2 przypadkach róży. *H.*

W leczeniu dny bywają używane oprócz stosownej dyety, leczenia zdrojowego, leczenia sposobami fizycznymi, — leki wewnętrzne, które według Weissa (*Heilkunde*, 1904, Z. 12, grudzień) podzielić można na 4 gromady: 1) przetwory salicylowe, których działanie trudno wytłómaczyć teoretycznie; 2) diaminy, mające wprawdzie własność rozpuszczania kwasu moczowego, lecz o których niewiadomo, czy własność tę zachowują i w samym ustroju; 3) kwas chinowy i jego przetwory, co do których pożytku zdania są sprzeczne; 4) związki formaldehydu, tworzące w ustroju łatwo rozpuszczalne połączenia z kwasem moczowym; należą tu urotropina i cytaryna. Urotropina zdaje się być stosowniejszą w przypadkach kamicy moczanowej, cytaryna zaś zdaje się lepiej zapobiegać i usuwać złogi w tkankach. W. używał cytaryny w 20 przypadkach; tylko jednak w 14 z nich mógł dokładnie sprawdzać jej działanie i na ich podstawie orzeka, że lek ten działa istotnie i głównie w zaostrzeniach się bólów dnawych; natomiast w przypadkach przewlekłych działanie jego raz bywa wybitne, kiedyindziej zaś nie jest wyraźne. Wogóle zaś zauważa W., że dopóki nie będzie wyjaśnioną stanowczo przyroda zaburzeń wymiany materyi w dnie, dotąd będzie szwankować i teorya działania leków wewnętrznych, których widoczny skutek polega tylko na ukojeniu bolów. Pamiętając zaś o tem, że niemała część dolegliwości dnawych zależy nie od samych złogów dnawych, ale od następowych stwardnień włóknistych, należy nigdy nie zaniedbywać fizycznych sposobów leczenia (leczenie mułowe, kąpiele siarczane, miesienie, gimnastyka). Dobre wyniki z podawania cytaryny osiągnął także Floret (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, 1). w 6 przypadkach. Również Baaz (*Zeits. f. ärztl. Fortbild.* 1905, 4) usunął zapomocą cytaryny ostre napady dny w 2 przypadkach bardzo szybko. Zwykła dawka cytaryny wynosi 2 g.; w czasie napadu dny podaje się 3—4 dawek dziennie. *B.*

Gonosanu użył Prof. Zeissl (*Wiener med. Presse* 1905, 7) u 116 chorych swej kliniki. Tylko u 3 musiał przerwać leczenie gonosanem z powodu zaburzeń trawienia (bolu w okolicy pępka). Przez pierwszych 14 dni rzeżączki brali wszyscy chorzy tylko gonosan, miejscowo zaś zaczynano leczenie dopiero w trzecim tygodniu. Już po 24 godz. podawania gonosanu można było stwierdzić składniki żywiczne w moczu. Ze wspomnianych 3 chorych, którzy skarżyli się na dolegliwości żołądkowe, można było u 2 po 2-dniowej przerwie do leku powrócić; tylko jeden wcale go i po przerwie nie znosił. Pokrzywki, zdarzającej się po środkach balsamicznych, po gonosanie ani razu nie było. Powikłania zdarzyły się 5 razy, zanim zaczęto leczenie miejscowe (3 zapalenia najądrza, 2 zapalenia pęcherza). Wzwody prącia gonosan nie zawsze usuwa. Z. uważa gonosan za lek lepszy od terpentyny i olejku sandałowego. *L.*

Zamiast **wód do oczu** proponowano już dawniej rozczyny olejne leków (Deval, 1850). W nowszych czasach powrócił do tej myśli Panas ze względu na łatwą rozpuszczalność alkaloidów w olejach, łatwe zastosowanie, trwałość rozczynów, a wreszcie aseptykę. Wolffberg i Sommer (*Woch. f. Ther. und Hyg. des Auges*, 1903, 15 i 1904, 28) chwalą bardzo olejne rozczyny ezeryny i kokainy. Daxenberger zaś (tamże, VIII. 10) używał w leczeniu chorób brzegu powiekowego i spojówek oleju aristolowego, t. j. 10% rozczynu aristolu w oleju łogowym. W cierpieniach brzegu powiekowego (*blepharitis* i t. d.) zastępuje ten lek z korzyścią dotychczas używane maści. Smaruje się nim 2 razy dnia zapomocą jałowej gazy lub waty brzeg powiekowy. W zapaleniach spojówek wkrapla się 1—2 × dnia po 2—5 kropli tak, jak zwykle wody oczne; podobnie używa się go w powierzchownych urazowych wrzodach rogówki i przy oparzeniach wapnem. Działanie zdaje się być lepsze, niż innych wkraplań; nadto wkraplania olejne wcale nie są przykre dla chorego. Olej aristolowy znajduje się w handlu już wyjałowiony; utrzymuje się latami bez zmiany. *B.*

Wyprysk w okresie zapalenia i nacieku leczy się (*Münchener med. Wochenschrift*, 1904, 30) zwykłymi sposobami, natomiast w okresie sączenia (*eczema madidans*) zaleca zamiast powszechnie używanej maści Hebry — pastę lenigallolowo-cynkową. Środek ten usuwa natychmiast swędzenie, a po 2—3 dniach sączenie. Pastę (z początku 10%, potem 20%) nakłada się na skórze na grubość tylca noża i pokrywa watą lub opaską, albo zasypuje proszkiem krochmalu. Rano i wieczór zmywa się starą pastę wazeliną. Do doleczania smolowego nadaje się zdaniem M. najlepiej antrasol, jako środek nie drażniący, a przytem prawie bezwonny. *Ln.*

Rzeżączkę cewki moczowej **u kobiet** leczy Runge (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 5) obecnie w sposób następujący: Odrazu podaje gonosan (3 × dnia po 2 kapsułki), równocześnie z odpowiednią dyetą. Po 2—3 dniach, gdy objawy ostre złagodnieją, nie przerywając leczenia wewnętrznego. rozpoczyna R. wstrzykiwania 10% protargolu: raz dnia 1 cm.³. Gdy z wydzieliny zniknął gonokoki (zwykle 7—9 dnia), usuwa R. zwolna protargol, zastępując go codziennem (stopniowem) wstrzyknięciem 12—20 cm.³ rozczynu Ricorda (*Plumb. acet. Zinc. sulf. aa* 2·0: 200·0). Do wstrzykiwań protargolu korzystnie jest używać strzykawki z nasadką celuloidową Fritza, której końcowe zgrubienie nie dozwala dostać się wstrzykiwanej cieczy do pęcherza, tak że musi ona przez boczne otworki wypływać na błonę śluzową cewki. U mężczyzn zaleca protargol ponownie bardzo gorąco Juliusberg (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 4). Badał on w klinice Neissera we Wrocławiu na 30 chorych, czy zarzuty, podnoszone przeciw siarkanowi cynkowemu (ulubionemu do dziś środkowi wśród lekarzy-praktyków) nie są przypadkiem przesadne i przekonał się, że u większości chorych dwoinki rzeżączkowe nie znikły z wydzieliny nawet po 10—17 dniach stosowania siarkanu cynkowego; usuwał je dopiero protargol. Dlatego siarkan cynkowy należy w leczeniu ostrych rzeżączek zupełnie zarzucić; natomiast może on być użyteczny w doleczaniu. J. zaleca w ostrej rzeżączce wstrzykiwać ¼—½% rozczyn protargolu (z dodatkiem 3% antypiryny), 3—4 × dnia na 10—15, a nawet 30 minut. Rozczyny te muszą być zawsze sporządzane „*frigide et recenter*". *B.*

Bromipinę podawał Hirschkron (*Allg. Wiener med. Ztg.*, 1904, 45) w padaczce (w postaci tabletek t. zw. „bromipin. solidum sacchar." po 5—6 dziennie, lub w płynie — łyżeczkami), w pląsawicy i w parestezyach narządu moczowego. Skutek był conajmniej równy działaniu innych przetworów bromowych, które bromipina jednakże tem przewyższa, że, jak się zdaje, nie wywołuje bromicy, nie zadrażnia przewodu pokarmowego, a dzięki zawartości tłuszczu poprawia odżywienie. *M.*

Bizmutoza ma mieć nad powszechnie używanym azotanem bizmutu (*bism. subnitr.*) tę wyższość, że wiąże więcej kwasu solnego, jest mniej trującą, dłużej działa ściągająco i niema metalicznego smaku, oraz nie drażni błony śluzowej żołądka i jelit. Z tych względów podawano ją w klinice Baginskyego w Berlinie w ciągu 1½ roku około 400 oseskom, a Nathan (*Arch. f. Kinderh.*, T. 29), zdając z tego sprawę, uważa wynik prób za pomyślny. Jako najodpowiedniejszą formę stosowania leku zaleca N. dawkę dzienną, zwykle 6·0, miesza się z 30 cm.³ cienkiego, czystego kleiku owsianego, z czego co 2 godziny po silnem skłóceniu płynu podaje się, lekko ogrzawszy, po łyżeczce od herbaty (= 0·5—1·0 *pro dosi*). Ocena leku jest utrudnioną nieco przez to, że na wynik leczenia znacznie wpływa stosowna dyeta, równocześnie przestrzegana. W ostrych nieżytach podawano bizmutozę dopiero po 3—4 dniach dyety i po leku przeczyszczającym. Ściągające działanie bizmutozy prawie zawsze wybitne. U starszych dzieci (2—5 letnich) stwierdził N. pod wpływem bizmutozy (co 2 godz. na koniec noża) zawsze szybkie i trwałe wyleczenie nieżytów jelit. *K.*

Jodypina działa według Schönbauma (*Berl. klin. ther. Wochs.*, 1904, 47) [w dawce 2 łyżeczek dziennie 10% przetworu, lub w postaci codziennego wstrzyknięcia 10 cm.³ 25% przetworu pod skórę] jednostajniej, a dłużej od innych przetworów jodu

w późnych formach kiły, w dychawicy oskrzelowej i w miażdżycy. Przewyższa ona nadto owe przetwory tem, że nie drażni żołądka, ani nerek. Zdanie S. jest zgodne z zapatrywaniami Serenina, Wodjagina, Szczerby, Wiewiorowskiego i Preobrażeńskiego, objawionemi w toku dyskusyi w Tow. lek. moskiewskiem (*Wraczebn. Gaz.*, 1904, 11 i *Allg. med. Central-Ztg.*, 1904, 36). Stenner (*Allg. med. Ctrl. Ztg.* 1905, 2) zaleca również jodypinę u chorych, nie znoszących innych przetworów jodu, podając, że Prof. Demetriade w Jassach stosował jodypinę z powodzeniem u 14 chorych na kiłę, w 4 przypadkach łuszczycy (jeden niewyleczony) i w 2 przyp. twardziny skóry (*siledornia*). *M.*

Zamiast **wcierania** (przy leczeniu rtęcią) polecił Herxheimer klepanie, przez co rtęć ma się dostawać w skórę głębiej i szybciej, jak to H. udowodnił badaniami mikroskopowemi. Ponieważ sposób ten jest dla chorego i dla wcierającego dość uciążliwy, przeto Ledermann (*Deutsche med. Wochs.*, 1904, 42) proponuje zamiast tego mięsienie wibracyjne zapomocą odpowiedniego wałka, poruszanego elektrycznością. L. posługiwał się do wcierań podaną przez siebie resorbiną rtęciową. Przyrząd L. wyrabia Louis & Ledermann, Berlin N., Ziegelstrasse 28.

Czerwonkę radzi Kühnemann (*Deutsche Medizinal-Ztg.* 1904, 35) na podstawie 135 własnych spostrzeżeń leczyć w sposób następujący: W dwóch pierwszych dniach choroby 3 × dnia po łyżce oleju rącznikowego. Po dobowej lub dwudniowej przerwie podaje K. 3 × dnia po 1 gramie tannigenu, uważając go za dobry środek ściągający, natomiast odradza makowca. W późniejszym zaś okresie, zwłaszcza wobec zaburzeń żołądkowych, zaleca K. azotan bizmutowy (*bism. subnitr.* 3—4 × dnia po 1·0). W bardzo ciężkich przypadkach, gdy słabnie serce, jedynie skutecznem jest podskórne wlewanie fizyologicznego roztworu soli. W razie znacznych dolegliwości żołądkowych, czkawki, wymiotów niepowściągłych, podawać należy pokarmy płynne chłodzone, a z leków *Trae jodi 0 3, Kali jodati 5,0, Aq. dest. 120·0*, 3 × dnia po łyżce. Brzuch muszą chorzy utrzymywać ciepło; okłady lodowe, n. p. w razie bolów, najczęściej stan pogarszają. Dyeta musi być płynna, najlepiej kleik jęczmienny; mleko, jeżeli je chory znosi. W drugim tygodniu można próbować, jeżeli stan się poprawia, sago na mleku, rosołu z tapioką, jaj na miękko, niesłodzonego kakao; do tych pokarmów można dodać somatozy, ale nie więcej nad łyżeczkę i to nie stale. Jako napój poleca K. wodę białkową. Po pojawieniu się prawidłowych stolców należy jeszcze przez tydzień przestrzegać płynnej dyety. *L.*

Neuronal (bromdietylacetamid) należy do grupy związków chemicznych, dopiero niedawno na zasadzie teoretycznych wniosków, popartych doświadczeniami, zaleconych jako leki nasenne przez Schultzego (*Münch. med. Wochs.*, 1904, 25). Neuronal jest białym krystalicznym proszkiem, topiącym się w 66—67°, rozpuszczalnym łatwo w eterze, alkoholu i oliwie, w wodzie zaś w stosunku 1: 115. Smak ma gorzki, chłodzący. Ze względu na znaczną zawartość bromu (41%) próbował Rixen (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, 48) działania neuronalu u 80 epileptyków w zakładzie w Wuhlgarten i uważa ten lek w dawce 1,0—2,0, w cięższych przypadkach 3,0—4,0, za dobry środek w podnieceniu padaczkowem i w ponapadowych bolach głowy. Schulze podawał neuronal 43 chorym, zazwyczaj w dawce 0,5, wyjątkowo 1,0. Gorzki smak neuronalu łatwo usunąć, popijając lek wodą. Sen następował łatwo po krótkim okresie uczucia znużenia. U chorych, trapionych bolami, sen był przerywany; u 7 chorych lek wcale nie działał; z tych u 4 (bole przy nowotworach i t. d.) działała tylko morfina, z 3 innych jeden zasypiał jednak po chloralu, drugi po veronalu. Naodwrót znów działał neuronal dobrze u kilku chorych, u których nie skutkowały żadne inne leki nasenne. U 5 chorych działanie neuronalu było zmienne. Bolu — według spostrzeżeń S. — neuronal nie koi; w jednym przypadku padaczki korowej zmniejszał neuronal liczbę napadów. Działania zbiorowego S. nie zauważył; ze skutków ubocznych spostrzegał S.: u 3 chorych uczucie oszołomienia po obudzeniu się ze snu, u 1 chorego wymioty po zażyciu leku, u 1 chorej osutkę pokrzywkowatą. (*Therapie der Gegenwart*, 1905, 1). *K.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 22 marca 1905 r.

Przewodniczący: kol. doc. Rutkowski. Obecnych członków 50.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Wybrano jednogłośnie na członka Dra Jana Stopczańskiego.

III. Uchwalono wręczyć adres p. Stan. Wyspiańskiemu z podpisami wszystkich członków Towarzystwa.

IV. Członkom Komisyi Słownikowej uchwalono wręczyć adresy, a fotograficzne ich podobizny umieścić w czytelni Domu Towarzystwa.

V. Na członków honorowych zaproponowano: kol. Rektora Browicza i kol. prof. Nowaka.

VI. Kol. redaktor Kwaśnicki udziela rzeczowych wyjaśnień w sprawie interpelacyi kol. Eisenberga.

VII. Na wniosek kol. prof. Wachholza uchwalono, jednogłośnie wyrazić uznanie kol. prof. Nowakowi za utworzenie Komisyi referatowej, a kol. redaktorowi Kwaśnickiemu za udzielenie szczegółowej odpowiedzi w sprawie powyższej interpelacyi.

VIII. Kol. Eisenberg wygłasza zapowiedziany wykład: „Przyczynek do etyologii nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych“. Jakkolwiek przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nie należą do nadzwyczajnie rzadkich, to jednak badanie etyologiczne w każdym z nich dotąd jeszcze ma pewne znaczenie, a to natyle dyagnostyczne wobec dość charakterystycznego obrazu klinicznego, ile teoretyczne wobec niezupełnie jeszcze ustalonych poglądów na etyologię tego cierpienia. Po okresie, w którym pneumokoki niepodzielnie w niej panowały, odkrycie Weichselbauma zwróciło uwagę na swoisty drobnoustrój w postaci tak zw. meningokoka śródkomórkowego. Obecność jego w wysięku oponowym stwierdził po nim cały szereg badaczy, zarówno mikroskopowo, jak zapomocą hodowli, jednak podczas gdy jedni (Kiefer, Kister, Kiszenski, Wilms, Councilman Mal, Cory i Wright, Bassve, Herrich, Hirsch, Faber, Bonhoff, Lewkowicz, Albrecht i Ghon) zgodnie z Weichselbaumem opisują własności biologiczne i mikrochemiczne uzyskanych hodowli i stwierdzają wybitną stałość tych własności; drudzy z Jägerem na czele (Heubner, Holdheim, Müller, Urban, Kamen, Mayer, Hünermall, Grad Wohl) opisują swe hodowle, jako dość zmienne w swych własnościach i czasem dość znacznie oddalające się od typu Weichselbauma. Ostra polemika, stoczona niedawno przez Weichselbauma i jego uczniów z jednej, a Jaegera i Heubnera z drugiej strony, jeszcze ostrzej zaznaczyła różnice te poglądów, a z drugiej strony wykazała właśnie potrzebę liczniejszych a ścisłych badań z różnych stron celem stwierdzenia, który z opisów meningokoka jest uzasadniony i ma być uważany za autentyczny. Wynik badania trzech przypadków, spostrzeganych w ciągu ostatniego miesiąca w szpitalu izraelickim ma właśnie stanowić przyczynek do wyłuszczonego wyżej, bardzo zajmującego pytania. Za łaskawe przekazanie tych przypadków i za dostarczenie danych, ich dotyczących, jestem bardzo zobowiązany kol. Drowi Janowi Landauowi, kierownikowi oddziału chorób dzieci w tymże szpitalu. Badałem przedewszystkiem mikroskopowo i zapomocą hodowli płyn, uzyskany z nakłucia lędźwiowego, dokonanego przez kol. Dra J. Wachtla. We wszystkich trzech przypadkach, które klinicznie przedstawiały typowy obraz chorobowy, w osadzie płynu stwierdziłem typowe zupełnie meningokoki w postaci dwoinek, bułeczkowato przypłaszczonych, o różnej wielkości i różnej intenzywności zabarwienia, stale i typowo odbarwiające się metodą Grama i Claudiusa. Zgodnie z Lewkowiczem znalazłem, że większość ciałek białych wysięku stanowiły wielojądrzaste. Co się tyczy stosunku meningokoków do ciałek, w dwóch przypadkach mogłem stwierdzić szczególne ich zachowanie się; w jednym (przyp. II gi) o przebiegu bardzo łagodnym i pomyślnem zejściu meningokoki były wyłącznie znajdowane we wnętrzu ciałek; w drugim, który przedstawiał obraz bardzo ciężki, a skończył się śmiertelnie w 3 dniu choroby, a w niespełna 8 godzin po nakłuciu, ziarniaki znajdowały się prawie wyłącznie poza komórkami. Spostrzeżenie to zdawałoby się stwierdzać teoryę Miecznikowa co do wpływu i znaczenia fagocytozy dla przebiegu i zejścia chorób zakaźnych; o ileby zaś potwierdziło się na obszerniejszym materyale, dałoby może podstawę do rokowania na zasadzie obrazu mikroskopowego. Zapomocą hodowli na płytkach agarowych, na agarze zwykłym, glicerynowym, cukrowym i na surowicy Loefflera uzyskałem we wszystkich trzech przypadkach typowe meningokoki. Typowe odbarwienie się zapomocą metody Grama, Claudiusa, niejednostajne barwienie się poszczególnych dwójek czy czwórek, nierówna ich wielkość, krótka żywotność hodowli, delikatny wzrost na agarze, minimalny na bulionie i ziemniaku, brak wzrostu w ciepłocie pokojowej, mała chorobotwórczość, oto cechy, które pokazują, że mamy przed sobą typ Weichselbauma. W następnych pokoleniach

nie mogłem stwierdzić zmienności cech i powolnej ich przemiany ku typowi saprofitycznemu, jak to utrzymuje Jaeger. Hodowle, zaszczepione myszkom białym w znacznej ilości do otrzewnej (cała hodowla na surowicy), wywołują śmierć w ciągu 24 godz.; ze krwi serca, z wątroby, śledziony i skąpego wysięku otrzewnowego wyrastają czyste hodowle meningokoka. Tak tedy zestawiając te trzy przypadki ze sześcioma, opisanymi przez Lewkowicza, dochodzimy do wniosku, że i u nas przy nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych znachodzimy meningokoka typu Weichselbauma i musimy przyjąć wraz z Weichselbaumem i jego szkołą, że odmienne opisy Jaegera i innych autorów odnoszą się do zanieczyszczeń hodowli albo ziarniakami powietrznymi lub skórnymi, albo *M. catarrhalis* Pfeiffera. Wreszcie chciałbym jeszcze wspomnieć o badaniu śluzu nosowego, dokonanem w 1-ym przypadku; w preparacie przedstawiał on prawie czystą hodowlę ziarniaków, niczem się nie różniących od meningokoków, ułożonych w dwójki i czwórki, odbarwiających się Gramem, obok nich nieliczne grudki laseczek małych, przypominających grypowe. Hodowle uzyskane również bardzo przypominały meningokokowe, tylko większa ich bujność i żywotność, wzrost w ciepłocie pokojowej i nieco większa odporność wobec metody Grama wskazały, że mamy do czynienia z *micr. catarrhalis* Pfeiffera. Spostrzeżenie to podobnie, jak liczne a systematyczne poszukiwania Ghona i Pfeiffera, wskazuje na konieczność bardzo krytycznego odnoszenia się do meningokoków, znajdowanych w jamie nosowej przez cały szereg autorów. Trzy przypadki, wyżej omówione, nie są bynajmniej odosobnione w naszem mieście i z danych zebranych u kilku kolegów wynika, że w ostatnim miesiącu mieliśmy około 20 przypadków tej choroby, wobec czego nie jest bynajmniej wykluczonem, że miasto nasze, które ma smutny przywilej częstszych epidemii zapalenia opon, stoi znowu u początku takiej epidemii. Pora roku i rozpołożenie przypadków przypomina morderczą epidemię z r. 1893, byłoby tedy wskazanem, aby powołane czynniki zawczasu sprawą tą bliżej się zajęły.

W dyskusyi zabierali głos koll. prof. Ciechanowski, Lewkowicz i Borzęcki.

IX. Kol. Teodor Cybulski wygłasza zapowiedziany odczyt: „Przyczynek do etyologii czerwonki“. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi podkreśla kol. prof. Ciechanowski znaczenie faktu, że kol. prelegent uzyskał doświadczalnie (i to podając hodowle zarazka przez usta) u zwierząt zmiany anatomiczne, niezmiernie zbliżone do zmian, właściwych samoistnej ludzkiej dysenteryi, a dotychczas w tym stopniu i w ten sposób nie uzyskane. Aby uzyskać zmiany jeszcze znaczniejsze z głębokiemi owrzodzeniami, należałoby może próbować przedłużyć przebieg doświadczalnego zakażenia, jako też uciec się do współdziałania zarazka dysenteryi n. p. z jadowitymi paciorkowcami. — Kol. prof. Ciechanowski prosi prelegenta, by podjął w tym kierunku próby.

Kol. Eisenberg. Spostrzeżenie kol. prelegenta poza rozszerzeniem wiadomości naszych o jadzie czerwonkowym ma też w zestawieniu z badaniami licznych autorów nad znaczeniem etyologicznem bakteryi typu Flexner i nad etyologią tak zw. biegunek letnich u dzieci, znaczenie zarówno teoretyczno-patologiczne, jak praktyczno-epidemiologiczne. Prace Flexnera i jego uczniów Veddera i Duvala, Gaya i Duvala, Hastingsa, Jürgensa, Leinera i innych wskazały, że obok bakteryi typu Shiga-Kruse, bakterye blizko z niemi spokrewnione mogą wywoływać identyczny obraz chorobowy czerwonki, już to same, już to łącznie z tamtymi. Badania Howlanda, Duvala, Schorera, M. Wollstein, Cordesa, Parka, Collinsa, Joodwin, Duvala i Basseta, Hissa i Russella znowu wskazują, że w tak zw. biegunkach letnich dzieci, t. j. w chorobie, klinicznie zbliżonej do czerwonki, od niej jednak dającej się odróżnić, występują znowu oba typy bakteryi czerwonkowych i to przeważnie bakterye typu Flexner-Manilla. Wynika stąd z jednej strony, że pewne, dość ściśle określone obrazy chorobowe mogą być wywoływane nie przez jeden gatunek bakteryi, lecz przez dwa lub więcej spokrewnionych gatunków, że tedy pokrewne te bakterye, działające na ten sam ustrój, wywołują podobny lub identyczny odczyn ze strony tego ustroju, odczyn, który klinika ujmuje jako pewien określony obraz chorobowy. Zjawisko to, spostrzegane również w grupie bakteryi durowych i rzekomo durowych, gdzie bakterye blizko spokrewnione wywołują klinicznie jednolity obraz duru brzusznego, zostało niedawno w nader ważnej i ze wszechmiar nader ciekawej pracy bliżej opisane i ujęte w formę tak zw. prawa „korrelacyi etyologicznej“ przez rodaka naszego Żupnika. Z drugiej strony spostrzeżenia te pokazują, że ten sam gatunek bakteryi może wywoływać nawet w tych samych narządach sprawy chorobowe różnego nasilenia, które czasem nawet klinika będzie musiała rozróżniać jako odrębne obrazy kliniczne. Od cięższych postaci czerwonki poprzez lżejsze biegunki u dzieci, aż do przypadków, również opisanych, gdzie objawy kliniczne są minimalne lub żadne i gdzie tylko hodowla lub odczyn biologiczny wskazują na obecność bakteryi czerwonkowych i działanie ich na ustrój, prowadzi nieprzerwany łańcuch przejść, którego ogniwa krańcowe, choć etyologicznie do siebie przynależne, klinicznie zupełnie wybitnie od siebie się różnią. Właśnie te ostatnie przypadki, najczęściej uchodzące uwagi nietylko lekarza, higienisty, lub czasem nawet samego „pacyenta“, ze względów epidemiologii i zapobiegania chorobie nader są ważne i one to w epidemiach często stanowią ogniwa, łączące przypadki zupełnie typowe, a pozornie żadnego związku ze sobą nie okazujące; one też często dadzą powód do szerzenia się choroby, a najskuteczniejsze środki zapobiegawcze okażą się bezsilnymi, o ile kierują się tylko przeciw wypadkom klinicznie wyraźnym, a pominą te ukryte, a jednak niebezpieczne rozsadniki choroby. Spostrzeżenia uczniów Kocha nad durem brzusznym wskazują, że i w tej chorobie tacy „roznosiciele bakteryi“ (Bacillenträger) odgrywają wielką rolę, podobnie jak to niegdyś sam Koch wykazał dla cholery. Odnośnie do podniesionego przez kol. prelegenta znaczenia, jakie dla swoistego leczenia czerwonki miałoby ścisłe rozpoznanie, z którym typem ma się do czynienia w każdym poszczególnym przypadku, wskazuje kol. Eisenberg na pracę swą „O pokrewieństwie różnych typów bakteryi czerwonkowych“. (Przegląd lek. 1904). W pracy tej, wychodząc z tego samego założenia, a uwzględniając trudność szybkiego rozpoznania etyologicznego i stąd wynikające opóźnienie w działaniu leczniczem, podniósł Eisenberg myśl wytwarzania surowicy wielowartościowej przez uodparnianie równoczesne zapomocą obu typów; surowica taka mogłaby działać w każdym przypadku czerwonki laseczkowej bez względu na typ wywołujący, jak również w przypadkach, gdzie oba typy występują obok siebie. O ileby taka surowica, którą prof. Bujwid wraz z Eisenbergiem wytwarza, okazała należytą siłę i sprawność leczniczą, poruszona kwestya byłaby rozwiązaną.

Kol. Gertler: Prelegent wyróżnił otrzymany przez siebie prątek czerwonki, jako szczep Flexner-Manilla w ten sposób, że prątek okazał aglutynacyę w bardzo nizkich granicach z surowicą, otrzymaną szczepem Shigi (kol. Doc. Droby), zaś zapomocą surowicy zakładu prof. Bujwida wystąpiła aglutynacya w bardzo wysokich granicach. Ponieważ się często zdarza przy innych mikrobach, n. p. durowych, że prątek, który z początku nie daje się zaglutynować surowicą przeciwdurową, otrzymuje własności aglutynacyjne dopiero przez przeszczepienie wielokrotne z jednej pożywki na drugą, lub przez przeprowadzenie go przez ustrój zwierzęcy, kol. G. zapytuje prelegenta, czy takie doświadczenia przeprowadził otrzymanym przez siebie drobnoustrojem? Przez szereg takich doświadczeń okazaćby się mogło, że prątek szczepu Flexner-Manilla z powodu zmian środowiska mógłby się dobrze zaglutynować surowicą, otrzymaną zapomocą prątka szczepu Shigi, chociaż poprzednio tej własności nie posiadał.

Kol. Doc. Droba zaznacza, że do wywodów kol. Cybulskiego nic dodać nie może. Podobnie jak wywody i wnioski, przedstawiane w odczycie, są przejrzyste i jasne, tak badania i doświadczenia były czyste i solidne. Wprawdzie kilku autorów ogłosiło szereg przypadków, w których drogą hodowli stwierdzono w kale chorych szczep Flexnera, ale żadnemu z nich nie udało się wykazać doświadczalnie na zwierzętach, że jest on w stanie dać obraz kliniczny i anatomo-patologiczny czerwonki. Tego dokonał kol. prelegent i dlatego wyniki badań, które przedstawił, mają w badaniach etyologii czerwonki dodatnie znaczenie i stanowią jeden krok naprzód w rozświetleniu sprawy, która od czasów odkrycia Shigi i Krusego zaczęła się znowu zaciemniać.

Kol. Bier, nawiązując do uwagi kol. Eisenberga, że lekkie przypadki czerwonki, nie określone przez ludność, jako pozostające w związku z endemią, mogą być rozsadnikiem choroby, stwierdza, że zdanie to wypowiedzieli na zeszłorocznym Zjeździe Towarzystwa dla higieny publicznej, tak referenci, wyznaczeni dla kwestyi czerwonki, jak i bakteryolodzy i higieniści, zajęci tłumieniem czerwonki, tak w zachodnich, jak i wschodnich Niemczech. Jeżeli dla szybkiego i racyonalnego tłumienia cholery, duru i błonicy nie można się obecnie obejść bez badania bakteryologicznego osób, podejrzanych o lekki przebieg tych chorób, to do szeregu chorób, których tłumienie racyonalne i skuteczne zależy od współdziałania bakteryologa, zaliczyć należy jeszcze

i czerwonkę. Praktycznie rzecz tę spełniać już zaczynają zakłady higieniczne, położone na wschodniej granicy Niemiec, w Królewcu, Gdańsku, Poznaniu, Wrocławiu, posiadając specyalnych w tym celu asystentów. Pragnąćby należało, by i w kraju naszym, nawiedzanym często przez czerwonkę, władze sanitarne posługiwać się mogły w swej działalności zapobiegawczej odpowiednio urządzonymi zakładami.

Kol. prof. Bujwid: Wielka szkoda, że dotąd w Austryi nie wprowadziło Ministerstwo spraw wewnętrznych dawno zamierzonego otwarcia przy zakładach higieny osobnych gabinetów do badania chorób zakaźnych, otwartych dla lekarzy i publiczności za małą opłatą lub bezpłatnie, jak to zrobiono w Niemczech. W zakładach tych każdy łatwo może sprawdzić rozpoznanie. Nasz zakład w miarę możności wykonywa takie badania, ale do należytego funkcyonowania potrzeba osobnej umiejętnej obsługi i pomocy.

W odpowiedzi prof. Ciechanowskiemu przyznaje prelegent, że aczkolwiek zmiany w jelitach są tak charakterystyczne, jakie wyjątkowo tylko doświadczalnie udaje się otrzymać, są zmianami pierwszych okresów, co się tłómaczy gwałtownym przebiegiem, gdyż cała choroba trwała wraz z okresem wylęgania 7 do 8 dni.

Podniesiony przez kol. Eisenberga fakt, że Basset, Hiss, Russel, Duval i inni znajdowali prątka Flexner-Manila w biegunkach letnich u dzieci, nie osłabia, zdaniem prelegenta, jego znaczenia, gdyż wiadomo, że i w przewodzie pokarmowym zdrowych ludzi można wykazać bardzo jadowite drobnoustroje (n. p. cholera), szczególnie podczas epidemii. Z drugiej strony bardzo jest możliwem, że prątki dysenteryczne w niekorzystnych dla siebie warunkach wywołują tylko zmiany nieżytowe, gdyż i w typowych przypadkach cierpienie zaczyna się objawami ostrego nieżytu kiszek. Doświadczenia, podniesionego przez kolegę Gertlera, prelegent nie przeprowadzał, gdyż chodziło mu tylko o stwierdzenie tożsamości wyhodowanego prątka. O ile prelegentowi wiadomo, znajdowano ten objaw przy paciorkowcach.

X. Z powodu spóźnionej pory odczyt kol. doc. Majewskiego został odłożony do przyszłego posiedzenia.

Pisarski, sekretarz doroczny.

VIII. Rozwój medycyny francuskiej w ubiegłych stu latach [1]).

Przyczynek do dziejów medycyny.

Skreślił

Dr. Adam Langie.

„La science ne suit pas une ligne droite dans sa marche progressive, elle revient souvent sur elle-même et tout en progressant, semble parfois rentrer en arrière et remonter vers sa source“. Flammarion.

I. Rola Francyi w ogólnym dorobku cywilizacyjnym stulecia.

Wiek XIX pozostanie na zawsze wielką epoką, bo jakiekolwiek niespodzianki przynieść mogą przyszłe stulecia, nie da się zaprzeczyć, że nigdy przedtem zdobycze ducha ludzkiego w tak szybkiem nie postępowały tempie, nigdy nauka tak szerokiem nie płynęła korytem, nigdy nie ujarzmiła tak sił przyrody dla celów ludzkości. To też w ciągu ubiegłych stu lat wiedza stwarza coraz to inne bogactwa, stara się na każdem polu oddalić od człowieka wszelkie przypadki, zastępując coraz bardziej błędy dawnej rutyny uzasadnionem postępowaniem. Zmiany, rozciągające się do wszystkich objawów życia społecznego, wyrażają się nieustannym wzrostem świadomego obejmowania coraz to większych obszarów zaspokojonych już potrzeb i niezaspokojonych jeszcze pragnień. I nie dosyć, że niemal rok każdy przynosi nowe doniosłe wynalazki, ale rozpowszechnienie ich następuje z taką szybkością, że my, dzieci tego wieku, pojąć nawet nie możemy, jak ludzkość mogła się bez nich tak długo obchodzić. Nie będzie zatem przesadą, jeżeli powiemy, że w ciągu minionych stu lat wszystkie gałęzie wiedzy ludzkiej postąpiły o wiele więcej naprzód, niż w ciągu 23 wieków ubiegłych od czasu pierwszych greckich uczonych.

Na czele zaś kroczy Francya, w której pod koniec XVIII stulecia dokonał się ów olbrzymi przewrót społeczny, zmieniający do gruntu całe życie narodów; przewrót, z którego, jako logiczne następstwo, wypływają późniejsze zdarzenia dziejowe — przewrót, którego echa i dziś jeszcze po stu latach dosłuchać się można w nowych prądach, pragnących zapewnić znośny byt i względne szczęście na ziemi każdemu bez wyjątku człowiekowi. Słusznie powiedział historyk francuski, że wiek XIX jest: »*l'héritier direct des penseurs, des philosophes et des illuminés, qui amenèrent 1789, puis 1793*«.

Medycyna, będąca jednym odłamem ogólnej kultury danego narodu, stojąca w związku z postępem wszystkich nauk ścisłych, jest zależną bezpośrednio od stopnia tej kultury, od pojęć i zapatrywań na zjawiska przyrody, od filozoficznego wreszcie rozwoju ducha narodu, — a jako nauka, wymagająca spokojnych badań i zasobnych środków do pracy, zależy też pośrednio od ukształtowania stosunków politycznych państwa, w którem ma kwitnąć lub upadać.

Kultura we Francyi różne losy przechodzi z biegiem XIX w., stosownie do wydarzeń dziejowych w kraju. Są chwile, kiedy przygłusza ją groźne echo surm bojowych, kiedy zdaje się upadać pod brzemieniem krwawego widma powtarzających się zaburzeń domowych, a jednak zawsze w końcu wypływa, i nadrabiając szybko czasowe zaniedbanie, wyprzedza dorobek innych narodów europejskich, zdobywa górujące stanowisko, aby z wysokiego piedestału rzucać jasne światło na cały świat, ogrzewać bliższych i dalszych sąsiadów, dając im obfitą karm duchową i budząc z wiekowego uśpienia.

Z początkiem XIX wieku monarchia wojskowa, stworzona wolą jednego człowieka, zamienia kraj w grzmiący hukiem dział obóz wojenny. Francya staje się wedle słów historyka: »*un immense régiment en marche à travers le monde*«. Ale po szeregu tryumfalnych pochodów tych zbrojnych zastępów, przed którymi „postrach szedł na mil tysiące i miast tysięcznych otwierał zawory“, a za którymi „dął nieprzeparty wichrowy huragan potęg zwycięskich i krzyczał: *victoria! victoria!*«, przychodzi klęska ze wszystkiemi następstwami. Kraj i naród opuszcza swe bożyszcze, strącone w szeregi zwykłych śmiertelników; lud wyniszczony długiemi latami ciągłych wojen, pragnie spoczynku, żąda pokoju. Cesarstwo, do niedawna otoczone blaskiem niemal nadprzyrodzonego uroku, znika w jednej chwili, gdy bitwa narodów pod Lipskiem i Waterloo dowiodła, że wielki bóg wojny przestał być niezwyciężonym. Stary ród królewski powraca do stolicy, uważając ją za wyłączną swą własność, a potomkowie jego nie liczą się ani ze zmianą, dokonaną w umysłach przez 25 lat ich nieobecności, ani z tymi nowymi ludźmi, którzy zdobyli Francyi nieśmiertelną sławę. Więc też nie długo już mogą się ostać przedstawiciele starych pojęć, bo chociaż Ludwik XVIII umiera na tronie, to nie doczekał tego żaden jego następca. Mimo pozorów władzy monarchicznej, właściwym panującym jest ciągle jeszcze rewolucya. To ona obala Karola X., to ona rodzi zamachy i pozbawia władzy Ludwika Filipa, to ona wreszcie wywraca drugie cesarstwo i stwarza trzecią Republikę. „*La liberté, c'est le cri du siècle*«.

W drugiej połowie XIX wieku nastaje we Francyi nowy zwrot polityczny. Lud, znużony wewnętrznymi przewrotami, upatruje w księciu Ludwiku Napoleonie monarchicznego obrońcę swobód demokratycznych, więc w głosowaniu dnia 21 i 22 listopada 1852 roku przywraca blizko 8 milionami głosów cesarstwo, tworząc nowy rząd, któryby, czerpiąc siły z władzy ludu i przed nim odpowiedzialny, przywrócił Francyi blask dawnej potęgi i wywiódł znów na te wyżyny, na jakich postawił ją geniusz pierwszego cesarza. Napoleon III, mimo wojen, jakie prowadził, był raczej człowiekiem pokoju, przeznaczonym więcej do pracowni myśliciela, niż do kroczenia na czele zbrojnych hufców śladami swego wielkiego stryja. Więc też za jego rządów Francya pod względem duchowym znów staje na przedzie narodów, bogactwo jej materyalne i dorobek kulturalny rosną, Paryż zdobywa naczelne stanowisko pośród stolic Europy. W mieście tem, nazywanem teraz »*Ville Lumière*«, kipiącem, co prawda, życiem, zabawą i rozpustą, kwitnie jednak bujnie prawdziwie głęboka nauka. Straszny cios, zadany Francyi pod Sedanem 2 września 1870 roku, sprowadza chwilową ruinę, z której jednak kraj ten, pełen sił żywotnych, dźwiga się nad podziw szybko i znów dzierży pierwsze miejsce, a stolica trzeciej Republiki staje się na nowo stolicą umysłowego i naukowego świata, któremu przewodniczy tak świetnie, jak gdyby pragnęła wedle słów Carteret'a: »*réparer sur bien des points les injustices et les oublis des générations antérieures*«.

2. Postępy na polu nauk ścisłych.

Wielka Rewolucya wywołała ogromny zwrot w kierunkach i nastroju. Odbija się to zarówno w sztukach pięknych; literaturze

[1]) Wyjątek z większej pracy, przygotowanej do druku p. t.: »Historya medycyny w XIX wieku« (*przyp. autora*).

i naukach. Ckliwa poezya okresu rokoko milknie wobec dźwięków brukowej pieśni »*Ça ira*«, i płomiennych strof „Marsylianki". Fantazya poetycka, odurzona szczękiem oręża i hukiem dział, szuka wawrzynów raczej w czynach, niż słowach, a jeżeli zrywa się do lotu, to po to, by opiewać krwawe epizody z pola walk, upajać się zachwytem dla rewolucyi, która przyniosła wolność, lub smagać gryzącą satyrą, jak Beranger, reakcyjne zapędy Restauracyi.

Za to nauki ścisłe, które jedynie z pośród wszystkich umiejętności cenił wielki cesarz, już w tym okresie zaczynają święcić swe tryumfy: więc też epoka napoleońska i następna bezpośrednia po jego upadku, szczyci się imionami uczonych wielkiej zasłużonej sławy. Prace znakomitych przyrodników, jak: Jussieu, który sztuczny układ Lineusza zastępuje naturalnym; Bonplan, towarzysz Humboldta, odkrywający 6000 nowych gatunków roślin; Candolle i Lamarck wznoszą podwaliny, z których rychło skorzystać ma sztuka lekarska, niemniej jak z prac anatomicznych Jerzego Cuviera lub doświadczeń nad polaryzacyą światła Dominika Franciszka Arago. Epokowe znaczenie mają badania Józefa Gay-Lussac'a nad własnościami gazów, alkaliów, jodu i chloru, oparte na niespożytych zasługach położonych w zakresie chemii przez poprzednika jego Lavoisier'a, który w roku 1794 pada ofiarą Rewolucyi. Wszystkie te prace przygotowują grunt do wielkiego rozwoju nauk ścisłych, które w 4-tym i 5-tym dziesiątku stulecia zajmują dominujące stanowisko i rugując upodobanie do spekulatywnej filozofii, dochodzą w drodze ścisłego spostrzegania faktów do uogólnienia praw, kierujących zjawiskami przyrody.

Historya umiejętności ścisłych we Francyi nie da się rozdzielić w tym okresie, wkraczającym już nawet w drugą połowę stulecia, od rozwoju tychże nauk w innych krajach, bo wyniki doświadczeń wielkich uczonych są międzynarodowe, łączą się i uzupełniają wzajemnie.

Nie bez wpływu zatem na badaczy francuskich pozostają prace Aleksandra Humboldta, obdarzonego zdumiewającym darem spostrzegawczym, mistrza ścisłych badań i klasycznego popularyzatora nauk przyrodniczych. Anglik Humphrey Davy odkrywa chemiczne działanie prądu elektrycznego, a Faraday ujmuje zjawiska te w ścisłe prawa. Następuje dalej odkrycie termoelektryczności przez niemieckiego uczonego Seebecka, zjawisk indukcyi przez duńczyka Örsteda, analizy spektralnej w r. 1860 przez Bunsena i Kirchhoffa; prace Ampere'a, Biota, Brewstera i Fraunhofera, wreszcie Fresnela, którego teorya ruchu falistego światła opiera na nowych zasadach naukę optyki. Mechaniczną teoryę ciepła głoszą równocześnie anglik Joule i słynny fizyk niemiecki Helmholtz. Niepce i Daguerre wynajdują fotografię, Liebig bada chemię organiczną i wartość środków spożywczych dla organizmu, a Robert Mayer, lekarz w Tybindze, wypowiada słynną zasadę niezniszczalności energii.

Widzimy więc, jak w krótkim czasie, bo obejmującym zaledwie połowę XIX wieku, coraz dokładniejszemi stają się spostrzeżenia, oparte na ścisłej naukowej metodzie, jak coraz bardziej wyłania się z nich wniosek, że wszystkie twory przyrody i niezliczone ich odmiany są wynikiem powszechnego procesu rozwojowego. Wyżej już przytoczony francuski uczony Lamarck dowodzi w dziele swem „Filozofia zoologiczna", że tak rośliny, jak i zwierzęta rozwijały się z biegiem czasu z postaci mniej złożonych. To samo wypowiada w swej „Filozofii anatomicznej Saint-Hilaire, a badanie komórki roślinnej i zwierzęcej nowe rzuca światło na rozwój istot organicznych. Poglądy wyrażone w pracy Lamarck'a zaczyna kontrolować mozolnemi doświadczeniami Karol Robert Darwin; długie lata zbiera materyały i pracuje nad powyższem zagadnieniem, aż wreszcie w roku 1859 wydaje słynne dzieło „O powstawaniu gatunków".

Praktyczne owoce wszystkich tych postępów na polu nauk ścisłych nie dają długo na siebie czekać. Technika osięga niebywałe dotąd wyżyny, elektryczność i para stają się powolnemi sługami człowieka. W 3-cim i 4-tym dziesiątku stulecia Europa pokrywa się siecią kolei żelaznych. Od roku 1807, kiedy to Fulton zbudował pierwszy statek parowy, Anglia i Ameryka zaprowadza w ciągu lat kilkunastu żeglugę parową, która, zwłaszcza po wynalezieniu śruby okrętowej przez czecha Józefa Ressela i zastosowaniu wynalazku tego przez anglika Smith'a, wypiera na wielkich liniach morskich niemal w zupełności dawne okręty żaglowe. Siłę elektryczną stosują Wheatstone, Siemens, Steinheil i Morse do zbudowania telegrafu, a wreszcie Jacobi do ruchu i oświetlenia. Fabrakacya przeróżnych machin, zastosowanych do celów praktycznych i naukowych, zyskuje ogromnie przez użycie siły pary, a przemysł żelazny wzrasta z nadzwyczajną szybkością, nadając wybitne piętno stuleciu, które nie bez słuszności, nazywamy „wiekiem stali i żelaza".

3. Ogólne fazy rozwoju nauk lekarskich.

Olbrzymi, szybki wzrost nauk przyrodniczych i rozwój metod ścisłego badania odbija się przedewszystkiem na medycynie, a odbija w znaczeniu dodatniem, gdyż z okresu niemowlęctwa, w jakiem pozostawała przez długi szereg stuleci, dźwiga ją i stawia w rzędzie poważnych umiejętności. Pod wpływem prac uczonych przyrodników i za przykładem innych nauk ścisłych medycyna odrzuca raz na zawsze zapleśniałe formułki, wysnute z teoretycznych rozumowań przy zielonym stoliku i zaczyna posługiwać się wyłącznie metodą doświadczalną, rozwiązując zapomocą niej najważniejsze zagadnienia biologiczne, dotyczące zdrowego ustroju i rzucające nowe światło na objawy patologiczne chorego.

Badania te, prowadzone umiejętnie przez nieposlednich uczonych, nagromadzają wkrótce tyle materyału, że siłą rzeczy powstają trzy zasadnicze działy, na których opierając się sztuka lekarska, robi olbrzymi krok naprzód i staje się prawdziwą nauką przyrodniczą. Fizyologia doświadczalna odsłania tajemnice żyjącego, rosnącego i rozwijającego się ustroju; dyagnostyka kliniczna, oparta na ścisłych badaniach anatomo-patologicznych, ułatwia rokowanie i leczenie, a patologia doświadczalna tłomaczy każdy objaw chorobowy w sposób, dający się kontrolować w pracowniach poza salą szpitalną. I jeżeli ujęcie dyagnostyki lekarskiej w ścisłe prawidła zawdzięczamy szkole wiedeńskiej, to stworzenie fizyologii doświadczalnej jest bezsprzecznie niemal wyłączną zasługą szkoły francuskiej, która też w dziale anatomii patologicznej i patologii ogólnej niemało przyczyniła się do ich rozwoju.

Dalszem następstwem zwrotu dokonanego w medycynie jest powstanie w drugiej połowie XIX wieku całych nowych gałęzi nauk pomocniczych, jak histologia i bakteryologia; jest dalej rozrost poszczególnych działów samej sztuki lekarskiej w samoistne specyalności, jak: chirurgia, okulistyka, laryngologia, syfilidologia i t. d., które obejmują coraz szersze pole, coraz większy zakres wiadomości tak, że w końcu staje się niemal niemożliwem jednemu lekarzowi opanować je wszystkie gruntownie. Stąd potrzeba nowych pracowni dla każdej specyalności do prowadzenia dalszych badań, stąd powstanie osobnych katedr i szereg lekarzy specyalistów, poświęcających się wyłącznie jednej, wybranej i umiłowanej gałęzi medycyny.

Zanim w dalszym ciągu przejdziemy poszczególne działy medycyny, aby wykazać rozwój ich we Francyi w ciągu ubiegłego stulecia, rzućmy jeszcze raz okiem na całość obrazu, szkicując choć pobieżnie pojedyncze fazy, jakie sztuka lekarska w kraju tym przechodziła.

Podczas gdy w roku 1789 medycyna trzyma się jeszcze starych pedantycznych reguł, wyśmiewanych tak genialnie przez Moliera, gdy lekarz w peruce, której już nikt nie nosi, jest typem trącącym myszką, to z Rewolucyą otrząsa się ona z odwiecznych przesądów i staje po stronie nowych haseł. I ów lekarz, nie mający ni miru, ni znaczenia w społeczeństwie, zdobywa sobie powoli z biegiem czasu uznanie jako człowiek nauki, bierze udział w życiu publicznem, staje się stróżem zdrowia prywatnego i publicznego, a z radami jego zaczyna się liczyć ogół i państwo. Wiedza lekarska wzrasta i postępuje ciągle, chociaż nie brak jej jeszcze chwilowych wahań i upadków.

Lekarze, szanowani szczególniej przez Napoleona I, dodają już wiele blasku sztuce lekarskiej w epoce pierwszego cesarstwa. Z epoki tej notuje historya przedewszystkiem imiona zręcznych chirurgów, którzy na polach bitew, towarzysząc „wielkiej armii", zdumiewają pewnością ręki i zadziwiają szybkością w dokonywaniu operacyi bez nieznanego jeszcze wówczas znieczulania. Mimo tego między rokiem 1814 a 1848 następuje chwilowy upadek. W czasie bowiem monarchii lipcowej nastaje okres różnych samozwańczych „specyalistów" i szarlataneryi lekarskiej. Mnożą się lekarze, głoszący różne „cudowne środki", robiący wiele hałasu, zarzucający publiczność mnóstwem ogłoszeń o środkach leczniczych. Liczą oni głównie na łatwowierność ludzką, stwarzając nowe jakoby rodzaje medycyny, jak: medycyna naturalna, medycyna fizyczna, dynamiczna, elektro-fizyko-chemiczna i t. p. Ogłaszają setkami bezpłatne porady po to tylko, aby zapisać jakiś „niezawodny" środek, który naiwny pacyent kupuje we wskazanej aptece, płacąc o tyle drożej, ile wynosi honoraryum lekarza, będącego w zmowie z aptekarzem. Leki te w postaci różnych eliksyrów, cudownych kropli lub pigułek, noszą nazwy: »*trésor de santé*«, »*merveilleux*«, »*immortels*« i t. d., a prócz lekarza i aptekarza nikt nie zna ich składu i działania. Więc też rychło cała blaga wychodzi na jaw, publiczność traci zaufanie do medycyny, a szacunek dla lekarzy, czego wyrazem są choćby coraz częściej pojawiające się na scenie

teatrów paryskich farsy, jak np.: »*Médecin des dames*«, »*Le médecin des eaux*«, w których lekarze przedstawieni są jako nieuki, spekulujący na kieszeń chorych.

Ale wkrótce następuje okres naukowy: szarlatani i niedouczeni blagierzy muszą siłą konieczności ustąpić miejsca prawdziwym lekarzom, a chwilowo przyćmiony blask przywracają nauce lekarskiej imiona wielkich, na cały świat słynnych, uczonych. A wtedy urok nauki, urok wielkich wynalazków przejmuje znów i pociąga ogół. Wykłady znakomitych profesorów stają się przedmiotem rozmów w towarzystwie, są streszczane w prasie codziennej, mężowie stanu i wielcy dygnitarze zaczynają zaglądać do cichych pracowni i sal klinicznych, gdzie odbywają się zadziwiające swą śmiałością operacye, lub zdumiewające naukowe doświadczenia. W „Salonie" artystycznym paryskim mnożą się obrazy pędzla znakomitych mistrzów, przedstawiające sceny ze szpitali i klinik, medycyna dostarcza znów wątku autorom dramatycznym, lecz tym razem już do przedstawienia dobrodziejstw, jakie prawdziwa nauka świadczy cierpiącej ludzkości. Dość powiedzieć, że n. p. w sztuce »*La Bucheronne*«, cieszącej się ogromnem powodzeniem, wprowadza autor na scenę z całą dokładnością zabieg przetoczenia (transfuzyi) krwi według metody Roussela. W słynnem zaś paryskiem muzeum »*Carnavalet*« oglądać można duży obraz, przedstawiający Dupuytrena w chwili, gdy objaśnia Karolowi X i całej świcie jego nowy sposób operowania zaćmy zapomocą wyjęcia soczewki; oraz drugi obraz przypisywany malarzowi Taunay, ilustrujący wykład kliniczny profesora Dubois. W „Salonie" z r. 1887 wystawia słynny malarz André Brouillet obraz z kliniki Charcota w Salpetrière, którego treścią jest przedstawienie przez uczonego profesora chorej, dotkniętej stanem kataleptycznym słuchaczom, między którymi widać wiele wybitnych osobistości, jak Jules Claretie i senator Cornil. W „Salonie" znów 1890 r. zwraca powszechną uwagę obraz znanego malarza Moreau de Tours pod tytułem »*Fascinés de la Charité*«, przedstawiający doświadczenia hipnotyczne Dra Luys.

W połowie wieku wtargnęła do Francyi homeopatya niemca Hahnemanna, która jednak nie zdołała zjednać sobie zwolenników między lekarzami, a wśród publiczności nie wzbudza wielkiego zaufania na dłużej. Uważają ją za szarlatanerye i wyśmiewają w powodzi satyr, piosnek i karykatur. Dosadnie charakteryzuje to następujący ustęp, oklaskiwany przez publiczność paryską, w sztuce Viennet'a pod tytułem »*Les Serments*«, grywanej w komedyi francuskiej w 1839 roku;

Et quelle est la nouvelle folie?
S'occupe-t-on encore de l'homéopatie?
Va-t-on s'imaginer dans l'art de Galien,
Que par l'excès du mal on opère le bien:
Que par le choléra la colique se traite;
Et qu'une fièvre chaude emporte un mal de tête?

Wreszcie nastaje okres najnowszy, okres jadów chorobotwórczych. Początek dało w Anglii wiekopomne odkrycie Edwarda Jennera (żył od 1749—1823), ale właściwy zwrot w tym kierunku nadają medycynie nowoczesnej dopiero genialne badania Pasteura, które stwarzają nowy dział wiedzy lekarskiej. Zmieniają one do gruntu zapatrywania na przyczyny chorób, równie jak na metody lecznicze. Gdy terapia roku 1800 polegała głównie na puszczaniu krwi, lekach napotnych i przeczyszczających, to medycyna z końca XIX wieku wprowadza w miejsce środków osłabiających ustrój — wzmacniające; w miejsce leczenia na ślepo bez dokładnej znajomości przyczyn chorobotwórczych — walkę z mikrobami i wzrost sposobów zapobiegawczych, z których wyłania się nowa jej gałęź, rosnąca niemal z dnia na dzień: higiena publiczna i prywatna. A zwrot ten w sztuce lekarskiej przepowiedział proroczo jeszcze w 1811 roku Leconteux, mówiąc, że wiek XIX będzie w medycynie wiekiem szczepień »*le siècle des vaccins*«.

4. Patologia i anatomia patologiczna, medycyna wewnętrzna i terapia, farmakologia i balneologia.

Pod koniec XVIII wieku i na początku XIX spotykamy we Francyi przedewszystkiem trzech ludzi, którzy oswobodzili medycynę z mglistych osłonek metafizycznych, a zakładając pierwsze podwaliny do przyszłego jej rozwoju jako nauki ścisłej, opartej na całkiem nowych zasadach, zasługują bezsprzecznie na miano reformatorów. Nazwiska ich: Pinel, Bichat i Laënnec.

Filip Pinel, urodzony 1745 r. w St.-André, z początku uczęszczał na teologię i dopiero w 30-tym roku życia poświęcił się naukom lekarskim, które odbywa w Tuluzie i Montpellier. Następnie udaje się do Paryża, gdzie pod wrażeniem tragicznego wypadku, jakiemu uległ jeden z jego przyjaciół chory umysłowo, poświęcił się głównie psychiatryi i położył niezmierne zasługi społeczne około poprawy doli obłąkanych, o czem jednak pomówimy później, przedstawiając postępy psychiatryi francuskiej. W r. 1792 zostaje naczelnym lekarzem szpitala dla umysłowo chorych w Bicêtre, później szpitala Salpetrière, a wreszcie profesorem patologii w paryskiej szkole lekarskiej. Umarł w Paryżu 1826 r.

Z punktu widzenia naukowego jest jednym z pierwszych, którzy zrywają w medycynie z systemem oderwanym swych poprzedników, z teoryami, których nie popierało ani naukowe badanie przyczyn, ani wniknięcie w istotę choroby. Jest pierwszym, który z całą stanowczością oświadcza się za metodą analityczną badań patologicznych, który opiera się w leczeniu i rozpoznawaniu chorób na ścisłym obrazie klinicznym. W roku 1789 wydaje dzieło: »*Nosographie philosophique ou la methode de l'analysie appliquée à la médecine*«, porządkując w niem wszystkie choroby według objawów klinicznych.

Zapatrywania jego na istotę chorób są następujące: każdą chorobę należy rozłożyć najpierw na objawy, a te odnieść do zmian patologicznych w poszczególnych częściach narządów. A ponieważ części te składają się z jeszcze mniejszych pierwiastków, przeto trzeba śledzić za zmianami w tych ostatnich. Widzimy więc, że Pinel usiłuje dotrzeć do zmian anatomicznych w tkankach i zmianami temi tłómaczyć objawy kliniczne. Dlatego też rozróżnia on w dziele swem zapalenia miąższu narządów, błon śluzowych, błon surowiczych, mięśni, skóry i t. d.

Myśl tę rozwija jeszcze lepiej i metodę analityczną uzupełnia Franciszek Ksawery Bichat, urodzony 1771 w Thoirette. Studyuje medycynę w Montpellier i Lyonie, później w Paryżu. W roku 1797 udziela prywatnych kursów anatomii i fizyologii, w roku 1800 zostaje lekarzem Hôtel-Dieu w Paryżu, gdzie niestety umiera zbyt młodo 1802 roku, niewiadomo na suchoty, czy na dur.

Opierając się na dokładnej znajomości różnych gałęzi współczesnej medycyny, na wynikach licznych bardzo sekcyi, które wykonywa z zapałem, lecz ze szkodą dla własnego zdrowia, na badaniach budowy narządów i ich czynności, wskazuje jeszcze dokładniej, niż Pinel, gdzie szukać podstawy chorób, kładąc podwaliny dzisiejszej histologii patologicznej. Wygłasza on zasadę: ta sama tkanka, wchodząca w skład jakiegokolwiek narządu, ma te same własności i tym samym podlega zmianom anatomicznym w razie schorzenia: Wnioskuje zatem, że choroby tkanek jednakich muszą być jednakowe, czy to będzie tkanka składowa płuc, serca, czy innego narządu.

Najważniejszą jego pracą jest dzieło: »*Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine*« (Paryż, 1801), oraz »*Traité des membranes en général et des diverses membranes en particulier*« (Paryż, 1800). Pracom tym zawdzięcza anatomia patologiczna początki tego znaczenia w medycynie, jakie zdobyła sobie z biegiem czasu. Poza tem jednak hołduje on jeszcze teoryom „witalistów" [2]), co przebija głównie w słynnem jego dziele: »*Recherches physiologiques sur la vie et la mort*« (Paryż, 1800). Mimo tego jednak, że nie zdołał otrząść się całkowicie z tej doktryny, wszechwładnej w medycynie XVIII wieku, niezaprzeczalną zasługą Bichata pozostanie wyraźne wskazanie na związek objawów patologicznych ze zmianami anatomicznemi, odsłonięcie nowych widnokręgów pod tym względem i pobudzenie do dalszych badań, z których urósł dzisiejszy wspaniały gmach anatomii patologicznej i patologii ogólnej. Można więc śmiało nazwać go jednym z najwybitniejszych reformatorów medycyny i jednym z twórców jej w pojęciu nowoczesnem.

René Teofil Hyacent Laënnec urodził się 1781 roku w Quimper: nauki medyczne pobierał w Nantes, potem w Paryżu pod Corvisartem, gdzie też w 1816 roku został naczelnym lekarzem szpitala Neckera. W roku 1823 mianowany profesorem w *Collège de France*, a w rok później profesorem kliniki lekarskiej paryskiej. Umarł 1826 roku w Kerlonarnec (departament Finistère).

Jemu zawdzięcza medycyna wewnętrzna wynalazek stetoskopu, który umożliwił dokładne badanie narządów klatki piersiowej i wprowadzenie nowej metody osłuchiwania w badaniu fizykalnem chorób

[2]) Witalistami nazywano zwolenników teoryi, wprowadzonej do medycyny w pierwszej połowie XVIII w. przez uczniów szkoły w Montpellier: Franciszka Sauvage i Teofila Bordeu, polegającej na przyjęciu właściwej siły w ustroju, „*vis vitalis*", która wywołuje wszelkie objawy życiowe. Teorya ta panuje do początków XIX wieku i stanowi w medycynie okres przejściowy od dawnych średniowiecznych zapatrywań do późniejszych nowoczesnych. *(Przypisek autora)*.

wewnętrznych. Wyniki swych doświadczeń zebrał Laënnec w *»Traité de l'auscultation médiate«* (Paryż, 1819).

Uzupełnienie metody fizykalnego badania klinicznego przypisać musimy innemu jeszcze głośnemu lekarzowi francuskiemu, który przez wydobycie z pyłu zapomnienia dzieła Auenbruggera [3]) pod tytułem: *»Inventum novum«*, opisującego sposoby opukiwania klatki piersiowej, wprowadza na nowo i ustala w medycynie metodę, popychającą ogromnie naprzód rozpoznawanie kliniczne chorób serca i płuc i podającą wraz z osłuchiwaniem interniście niczem do dziś nie zastąpiony środek rozpoznawczy.

Lekarzem tym jest Jan Mikołaj Corvisart des Marest, urodzony 1755 roku. Imię jego jako wybitnego lekarza przeszło nietylko do historyi medycyny, lecz pozostało nieśmiertelnem w dziejach powszechnych, jako ulubionego przybocznego lekarza Napoleona I, któremu towarzyszył w tryumfalnym pochodzie wzdłuż Europy. Umarł 1821 roku, a dzieło jego, które ugruntowało właściwie metodę opukiwania Auenbruggera, nosi tytuł: *»Nouvelle méthode pour reconnaitre les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité* (Paryż, 1808).

Wkrótce po nich zjawia się inny lekarz, który w medycynie, — jak się wyraził Bouchut, — *»fit autant de bruit qu'un homme puisse en faire dans sa vie«*, a jednak teorya jego po dwudziestoletniem owładnięciu umysłów poszła w zapomnienie i dziś ma już tylko znaczenie historyczne.

Był to Franciszek Józef Wiktor Broussais, urodzony 1772 roku w Saint-Malo. Studya ukończył w Paryżu, poczem jako lekarz wojskowy został 1820 roku profesorem w paryskim szpitalu Val-de-Grâce, a w 1830 roku profesorem ogólnej patologii i terapii na wydziale lekarskim w Paryżu. Umarł 1838 roku w posiadłości swej Vitry.

Usiłuje on zreformować dotychczasowe pojęcia lekarskie przez swoją teoryę o zapaleniu, którą rozwija w dwóch głównych dziełach: *»Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques*" (Paryż, 1808) i *»Examen de la doctrine médicale généralement adoptée«* (Paryż, 1816). Teorya jego nazwana *»le Broussaisme«*, polega po części na poglądach witalistów, ale z pewną różnicą. Jakkolwiek bowiem uznaje Broussais istnienie osobliwej siły żywotnej, nadającej ustrojowi pewne właściwości fizyczne i chemiczne, to jednak wypowiada zdanie, że różne bodźce zewnętrzne, jak np. ciepło lub zimno, działają na tę siłę, pobudzając ją do czynności. Dopóki bodźce te nie przekroczą pewnej granicy w tę lub ową stronę, dopóty ustrój żyje i działa (funkcyonuje) prawidłowo; z chwilą, gdy bodziec zewnętrzny zadziała ilościowo gwałtowniej lub słabiej, następuje choroba, nawet śmierć. Każda więc choroba wywołana jest zadrażnieniem tkanek (*l'irritation des tissus*), czego bezpośredniem następstwem jest większy napływ krwi do naczyń, wywołujący upośledzenie odżywiania i zapalenie (*l'inflammation*). Wszystkie więc choroby sprowadzić się dadzą do ostatecznej przyczyny: zapalenia; *»c'est par une inflammation, qui détruit, plus ou moins vite, un ou plusieurs des viscères essentiels à la vie, que le plus grand nombre des hommes périt«*. Towarzyszące zaś różnym chorobom rozmaite objawy należy sobie tak tłómaczyć: Zadrażnienie miejscowe, skutkiem którego powstają zmiany w pewnej części ciała, oddziaływa sympatycznie na inne części tak, że przez rozpromienianie się drogą nerwów tego zadrażnienia powstaje schorzenie ogólne. Wpływ tej „iradyacyi" sięga tem dalej, im silniejszem było miejscowe zadrażnienie. Głównym punktem wyjścia wszystkich chorób jest błona śluzowa żołądka i sąsiedniego jelita, najbardziej czuła na bodźce szkodliwe, czyli że niemal każda choroba da się sprowadzić do *»gastroenteritis«*. Nawet wysypki zakaźne: odra, płonica i t. p. są objawami oddziaływania spółczulnego na skórę ze strony zadrażnionego pierwotnie przewodu pokarmowego. Gorączka, towarzysząca tylu chorobom, jest też następstwem działania tegoż zadrażnienia na serce. Co do innych chorób, rozwijających się bez zmian organicznych, określonych nazwą *»fièvres essentielles«*, twierdzi Broussais, że i te mają podstawę zawsze w jakichś zmianach anatomicznych, ale nie dających się spostrzegać.

Na tę jedyną przyczynę chorób jest według Broussaisgo jedno tylko lekarstwo *»la méthode antiphlogistique«*, a polega na bardzo energicznych upustach krwi, ogólnych i miejscowych, stawianiu pijawek, głównie na okolicę podbrzusza, stosowaniu zimna i podawaniu kwasów na wewnątrz. W puszczaniu krwi popadł Broussais w prawdziwą przesadę, jeżeli w ciągu jednego tylko roku 1819 zastosowano na oddziale jego 100 tysięcy (*sic*) upustów krwi. I jakkolwiek wyniki tego rodzaju szablonowej, jednostronnej terapii były oczywiście złe, to jednak teorya jego dominowała w medycynie nietylko francuskiej przez lat blisko dwadzieścia. Ale już za życia Broussaisgo powstaje przeciwko niej silny opór, liczba przeciwników, nazywających metodę jego wprost „wampiryzmem", rośnie stale tak, że wśród gwałtownej polemiki upada ona bezpowrotnie, pozostawiając jedynie ślad w dziejach medycyny francuskiej, na dowód, do jakich ostateczności doprowadzić może zaślepienie w jednej, nie kontrolowanej krytycznie, błędnej doktrynie. Słusznie powiedział wielki poeta niemiecki w swoich „Listach filozoficznych": „Rzadko kiedy dochodzimy inaczej do prawdy, jak przez ostateczności; musimy błąd wyczerpać, zanim spokojna mądrość stanie się dla nas celem". Poza tem nie można odmówić pracom Broussaisgo dużego znaczenia w rozwoju anatomii patologicznej.

Do obalenia „broussaizmu" i ugruntowania nowoczesnej patologii przyczyniają się prace badaczy, idących śladem Bichata, które przekształcają coraz bardziej sposoby klinicznego rozpoznawania chorób i leczenia. Do najwybitniejszych autorów należą:

Leon Jan Baptysta Cruveilhier (1791—1874), od roku 1835 profesor anatomii patologicznej w Paryżu. Ogłasza: *»Essai sur l'anatomie pathologique générale* (1816)«, *»Médecine pratique éclairée par l'anatomie et la physiologie pathologique«* (1821), *»Anatomie pathologique du corps humain«* (1829—1842) i wreszcie: *»Traité d'anatomie pathologique générale«* (1849—1864).

August Franciszek Chomel (1788—1858), autor: *»Elements de pathologie générale* (1817).

Gabryel Andral (1797—1876), który pierwszy robi badania nad składem krwi w różnych chorobach, a ogłasza: *»Precis de l'anatomie pathologique«*.

Paweł Brétonneau (1771—1862), głośny przez studya swe nad błonicą.

Piotr Karol Aleksander Louis (1787—1876) robi badania nad durem, a pierwszy zwraca też uwagę na znaczenie statystyki dla medycyny klinicznej.

Prócz nich zasługują jeszcze na wzmiankę: Gaspard Wawrzyniec Bayle (1774—1816), Leon Rostan (1790—1866) i Piotr Adolf Piorry, wynalazca plesimetru.

Z rozwojem tych nauk, podstawowych dla lekarza praktycznego, postępuje też ciągle medycyna wewnętrzna. Wśród wielu klinicystów, których imiona zapisała historya medycyny francuskiej, trzeba się ograniczyć do wymienienia najgłośniejszych. Tymi są:

Eljasz Gintrac (1791—1877), autor 9- tomowego dzieła *»Cours théorique et clinique de pathologie interne«* (Paryż, 1853 do 1872).

Armand Trousseau (1801—1862), znakomity dyagnostyk i jeden z najsłynniejszych klinicystów nowoczesnych. Głównem jego dziełem jest *»Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu«*.

Jan Baptysta Barth (1806—1877), autor *»Traité pratique de l'auscultation«* (1841).

Franciszek Ludwik Izydor Valleix (1807—1855 w Tuluzie) autor *»Guide de medecin praticien«*.

August Grisolle (1811—1869), autor bardzo cenionego wielokrotnie wydawanego dzieła *»Traité élémentaire et pratique de pathologie interne«*.

Ernest Karol Lasègue (1816—1883), redaktor *»Archives générales de médecine«*, w którem to piśmie ogłosił mnóstwo prac z różnych działów medycyny wewnętrznej.

Germain Sée (1818—1896), od roku 1869 profesor medycyny wewnętrznej w Charité, a od 1876 roku w Hôtel-Dieu, jeden z najwybitniejszych klinicystów, który prócz wydania wielu dzieł i podręczników, był pierwszym we Francyi, co zastosował na większą skalę badania chemiczne i drobnowidowe, jako środki pomocnicze w rozpoznawaniu chorób.

Juliusz Rochard (1819—1896), głośny publicysta rozpraw lekarskich; pracuje głównie i ogłasza dzieła, dotyczące chorób epidemicznych.

Michał Peter (1824—1893), profesor patologii w Paryżu, głośny przeciwnik bakteryologii.

Piotr Karol Potain, urodzony 1825 roku, wynalazca przyrządu do torakocentezy.

Jan Antoni Villemin (1827—1892), głośny z prac nad gruźlicą; wykazał pierwszy zaraźliwość tej choroby. Dzieło jego *»Etudes sur la tuberculose«* znalazło wielkie uznanie w świecie lekarskim i dało pochop do badań doświadczalnych na zwierzętach, które podjęli w Niemczech: Cohnheim, Ponfick i Weigert.

[3]) Józef Leopold Auenbrugger (1722—1809), lekarz wiedeński, wydał w 1761 roku po łacinie dzieło: *„Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi"*, które jednak nie znalazło na razie uznania i wkrótce poszło w niepamięć (*Przypisek autora*).

Grzegorz Oktawiusz Dujardin-Beaumetz (1833 do 1895), lekarz szpitala St.-Antoine, później Hôpital-Cochin, autor prac przeważnie z zakresu chorób nerwowych.

Konstanty Paul (1833—1896), znakomity paryski klinicysta, autor podręcznika dyagnostyki chorób serca.

O innych głośnych lekarzach i wybitnych autorach pomówimy w rozdziale o specyalistach. (C. d. n.)

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* *Czytamy w „Gazecie lekarskiej“ (Nr. 15):*

„Wobec grożących nam epidemii ze Wschodu (cholery) i z Zachodu (nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych), dla których rozwoju głód i nędza — tak rozwielmożnione w kraju naszym — wytwarzają najodpowiedniejsze podłoże, nieodzownem jest wspólne porozumienie się lekarzy z Królestwa w celu omówienia środków zapobiegawczych i metody racyonalnego postępowania. Jedynym sposobem skutecznego załatwienia tej naglącej a ważnej sprawy byłoby zwołanie wiecu lekarzy w Warszawie w jaknajkrótszym czasie. Towarzystwo higieniczne tutejsze z założenia swego powinno ująć tę sprawę w swe ręce. Nie wątpimy, że koledzy z prowincyi tłumnie przybyliby do Warszawy, celem wzięcia udziału w wszechstronnem rozważeniu jednej z najważniejszych spraw społecznych“.

* *Zarząd Towarzystwa samopomocy lekarzy zawiadamia:*

„Pan Władysław Popiel, dyrektor Zakładu kąpielowego w Lubieniu, zobowiązał się bilety kąpielowe w bieżącym sezonie ponad 20.000 opatrywać znaczkami receptowymi na 8 halerzy. Wydział Towarzystwa samopomocy, przyjmując to zobowiązanie, wyraża Panu Dyrektorowi Popielowi podziękowanie, a podając fakt ten do wiadomości ogółu kolegów, wyraża nadzieję, iż w przypadkach, nadających się do leczenia kąpielami w Lubieniu, nie omieszkają pamiętać o tem zdrojowisku krajowem.

Z Wydziału Towarzystwa samopomocy.

Sekretarz: *Dr. Langie.* Prezes: *Dr. H. Jordan.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 27 kwietnia.

* Komisya sanitarna krakowska odbyła w d. 19 b. m. posiedzenie, w całości poświęcone sprawie nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Ze sprawozdania naczelnego lekarza m. Krakowa, Dra Wilkosza, dowiadujemy się, że od 1 stycznia do 14 kwietnia b. r. było w mieście 15 przypadków tej choroby (12 na Kazimierzu, 3 w innych dzielnicach). Śmiercią zakończyło się 7 przypadków. Na 15 przypadków leczonych w szpitalu św. Ludwika tylko 3 należało do gminy m. Krakowa. Wobec tej statystyki komisya sanitarna wykluczyła charakter epidemiczny dotychczasowych przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Krakowie i uznała, że nie zachodzi potrzeba uchwalania z tego powodu jakichś specyalnych zarządzeń. Zapatrywania te poparł na podstawie swych spostrzeżeń w powiecie krakowskim starszy lekarz powiatowy, Dr. Bielański. Że w m. Krakowie niema epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych — wiedzieliśmy; natomiast nader cenne jest dla mieszkańców powiatu krakowskiego oświadczenie Dr. Bielańskiego, gdyż ludność jest istotnie zaniepokojona i to nie tyle obfitością dziennikarskich doniesień, ile zarządzeniami władz, że tu tylko przytoczymy zakaz komendy wojskowej wydawania świątecznych urlopów żołnierzom do zachodniej Galicyi, zakaz odbycia odpustu w Kalwaryi, rozporządzenie bukowińskiego rządu krajowego, ażeby przybywających z Galicyi poddawać badaniu lekarskiemu i mieć ich w siedmiodniowej obserwacyi: wszystkie te zarządzenia wydane zostały z powodu „epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych“.

* Do dnia 8-go kwietnia w 21 powiatach Galicyi zapadło na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 437 osób, z tych zmarło 188.

* Zarządy obu Izb lekarskich zawiadamiają, że „Sprawozdania“ za kwiecień i maj wyjdą w końcu m. maja.

* Ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w warszawskim szpitalu Wolskim mianowany został drogą konkursu dr. Kazimierz Rzętkowski.

* Namiestnik przeniósł lekarza powiatowego dr. Jakóba Dorożyńskiego z Rohatyna do Lwowa; koncypistę sanitarnego dr. Stan. Janikiewicza z Kosowa do Śniatyna i dr. asystenta sanit. Stan. Kaczyńskiego ze Śniatyna do Kosowa. Prócz tego namiestnik zamianował asystentów sanitarnych: dr. Jana Orskiego i dr. Stan. Kaczyńskiego koncypistami sanitarnymi.

* W N. 13 tygodnika „Russkij Wracz“ czytamy: »Zjazd lekarski im. Pirogowa, zgromadzony z całej Rosyi pod hasłem obmyślenia jak najskuteczniejszych sposobów zwalczania zagrażającej państwu cholery, przy rozpatrzeniu warunków, śród których przypada lekarzom w Rosyi pracować, nie tylko jako przedstawicielom zawodu, lecz jako i obywatelom, stwierdza, że cywilizacyjna i pokojowa praca przy dziś istniejącej organizacyi państwowej jest wprost niemożebną, że polityka nieograniczonej samowoli urzędnictwa, gospodarki finansowej bez kontroli społecznej, wreszcie awanturowanie się na azyatyckim Wschodzie dla zdobyczy wepchnęły Rosyę w straszną względnie do rozmiarów klęskę i zalały pola Mandżuryi potokami drogiej dla nas krwi. Na tem nie koniec. Do Rosyi wtargnął straszny bicz — cholera. W perspektywie widnieją tysiące, dziesiątki tysięcy ofiar tej nowej klęski. A cóż czyni biurokracya? Ona z jednej strony odwołuje się do nas — lekarzy, byśmy wytłómaczyli narodowi, że zarządzenia poczynione przez nią są nader pożyteczne, a z drugiej, — drogą podszeptów i baśni podnieca naród przeciwko nam. Rząd oddaje sprawę walki z cholerą w ręce zdyskredytowanej biurokracyi, a zakazuje odbycia naszego Zjazdu, zabrania zbiorowego obmyślenia najskuteczniejszych sposobów walki z ogólnonarodowem nieszczęściem. Zamknięcie Zjazdu z ramienia władzy, to nowy objaw samowoli, nowy dowód, że jak długo ta samowola istnieje, należy się rozstać z marzeniem o prawidłowych warunkach nie tylko czynności lekarza, lecz wogóle życia obywatelskiego. Z tych powodów my lekarze uznajemy za rzecz konieczną zwołanie urządzającego Zebrania na podstawie ogólnego, równego, bezpośredniego i tajnego głosowania bez różnicy płci, wyznania, narodowości i pod warunkiem natychmiastowego zakończenia wojny, zniesienia ustawy o wzmocnionej ochronie, poddania policyi pod władzę samorządu, rękojmii wolności druku, słowa, zgromadzeń, związków, wreszcie amnestyi dla wszystkich zesłanych i uwięzionych za religijne i polityczne przekonania. Nam przypada najostrzej domagać się, by już na pierwszem urządzającem Zgromadzeniu zostały określone te polityczne i ekonomiczne reformy, bez których nie da się pomyśleć wszechstronny postęp kraju i ekonomiczne podźwignięcie roboczego ludu, a do nich, prócz wyżej przytoczonych, zaliczamy: rękojmię równości wszystkich wobec prawa, równouprawnienie wszystkich narodowości i wyznań; powszechne i obowiązkowe uczęszczanie do szkół, rozdział kościoła od państwa, samorząd na podstawie powszechnego, bezpośredniego i tajnego głosowania, reforma systemu podatkowego, zaprowadzenie podatku progresywnego“.

W wielkiej dziejowej epoce, którą dziś przeżywa naród rosyjski, to oświadczenie się najpoważniejszego liczbą i znaczeniem Towarzystwa im. Pirogowa, zawierające w sobie myśli i ideały społeczne inteligencyi rosyjskiej, zasługuje na upamiętnienie, jako zbiorowy odruch i zwiastun budzącej się duszy ludzkiej w uroczystej acz nie bez grozy chwili odrodzenia.

* Między 3 a 9 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy: w powiecie dąbrowskim (3 gminy) i tarnowskim (1 gm.). W tymże czasie doniesiono o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: borszczowskim, brzeżańskim, buczackim (po 1 gm.), cieszanowskim (2 gm.), czortkowskim (1 gm.), dobromilskim (4 gm.), drohobyckim (5 gm.), horodeńskim (2 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim, lwowskim (po 2 gm.), mościskim, nadwórniańskim, przemyślańskim, sokalskim, stanisławowskim (po 1 gm.), starosamborskim (2 gm.), stryjskim (3 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (3 gm.), turczańskim (2 gm.), zaleszczyckim, zborowskim, złoczowskim (po 1 gm.), żółkiewskim (2 gm.) i w m. Lwowie 1 przypadek.

Mianowania i odznaczenia. Profesorowie nadzwyczajni pedyatryi w niemieckim uniwersytecie w Pradze: Ganghofner i Epstein mianowani profesorami zwyczajnymi. Doc. Spitta mian. prof. nadzw. higieny w Berlinie. Prof. nadzwycz. ginekologii w Dorpacie Michnow mian. został prof. zwyczajnym. Doc. Trinkler mian. prof. nadzwycz. chirurgicznej patologii w Charkowie. Dr. Askanazy mian. profesorem anatomii patologicznej w Genewie.

Nekrologia. Dr. Wincenty Wasilewski, wychowaniec kijowskiego Uniwersytetu, sybirak, zakończył życie na Podolu w 78 roku życia. Dr. Floryan Orzeszko, l. 72, zmarł w Tomsku. Dr. Hervieux, b. prezes Akademii lekarskiej, zmarł w Paryżu. Dr. Włodz. Skowroński zmarł w Tarnowie.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 14. Browicz: O czynności wydzielniczej jądra komórki wątrobnej. Moraczewski: Przyczynek do charakterystyki t. zw. fosfaturyi (c. d.). Bornstein: Z kazuistyki neurologicznej (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 15. Flatau i Sterling: O nowotworach rdzenia. Flis: Badania fizykalno-chemiczne wód leczniczych normalnych prof. Dr. Jaworskiego (c. d.).

— *Zdrowie* Nr. 4. Wernic: Cholera idzie. Chodecki: Walka z prostytucyą. Korniłowicz: Higiena młodzieży pracującej w Londynie. Polak: Ludność Warszawy od połowy XVI w. do ostatnich czasów.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 16. Haškovec: Neuropathologické příspěvky. Kopfstein: Cystitis pancreatica.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 4. Žirovčić: Slučaj bluda učitelja sa školskim djevojčicama. Karliński: K liječenju povratne groznice.

— *La Presse médicale* Nr. 29. Sicard i Dopter: Cytologia wydzieliny ślinianki przyusznej w zapaleniu tego gruczołu. Lop: Położnictwo a medycyna sądowa. Wykład o tajemnicy lekarskiej i zbrodniczem poronieniu.

— Nr. 30. Dubreuilh: Choroba tęgoryjcowa skórna. Labbé: Picie pod względem ilościowym i jakościowym w stanie choroby i zdrowia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 16. Passow: Balneologia i otyatrya. Poehl i Tarchanoff: Kombinacya radioterapii z organoterapią. Ehrhardt: Bąblowiec w gruczole tarczowym. Nowack: Przyczynek do sprawy białaczki rzekomej. Ruge: Najmniejsze wymagania zdrowotne, jakich żądać należy od zdrojowisk. Burwinkel: Etyologia i ogólna terapia zwapnienia tętnic.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 16. Puschnig: O nowych środkach i nowych metodach znieczulania, w szczególności o morfino-skopolaminie. Weil: Bierna odporność agresynowa w cholerze kurzej. Mann: Dyetetyczne leczenie cukrzycy. Colombani: Przyczynek do kazuistyki niebezpieczeństwa stosowania guzika Murphyego. Homa: Przypadek dziurawiącego ropnia, wywołanego ciałem obcem w pęcherzu.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 16. Hegar: Zaburzenia rozwojowe, stan płodowy i stan dziecięcy w ustroju dorosłym. Klapp: Leczenie chorób zapalnych przyrządami ssącymi. Hildebrand i Hess: Rozpoznanie różniczkowe między przepukliną przeponową a ewentracyą przeponową. Steiner: Doświadczenia przy leczeniu światłem elektrycznem z szczególnem uwzględnieniem nowego skombinowanego leczenia chorób skórnych maścią i światłem. Vörner: Maść siarczana złagodzona — *thiolan*. Bering: O ulepszonej lampie Finsen-Reyna i uwagi o leczeniu tocznia. Salzer: Okulistyka praktykującego lekarza. Junius: Rozpoznanie jaglicy. Böhmig: Histeryczne choroby wypadkowe telefonistek.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 16. Kümmell: Doświadczenia nabyte z 1000 operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego. Dienst: Tyłopochylenie uwięźniętej ciężarnej macicy jednocześnie z wikłającą ciężką istotną niedrożnością jelit zakończoną wyzdrowieniem. Robbers: Technika operacyi Aleksander-Adamsa. Mayer i Schreyer: Klinika i etyologia wrzodliwego błoniastego zapalenia gardła. Rebentisch: Osobliwe znalezienie ciała obcego w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Tabora: Patologia raka żołądka (dok.). Kurschmann: Przyczynek do nauki o zawodowem zapaleniu nerwów (dok.).

Redakcya otrzymała. Sprawozdanie XXIII z działalności Kasy pomocy naukowej im. Dr. I. Mianowskiego za r. 1904. Bornstein: Anatomia patologiczna stwardnienia wieloogniskowego.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 16 (od dnia 16/IV do 22/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 23, dziew. 21; nieżywo: chł. 3, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 22, kob. 21; zamiejscowych: męż. 20, kob. 14.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 11, ob. 15. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 2, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, — ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 11, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 2, ob. 1. **Razem**: miejscowych 43, obcych 34.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 3 maja, o godzinie 6 wieczorem ***w Domu Towarzystwa***, posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: 1) kol. Dr. Bier: „O najnowszych metodach fotometryi stosowanych w higienie" (z demonstracyami). 2. Kol. prof. Wachholz: „O zatruciu tlenkiem węgla, zaczadzenie".

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Jodek żelaza jest tym z nieorganicznych przetworów żelaza, który we Francyi oddawna uznano za nader skuteczny we wszelkich postaciach błednicy. Używany on tam bywa powszechnie w postaci znanych pigułek Blancarda, zawierających po 0.05 tego leku, pokrytego warstewką żywiczną, łatwo rozpuszczalną. Stwierdzono, że przetwór ten nie sprawia zaburzeń trawienia, a przyswaja się lepiej, niż inne nieorganiczne; praktyczną jego zaletą jest także jego trwałość, mała objętość i bezwonność. Oprócz błednicy, używają go w rozmaitych postaciach niedokrwistości, zarówno samoistnej, jak i objawowej, oraz w kile dziedzicznej.

Wody mineralne nie należały dotąd do środków, uwzględnianych w medycynie polowej i używanych w szpitalach polowych. W czasie jednak wojny, toczącej się na tak odległym terenie, jak obecnie, wielu chorym, których nie można dość szybko odesłać w głąb kraju, trzeba zapewnić to wszystko, czego się używa w czasie pokoju. Okazało się to i w armii mandżurskiej, której zdrojowisko Francensbadzkie dostarczyć musiało pewną ilość wody Natalii, szczawy litowej, używanej szczególniej w leczeniu dny.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.

Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**

Krynica.

Dr. **Askenazy Zygmunt,** („Pod Orłem“).
Dr. **Cercha Maksymilian,** („Domek Szwajcarski“).
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz Franciszek,** (Willa „Pod Kosynierem“).
Dr. **Lewicki Stanisław,** b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Wąsowicz Zygmunt,** („Pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem,

sanatoryum i zakład wodoleczniczy.

Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Rabka.

Dr. **Lang Otokar,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr. **Wajgiel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr. **Kołaczkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu na Miedziusiu.
Dr. **Żuliński Edward,** (Willa „Alma“), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.

Dr. **Krzyżanowski E.,** radca cesarski. lekarz zakładowy.
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.

Dr. **Dłuski Kaz.,** Dyrektor Sanatoryum dla piersiowo chorych (4—5 g.).
Dr. **Dłuska Bron.,** Sanatoryum (wtorek, czwartek. sobota 5—6 g.).

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling Henryk,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Biarritz.

Dr. **Bohdanowicz A.,** (Villa Enia) (zimą **Nizza** 11. Boulv. Victor Hugo).

Cieplice trenczyńskie.

Dr. **Filipkiewicz S.,** lekarz zakładowy.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą **Lussinpiccolo**).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen“).

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie, słoneczne i piaskowe).

Dr. **Oransz M.,** (Polak), specyalista chor. dzieci i ortopedyi.

Karlsbad.

Dr. **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva“) (przez cały rok).

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Fr.,** radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.

Marienbad.

Dr. **Kaufmann Michał,** („Villa Lissa“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder R.,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.

Dr. **Jankowski Fr.**

Wiesbaden.

Dr. **Simon Aleks.,** (z Warszawy), właściciel lecznicy fizyk.









Rok XLIV. Kraków 6 Maja 1905. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni bakteryologicznej Prof. Nowaka w Krakowie.

Przyczynek do etyologii czerwonki.

Podał

Dr. Teodor Cybulski

demonstrator kliniki chorób dziecięcych Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

Od roku 1875, w którym Loesch zwrócił uwagę na pełzaki (ameby), które spostrzegał w czerwonce, a badania te potwierdzili Koch i Kartulis, zajęcie się etyologią tego cierpienia wzbudza ogólną uwagę. W roku 1894 podnosi Wesener możliwość współudziału drobnoustrojów natury roślinnej i wtedy występuje cały szereg autorów, którzy już to odmawiają zupełnie pełzakom roli w etyologii czerwonki, jużto przyznają im znaczenie drugorzędne, a szereg drobnoustrojów, uważanych przez nich za przyczynę czerwonki, wzrasta coraz więcej. U nas badaniami w tym kierunku zajmowali się Ciechanowski, Nowak i Janowski. Dopiero doniesienie Shigi w roku 1898 rzuca jasne i stanowcze światło na tę sprawę. Wykazuje on drobnoustrój spotykany stale w badanej przez niego epidemii, i aczkolwiek w gorączce odkrywczej nie dość dokładnie go opisał, to jednak późniejsze jego dokładne badania, jak i badania Krusego wykazują, że drobnoustrój ten jest przyczyną epidemicznej czerwonki.

Od tego czasu wzrasta z każdym dniem ilość doniesień, wykazujących, że przyczyną epidemii czerwonki w różnych krajach i częściach świata jest prątek, przyjęty ogólnie pod nazwą *bacterium dysenteriae* Shiga-Kruse, że wspomnę tylko Flexnera (Ameryka), Pfuhla-Drigalskiego w Döberitz, Rosenthala w Moskwie, Vaillarda i Doptera we Francyi, Müllera w Styryi, Doerra w Bruck i innych.

U nas ścisłe badania w tym kierunku przeprowadził Raczyński w r. 1904 i wykazał zapomocą aglutynacyi z krwią chorych, a co ważniejsza doświadczeniami na zwierzętach, wywołał bowiem u zwierząt, co Shidze nie bardzo się powiodło, zmiany, odpowiadające w zupełności zmianom anatomo-patologicznym czerwonki ludzkiej, — że przyczyną czerwonki w naszym kraju jest prątek Shigi-Krusego.

Jednak od czasu odkrycia Shigi zauważyć można pewne stałe zamieszanie. Flexner w epidemii na Filipinach wykrył prątek, którego cechy nie zupełnie pokrywały się z cechami prątka Shigi i od tego czasu pojawiają się doniesienia, które pozwalają przypuszczać, że oprócz prątka Shigi-Krusego występuje inny drobnoustrój, zbliżony do niego, jednakże przedstawiający pewne odmienne cechy. To było może powodem, że pojawia się całe mnóstwo prątków rzekomo- i paradysenterycznych, co znów sprawę zaciemnia.

Dopiero, gdy badacze berlińscy: Pfuhl, Schmiedicke, Lentz i inni, chcąc zidentyfikować główne pnie dotychczas wykryte, przeprowadzili badania z dodatnim wynikiem, zauważa Pfuhl, że prątek Flexnera z Manili inaczej się zachowuje z surowicą ozdrowieńców czerwonkowych; mianowicie, podczas gdy tamte dawały odczyn aglutynacyi w rozcieńczeniu 1:50 jeszcze bardzo silny, — Flexner-Manila prawie go nie dawał.

Ażeby uniknąć znów zamieszania, zwracam uwagę, że poprzednio wyhodował Flexner w Ameryce w New-Haven prątek identyczny z Shigą-Krusem; ten zaś prątek, który dziś nosi nazwę Flexner-Manila wykrył w epidemii na Filipinach. Zaś drugi szczep Flexnera z Filipin, tak zw. przedtem Flexner I, jest prawdopodobnie tym samym prątkiem, różniącym się tylko ilościowem, że się tak wyrażę, zachowaniem się na pożywkach cukrowych, co leżeć może w granicach błędu, lub nie mających znaczenia różnic w przygotowaniu pożywek.

Wracam do kwestyi, poruszonej wyżej, gdzie zaznaczyłem badania Pfuhla z krwią ozdrowieńców czerwonkowych, z którą Flexner-Manila dawał inne wyniki niż Shiga-Kruse. W r. 1903 podczas epidemii w Zakładzie dla umysłowo chorych, wyhodował Kruse prątka, zbliżonego do typu Flexner-Manila i podnosi możliwość istnienia obok Shigi-Krusego innego pnia, wywołującego pewne przypadki czerwonki. To przypuszczenie nabiera większego znaczenia po ogłoszeniu Jürgensa i Leinera, którzy w epidemiach przez siebie spostrzeganych wykazują prątka, odpowiadającego prątkowi Flexner-Manila i udowadniają zapomocą aglutynacyi jego związek z czerwonką, przez nich spostrzeganą.

Potem gdy Pfuhl i Kruse ogłosili swoje spostrzeżenia, przeprowadził Lentz w r. 1903 cały szereg doświadczeń, wykazujących, że ten prątek, różniący się od prątka Shigi, wyhodowany w przypadkach czerwonki w Europie, jest prątkiem Flexner-Manila. Jednakże twierdzi, że dla zwierząt jest on bardzo mało jadowitym i wogóle wątpi, czy prątek ten może wywołać czerwonkę u ludzi; zalicza go do grupy rzekomych prątków czerwonki i przypuszcza, że raczej towarzyszy on tylko typowym prątkom czerwonkowym i może mieć znaczenie tylko przy powikłaniach w czerwonce. Leiner w r. 1904 przyznaje mu wprawdzie jadowitość dla zwierząt, ale odmawia zdolności wywoływania charakterystycznych zmian w jelitach.

Sądzę, że skorzystawszy z przypadku, spostrzeganego przezemnie w Krakowie, zdołam rozstrzygnąć tę kwestyę na

podstawie badań, przeprowadzonych w pracowni bakteryologicznej Prof. Nowaka, któremu na tem miejscu składam podziękowanie, jak również koledze Docentowi Drobie za jego chętne i cenne wskazówki.

W listopadzie ubiegłego roku, wezwany do dziecka 11-letniego, stwierdziłem typową czerwonkę o średnio ciężkim przebiegu. Zasięgnąwszy wiadomości w fizykacie miejskim, dowiedziałem się, że od dłuższego czasu ani w Krakowie, ani w okolicy przypadku czerwonki nie było.

Ponieważ miałem zamiar ewentualnie leczyć dziecko surowicą swoistą, chciałem upewnić się co do etyologii tego przypadku i w tym celu podjąłem badania bakteryologiczne kału, przedstawiającego wszystkie znane cechy stolca czerwonkowego. Udało mi się wyhodować i wyosobnić prątka, który w pierwszej chwili robił wrażenie prątka Shigi-Krusego, jednak zachowaniem się na zmodyfikowanej przez Hetscha pożywce Barsickowa, zaznaczył wyraźnie swoją odrębność.

Równocześnie przeprowadziłem badania z surowicą krwi tego chorego w kierunku aglutynacyi i doszedłem do następujących wyników: surowica aglutynowała prątka Shigi-Krusego, znajdującego się w zakładzie:

po 12 godz. zaledwie 1 : 20
po 24 godz. słabo 1 : 40.

Prątek okrężnicowy wspólny (*b. coli commune*), wyhodowany poprzednio z przypadku ostrego nieżytu przewodu pokarmowego, wykazuje po 24 godzinach zaledwie ślad aglutynacyi w rozcieńczeniu 1 : 20. Natomiast danego prątka aglutynowała surowica tego chorego:

w $^1/_2$ godz. w rozcieńczeniu 1 : 80
w 12 godz. 1 : 160 zaznaczona aglutynacya
a w 24 godz. 1 : 160 wyraźna i 1 : 320 ślad.

Natomiast surowica barana, uodpornionego prątkiem Shigi, odstąpiona mi łaskawie przez kolegę Doc. Drobę, której siła aglutynacyjna wynosiła dla prątka Shigi 1:2000, aglutynowała danego prątka po 24 godzinach w rozcieńczeniu 1 : 40 wyraźnie i 1 : 80 zaledwie ślad.

O ile próby aglutynacyi z surowicą chorego dowodzą, że prątek ten pozostawał w ścisłym i to czynnym związku z ustrojem, z którego go wyhodowałem, o tyle próby aglutynacyjne ze surowicą swoistą Shigi dowodzą jego odrębności od prątka Shiga-Kruse. Obok tego zwracam uwagę, że nizki stopień aglutynacyi prątka Shigi z surowicą chorego przemawia, aczkolwiek nie stanowczo, że prątek Shiga-Kruse nie miał tego związku z chorym ustrojem. Ponieważ w dodatku pomimo kilkakrotnych prób szczepienia prątka Shigi z kału chorego i to w pierwszym okresie choroby (na co zwracam uwagę) nie wyhodowałem, przyjąłem, że prątek ten był rzeczywiście przyczyną choroby w danym przypadku. Przypuszczenie to starałem się udowodnić, co, jak to wykażę, w zupełności się powiodło.

Przystąpiłem do oznaczenia i w tym celu założyłem jego hodowlę na wszystkich używanych pożywkach, a w szczególności na płynnej pożywce Barsiekowa, zmodyfikowanej przez Doerra, Hoetscha i Lentza z cukrami: mannitem, gronowym, mlecznym, trzcinowym i na agarze z tymi cukrami. Równocześnie dla porównania założyłem hodowlę prątka dysenteryi Shigi-Krusego, prątka okrężnicowego wspólnego i prątka duru.

Z porównania tych hodowli okazało się, że prątek ten różni się od prątka czerwonkowego Shigi, mianowicie, że posiada zdolność fermentowania mannitu i stąd daje czerwone zabarwienie w niebieskiej poprzednio pożywce; daje w wodzie peptonowej indolowy odczyn, rośnie na ziemniaku w postaci dość wyraźnego żółtawego nalotu, podczas gdy Shiga mannitu nie fermentuje, na ziemniaku rośnie w postaci niewidzialnej powłoczki i co najważniejsza nie daje odczynu indolowego. Od prątka duru różni się brakiem ruchów, odczynem indolowym i sposobem wzrostu na ziemniaku. Od prątka okrężnicy wspólnego — brakiem ruchów, ścinania mleka, tworzenia gazów w agarach cukrowych, wzrostem na ziemniaku (prątek okrężn. wspólny rośnie na ziemniaku szaro-żółto i bardzo obficie) i brakiem fermentowania cukru mlecznego i trzcinowego. Ogólnie biorąc, rośnie we wszystkich pożywkach i żelatynie, dając kolonie o typie bakteryi grupy prątka okrężnicowego, jednak słabiej, niż ten ostatni, a mocniej niż prątek dysenteryi Shiga.

Biorąc pod uwagę te tak ważne cechy, jak również zachowanie się wobec surowicy swoistej Shigi, należy wyhodowanego przezemnie prątka stanowczo wyodrębnić od prątka czerwonkowego Shigi-Krusego. Co dalej, z cech tych (mannit, odczyn indolowy, wzrost na ziemniaku) wyłoniła się myśl, że prątek ten może być identyczny z prątkiem Flexnera-Manila, o którego znaczeniu we wstępie wspomniałem.

Otrzymawszy dzięki łaskawości kolegi Eisenberga szczep oryginalny Flexner-Manila, sprowadzony od Krala, jak również surowicę wysokowartościową dla tego szczepu, stwierdziłem zupełną identyczność prątka, wyhodowanego przezemnie, z prątkiem Flexner-Manila. Surowica ta mianowicie aglutynuje tak szczep oryginalny, jak i mój szczep w wysokości 1 : 1600 i wyżej.

Natomiast surowica wysokowartościowa 1:2000 Shigi, otrzymana przez Docenta Drobę, aglutynuje szczep mój na 1 : 40.

Po stwierdzeniu identyczności tego szczepu ze szczepem Flexnera i wziąwszy pod uwagę badania autorów Krusego, Jürgensa, Leinera, którzy w przypadkach czerwonki prątek ten z kału chorych wyhodowali, jednak w ścisłem znaczeniu tego słowa nie udowodnili, że prątek ten może wywoływać obraz chorobowy typowej czerwonki, bo samej próby aglutynacyjnej z surowicą chorych, wypadającej dodatnio, za ostateczny dowód uważać nie można, a ponieważ w dodatku Lentz w swoich badaniach porównawczych wyraził silne powątpiewanie, czy prątek ten może być chorobotwórczym w tem znaczeniu, jak to wyżej podkreśliłem, a i Leiner przyznaje mu wprawdzie jadowitość, ale bez zdolności wywoływania u zwierząt charakterystycznych zmian jelitowych, postanowiłem zapomocą ostatecznego argumentu, jaki w tym przypadku posiadamy, to jest na podstawie doświadczeń na zwierzętach sprawę tę rozstrzygnąć.

Do doświadczeń użyłem myszek, świnek morskich, królików i psów. Wstrzykiwany myszkom w 24-godzinnej hodowli bulionowej w ilości jednego i pół centymetra sprowadzał śmierć w przeciągu kilkunastu godzin, przyczem w jelitach myszek zauważyć można było treść blado-różową, a z krwi i narządów wewnętrznych otrzymywałem czyste hodowle. Podobnie miała się rzecz z królikami. Świnki

morskie natomiast okazały się odpornemi nawet przeciw wielkim dawkom wstrzykiwanym do otrzewnej.

Najważniejszym jednak dowodem jego swoistej własności chorobotwórczej są doświadczenia, wykonane na psach. Użyłem do tego dwóch psów. Psu dorosłemu, nie dręczonemu żadnymi środkami pomocniczymi, używanymi w takich razach, jak alkalizowanie przewodu pokarmowego, głodzenie i t. p. (obie te okoliczności mają ważne znaczenie), podałem w mięsie 30 ctm. hodowli bulionowej, jednemu czterodniowej, drugiemu dwudniowej. Oba psy zachowały się jednakowo; na trzeci dzień wystąpiły objawy chorobowe, jak brak łaknienia, ból, objawiający się ustawicznem wyciem i osłabienie. Wśród wzrastającego osłabienia (w 5-tym dniu już nie mogły wstawać) ukazały się stolce płynne, u jednego podbarwione krwią, zmięszane ze śluzem, wśród których to objawów pierwszy padł po 7 dniach, drugi po 8. Oględziny pośmiertne wykazały co następuje: na otrzewnej i ścianach jelit wynaczynionki, (płynu zapalnego w jamie otrzewnej nie było), treść jelit, tak grubego, jak i cienkiego, skąpa, śluzowo-krwawa, zmieszana ze strzępami błon rzekomych. Błona śluzowa jelit rozpulchniona, przekrwiona, pokryta licznemi wynaczynionkami i strzępami błon wrzekomych. Gdzieniegdzie zdają się znajdować powierzchowne ubytki, stwierdzone ostatecznie preparatami histologicznymi. Nieliczne gruczoły krezkowe przedstawiają ostry obrzęk, przekrwienie i wynaczynionki. Zmiany najwyraźniejsze w jelicie grubem, również znaczne zmiany w jelicie cienkiem, w miarę posuwania się w górę słabną.

Z treści kałowej wyhodowałem czyste hodowle tegoż prątka, znajdującego się w ogromnej przewadze nad innymi drobnoustrojami. Również ze śledziony wyrosła czysta hodowla; z krwi, wątroby, nerek i gruczołów krezkowych prątka nie wyhodowałem. Taksamo zachowała się i myszka, karmiona hodowlą bulionową; padła wychudzona po 9 dniach, a z jelit, zawierających różową treść i ze śledziony otrzymałem również czyste hodowle.

Badanie histologiczne jelit psa wykazuje: przekrwienie i wynaczynionki; naciek drobnokomórkowy, tak w warstwie gruczołowej, jak i podśluzowej, złuszczenie i brak przybłonka, a w niektórych miejscach ubytki powierzchowne. W ścianach jelit znaleźć można gromadki prątków. Preparat z gruczołów krezkowych wykazuje naciek, przekrwienie i liczne wynaczynionki; — bakteryi wykazać nie można. Równocześnie robione doświadczenia nad toksyną tego prątka, otrzymaną drogą naturalną przez przesączenie hodowli 3, 6 i 12-dniowych na bulionie Droby, będącego modyfikacyą bulionu Martina, dały na razie wynik ujemny, jakto zresztą doświadczenia nad toksyną prątka dysenteryi Shiga-Kruse, któremi obecnie się zajmuję, zdają się wykazywać.

Na podstawie tych doświadczeń przychodzę do wniosków: Po pierwsze: że prątek Flexner-Manila, jak to już podnosili inni autorowie, jest stanowczo odmiennym od prątka Shigi i że należy go uważać nie za prątek rzekomoczerwonkowy, jakto chciał Lentz, Hetsch i inni, ale że mu się należy w zupełności nazwa prątka dysenteryi Flexnera.

Powtóre, prątek ten, znajdowany w kale chorych czerwonkowych przez Flexnera, Krusego, Jürgensa i Leinera, jest prątkiem, wywołującym samodzielnie typową czerwonkę tak dobrze, jak i prątek dysent. Shiga-Kruse, czego niezbitym dowodem są doświadczenia, wykonane przezemnie na zwierzętach. Nakoniec, podobnie jak na Filipinach, oraz w innych krajach Europy, taksamo i u nas musimy się liczyć z faktem, że czerwonka może być wywołaną przez dwa oddzielne prątki: prątek czerwonkowy Shigi-Krusego, wykazany w 2 epidemiach w Galicyi przez Raczyńskiego i prątek czerwonkowy Flexner-Manila, wyhodowany przezemnie w omawianym tutaj przypadku, co ze względu na możliwość leczenia swoistemi surowicami jest rzeczą bardzo ważną.

II. Z zakładu higieny Uniw. Jag. pod dyrekcyą Prof. O. Bujwida.

Pogląd na naukę o wściekliźnie.

Napisał

R. Nitsch, asystent Zakładu.

Wścieklizna jest bezwątpienia jedną z najdawniej znanych chorób. Pierwszy wspomina o niej w IV wieku przed Chrystusem Arystoteles, a za nim liczni pisarze starożytni. Już w najodleglejszych czasach wiedziano, że przenosi się ona przez ukąszenie, przyczem niektórzy mniemali, że psy mogą przenosić tę chorobę tylko na zwierzęta, a nie na ludzi. Ranę z ukąszenia radzono wypalić rozpalonem żelazem lub wyssać. Następne wieki nic właściwie nowego nie przyniosły nauce o wściekliźnie oprócz licznych błędnych zapatrywań na istotę tej choroby. Do takich należy n. p. w średnich wiekach powstałe mniemanie, jakoby chorzy na wściekliznę zakażali oddechem powietrze, — wskutek czego duszono ich poduszkami. Dopiero w XIX wieku coraz częściej spotyka się ścisłe doświadczenia, usuwające pomału błędne mniemania. Grüner i hr. Salme wykazują w r. 1813 zakaźność śliny psów wściekłych przez szczepienie jej na inne zwierzęta; Brandt w roku 1822 opisuje porażną formę wścieklizny, o której już w XVIII w. wiedział van Swieten — i wykazuje, że wściekliznę przenosić można i na zwierzęta roślinożerne. Doświadczenia te potwierdzają i rozszerzają Magendie, Hertwig, Renaud i inni. W r. 1879 opisuje Galtier wściekliznę u królików i wykazuje, że zwierzę to jest bardzo wrażliwym i wygodnym materyałem do doświadczeń nad tą chorobą. Odkrycie to wywarło bardzo dobroczynny wpływ na dalszy rozwój nauki, albowiem poznano zwierzę, na którem można było czynić doświadczenia bez żadnego niebezpieczeństwa i z niewielkimi środkami. Aż do czasów Galtiera bowiem używano do doświadczeń nad wścieklizną psów, co łączyło się z pewnem niebezpieczeństwem, lub owiec, kóz i t. p., co znowu było zanadto kosztownem. Nocard i Bert wykazują, że ślina przesączona przez sączek gipsowy przestaje być zaraźliwą, podczas gdy zaszczepienie materyału, pozostałego na sączku, wywołuje chorobę. Stąd wnoszą, że przyczyną wścieklizny jest zarazek uorganizowany. Wreszcie od r. 1881 przedstawia Pasteur częścią sam, a częścią wspólnie z Chamberlandem, Rouxem i Thuillierem paryzkiej Akademii umiejętności szereg sprawozdań, które właściwie dopiero stworzyły naukę o wściekliźnie. Albowiem aż do czasów Pasteura wiedziano tyle tylko o wściekliźnie, co powyżej przytoczyłem.

Nie wiedziano właściwie nic o umiejscowieniu zarazka w ustroju zakażonym, z wyjątkiem tego, że ślina jest zaraźliwą. Doświadczenia czynione z różnemi wydzielinami i wydalinami zwierząt, z ich krwią i różnymi narządami, dawały najsprzeczniejsze wyniki. Pasteur udowodnił, że właściwą siedzibą zarazka wścieklizny jest ośrodkowy układ nerwowy (głównie rdzeń przedłużony), że w nerwach obwodowych również znajduje się ten zarazek, jakkolwiek nie tak stale i w mniejszej ilości, niż w ośrodkowym układzie nerwowym. Również potwierdził Pasteur, że ślina i gruczoły ślinowe zawierają zarazek. To, co Pasteur udowodnił, to przed nim przypuszczał już na podstawie klinicznego obrazu choroby Duboué.

Nie znano pewnego sposobu szczepienia wścieklizny. Szczepiono ślinę i różne inne produkta lub narządy ustroju, zwykle podskórnie lub do skóry, — czasem do mięśni. I znowu szczepienie takie dawało bardzo różne wyniki: bardzo często się nie przyjmowało, prócz tego nieraz komplikowały doświadczenia ropnie, ropowice i t. p. Dopiero Pasteur wykazał, że tylko szczepienia podoponowe lub śródmiąższowe dają pewne wyniki i jeżeli wykonano je cząstką mózgu lub rdzenia wściekłego zwierzęcia, to dają zawsze wynik dodatni. Tak ugruntował Pasteur bardzo ważny i niezawodny środek rozpoznawczy wścieklizny. Aż do czasów Pasteura bowiem nie umiano nigdy postawić pewnego dowodu, czy dane zwierzę było wściekłem. Rozporządzano tylko klinicznym obrazem choroby, a po śmierci oryentowano się obecnością ciał obcych w żołądku i brakiem zresztą zmian anatomicznych.

W dalszym ciągu prac swoich zmodyfikował Pasteur jad wścieklizny. Kawałek mózgu psa, padłego na wściekliznę, zaszczepił pod oponę królikowi; królik ten zginął na wściekliznę 18 dnia po 3-dniowej chorobie. Znowu cząstkę mózgu tego królika zaszczepił drugiemu królikowi i t. d. Pomału czas wylęgania choroby się skracał i śmierć wcześniej występowała. Wreszcie między 80 a setnym królikiem występowały pierwsze objawy choroby już 5 lub 6 dnia po zaszczepieniu, a śmierć przychodziła po 7 lub 8 dniach. Dalsze przeszczepienia nawet setkami pokoleń już nie skracały okresu wylęgania, ani nie przyspieszały śmierci. Tak zatem otrzymał Pasteur zarazek o stałej sile i znacznie jadowitszy przy szczepieniu pod oponę, niż zwyczajnie spotykany zarazek. W ten sposób zmieniony jad nazwał Pasteur zarazkiem stałym (*virus fixe*), w odróżnieniu od zarazka spotykanego w naturze, który nazwał zarazkiem ulicznym (*rage des rues*). Stały zarazek nazywają także laboratoryjnym.

W ten sposób uzyskał Pasteur zarazek o stałych cechach, który dawał się przechowywać w pracowniach przez przeszczepianie na króliki i z którym można było wygodnie czynić doświadczenia. Okazało się wkrótce, że ta modyfikacya zarazka wywarła rozstrzygający wpływ na sprawę zapobiegania wściekliźnie. Wkrótce bowiem zauważył Pasteur, że zarazek stały daje się osłabić różnymi sposobami. Najważniejszym praktycznie było wysuszanie nad KOH. Jeżeli zawieszono kawałek rdzenia nad KOH i suszono go tak przez 10—14 dni, to króliki szczepione takim rdzeniem wcale nie ginęły: szczepione rdzeniami schnącymi krócej, ginęły, ale z przedłużonym okresem wylęgania. Tak odkrył Pasteur sposób osłabiania zarazka wścieklizny. Takim osłabionym zarazkiem spróbował Pasteur szczepić podskórnie zwierzęta, narażając je później na pokąsanie przez psa wściekłego. Okazało się, że zwierzęta te nabywały pewnej odporności. Pomału wydoskonalił Pasteur swój sposób i odważył się wreszcie zaszczepić i człowieka. Pierwsze to szczepienie rozpoczął Pasteur 7 lipca 1885 r. u 9-letniego chłopca nazwiskiem Józef Meister, ciężko pogryzionego przez psa wściekłego. Szczepienie się powiodło i było odtąd coraz częściej stosowane. Pomału powstały zakłady do szczepień ochronnych w różnych krajach Europy i innych częściach świata. Dzisiaj liczą się już ludzie, którzy poddali się szczepieniom przeciw wściekliźnie, na setki tysięcy.

Nie będę tu opisywał sposobu szczepień ochronnych, bo jest to rzecz znana. Również nie potrzeba już dowodzić ich skuteczności. Zaprowadzenie szczepień ochronnych uczyniło zbytecznymi do pewnego stopnia dawne sposoby zapobiegania wściekliźnie, t. j. wycierania lub wypalania ran żelazem lub środkami żrącymi. Oczywiście, że i teraz nie można tym sposobom odmówić pewnego znaczenia, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie pokąsany nie może zaraz udać się do zakładu, albo gdzie obrażenia są powierzchowne, łatwo dostępne dla środków odkażających. Ale sposoby te powinny być stosowane oględnie. Zapuszczenie do rany nalewki jodowej lub wymycie jej dokładne sublimatem 1‰ lub kreoliną, wystarcza zupełnie. W danym razie można użyć soku cytrynowego, który bardzo szybko niszczy zarazek wścieklizny. Nie powinno się natomiast używać kwasu karbolowego, ani azotanu srebrowego, bo te przetwory działają bardzo słabo na zarazek. Również należy unikać głębokiego wypalania ran i stosowania obficie różnych środków żrących na nieznaczne tylko draśnięcie lub zdarcie przyskórka. Co roku widzimy w Zakładzie prof. Bujwida kilkanaście przypadków, w których stosowanie takich środków na nieznaczne ranki, pochodzące z ukąszenia, wywołało owrzodzenia wielkości korony, na 1—2 ctm. wgłąb drążące, które bardzo trudno się goją i niepotrzebny sprawiają ból. Tak „sumiennie“ wypalone rany stanowią często jedyny przedmiot skargi pacyentów przez cały czas szczepień.

Takie były najważniejsze zdobycze Pasteura w nauce o wściekliźnie. Fakta przez niego odkryte stwierdzone zostały następnie w niezliczonych doświadczeniach, wykonywanych przez różnych autorów. I długi szereg lat następnych nic nowego właściwie nie przyniósł nauce. Z natury rzeczy zwracała się uwaga badaczów na odkrycia przyczyny wścieklizny.

Co do ogólnych poglądów na tę sprawę, to istnieją doświadczenia wykazujące, że zarazek wścieklizny musi być tworem uorganizowanym, a nie jakimś płynem „*contagium vivum fluidum*“, jak to niektórzy przypuszczali. Albowiem można przez kilkunastogodzinne centryfugowanie na dobrej wirownicy otrzymać w wodnej mleczance mózgu zakażonego dwie warstwy: warstwę górną niezakaźną i dolną, przenoszącą zakażenie (Barratt). Można w specyalnych prasach pod bardzo wysokiem ciśnieniem zmiażdżyć mechanicznie tak substancyę mózgową, że nie przenosi ona więcej zakażenia (Barratt). Można wreszcie przesączyć przez niektóre sączki bakteryologiczne (filtry Reichela, Kitasato, Chamberlanda F., Berkefelda W. i inne) zawiesinę jadowitego mózgu tak, że przesączyna nie wywołuje wścieklizny, a zatem nie zawiera zarazka (Remlinger

i Riffat Bey, Bertarelli, Volpino, Nocard, Bert i wielu innych). Ba, nawet potrójna warstwa zwyczajnego sączka z bibuły nie przepuszcza zarazka ulicznej wścieklizny! podczas gdy zarazek wścieklizny stałej przechodzi przez taki sączek (Bertarelli i Volpino). Doświadczenia te niewątpliwie dowodzą że mamy do czynienia z tworem uorganizowanym, który czy to z powodu swych drobnych wymiarów, czy specyalnych własności barwnych, czy poprostu z powodu trudności zoryentowania się w takim chaosie, jaki przedstawia środkowy układ nerwowy pod mikroskopem, — dotąd nie dał się odkryć. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

G. Riether **Therapie im Säuglingsalter.** (Wiedeń i Lipsk. A. Hölder. 1904. Cena opraw. kor. 2 80).

Firma Höldera wydaje w ostatnim czasie szereg tanich i gustownie oprawionych książeczek, stanowiących bibliotekę podręczną dla lekarzy praktykujących. Biblioteka ta uwzględnia w pierwszym rzędzie terapię. Książka, o której piszemy, stanowi jej tom dziesiąty i zasługuje ze wszech miar na uwzględnienie przez lekarzy praktyków i lekarzy chorób dziecięcych. Autor, prymaryusz i kierownik zakładu podrzutków w Wiedniu, przedstawia w niej krótko i przystępnie rozwój, fizyologię, patologię i terapię chorób noworodków i osesków, uwzględniając przytem wyniki najnowszych badań naukowych. Dziełko to zawiera pierwszą terapię wieku osesków, która mimo swej zwięzłości (143 stronic) może lekarzowi praktykującemu zastąpić obszerny podręcznik chorób dziecięcych, a i specyalista znajdzie w niej niejedną zajmującą wskazówkę.

Książka rozpada się na sześć rozdziałów, z których pierwszy obejmuje postępowanie z dzieckiem w pierwszym czasie po porodzie. Rozdział drugi poświęcony fizyologii noworodka i oseska, a zatem rozwojowi dziecka w pierwszych miesiącach życia, pierwszym objawom rozwoju umysłu i narządów zmysłowych, tłómaczy zmiany w ustroju, wchodzące jednak jeszcze w granice fizyologii. Rozdział trzeci omawia pielęgnowanie noworodka i oseska: autor przestrzega przed używaniem w pokoju dziecięcym lampek nocnych, jako niepotrzebnych, zniewieściających dziecko i psujących powietrze; w razie potrzeby radzi w każdej chwili świecę zaświecić. Wstrzymywać się z kąpielą dziecka do odpadnięcia pępowiny nie należy. W zimie wysyła się dzieci małe na spacer między godziną 11—4, w lecie między 9—11. przed nastaniem upału. W razie wilgotnego, mglistego powietrza, jakoteż silnych wiatrów wschodnich i północnych dzieci nie należy wysyłać. Wiele ostrożności potrzeba zachować w pierwszych dniach wiosny, w których tylko przy zupełnie suchej pogodzie, na miejsca słoneczne i to na krótko można wynosić dzieci. Do hartowania oseski się nie nadają. W rozdziale czwartym, nieco obszerniejszym, mówi autor o żywieniu niemowląt, oczywiście o żywieniu pokarmem matczynym, o wyborze mamki i o różnych sposobach żywienia sztucznego. Kawy i herbaty w pierwszym roku życia użyć można tylko jako lekarstwa; wyskoku zaś, nawet w tym celu tylko bardzo rzadko. Miękkie jaja można pozwolić dać oseskowi dopiero przy końcu pierwszego roku życia. Rozdział piąty, najobszerniejszy (55 stronic), jest alfabetycznie uporządkowanem zestawieniem chorób dziecięcych, nie wykluczając chorób skórnych, obrażeń, powstałych podczas porodu i t. p. Dzięki temu uporządkowaniu alfabetycznemu lekarz potrafi się w jednej chwili zoryentować. Nie brak tu i zwięzłego opisu choroby Barlowa. Choroby pępka w kilku miejscach są omówione, mianowicie: *arteriitis* i *phlebitis umbilicalis, excoriatio, blennorrhoea et gangraena umbilici, omphalitis* (lepiej *periomphalitis*), *sarcomphalus (fungus umbilici), omphalorrhagia;* spostrzegano także schorzenie błonicze rany pępkowej i wtedy należy wykonać leczenie surowicą. Jeśli wobec krwawienia z pępka nie skutkują leki ściągające, stosuje się przyżeganie przyrządem Paquelina lub wylanie lejka pępkowego miazgą z gipsu, lub wreszcie, jeśli ponowne podwiązanie nie jest możliwem, robi się podwiązanie pępka miąższowe (*en masse*).

Z mączek, używanych dla żywienia dzieci, R. odniósł najlepsze wyniki po użyciu mączki Kufekego i poleca zupę z tej mączki w schorzeniach przewodu pokarmowego i jako środek pomocniczy w sztucznem żywieniu osesków. Naturalnie, że żaden z reklamowanych sztucznych środków odżywczych nie potrafi zastąpić żywienia naturalnego pokarmem matczynym.

Napary anyżu, kopru lub kminku nie mają żadnej wartości w morzysku, gdyż wywołują one jeszcze odęcie. Zapalenie pęcherza moczowego zdarza się u osesków, jako powikłanie nieżytu jelitowego, a zwłaszcza przewlekłego. Błonica u noworodków i osesków występuje prawie zawsze jako pierwotna błonica nosa. Ale rzecz dziwna, że znajdujemy i w sapce jadowite prątki błonicze w wydzielinie śluzowej i śluzowo-ropnej, pomimo braku wszelkich objawów klinicznych błonicy, które też i następnie się nie zjawiają. Sapka przez ściekanie wydzieliny ku tyłowi wywołuje zapalenie krtani i oskrzeli, dlatego w sapce powinno się często nos czyścić małymi zwitkami waty; dziecko należy chronić przed nagłem ochłodzeniem i miejscowo stosować wziewania ciepłych roczynów soli, ałunu, garbnika lub wkraplanie tych roczynów kropleńcem, a następnie stosowanie 1% żółtej maści precypitatowej na oczyszczoną błonę śluzową zapomocą zwitków waty. Oprócz sapki, wywołującej zapalenie oskrzeli, sprawa ta bardzo łatwo się przenosi na oseski przez powietrze wydychane osób kaszlących, tak dorosłych, jak i dzieci. Jako zewnętrzny środek wykrztuśny, obok wziewań, okładów wysychających i t. d., zaleca R. leżenie na brzuchu, albo wprost kładzenie dzieci na brzuch kilka razy dziennie przez $\frac{1}{2}$—1 godziny, przyczem głowa ma być umieszczoną niżej niż miednica, a usta wolne i odsłonięte; przedtem jednak radzi on jeszcze postawić dziecko na 2—3 minut na głowę, trzymając je za nóżki. Jeśli oddychanie nie jest dostateczne, stosuje się wdychania tlenu lub wahania Schultzego. Płonica u osesków, zwłaszcza w pierwszym półroczu życia, jest bardzo rzadką; okres wylęgania nieokreślony, trwa bowiem 2—7, lecz także 1—14 dni. Surowicy przeciwpaciorkowcowej Mosera wstrzykiwano w ciężkich przypadkach po 60—200 cm.^{3} chorym dzieciom w wieku od 7—16 miesięcy. Wstrzykiwanie surowicy w tężcu noworodków odnosi jeszcze mierny skutek. Należy ją bardzo wcześnie stosować, w dawkach po 10 cm. sz. kilka razy dziennie. Zapalenie ślinianki przyusznej spostrzegano u osesków, chociaż rzadko; okres wylęgania trwa 7—22 dni. Wól nieraz jest wrodzony i istnieje wtedy prawie zawsze i u matki. Leczenie tyreoidyną w obrzęku śluzakowym i mongoliźmie noworodków należy rozpocząć dopiero nieco później. Zapalenie szpiku kostnego spostrzega się nieraz u osesków. Krztusiec nagabuje noworodki i oseski również często, jak i dzieci starsze, jednak najczęściej napady nie są typowe; wylęganie trwa 3—12. Odra również nagabuje noworodki i oseski. Kurcz głośni zdarza się już u noworodków jako wrodzony głos ostry (*stridor congenitalis*). Grypa często nagabuje noworodki i oseski; zimnicę spostrzega się u noworodków i osesków, tylko że u nich przebiega ona atypowo, często z drgawkami zamiast dreszczów. Kamicę żółciową, aczkolwiek rzadko, spostrzegano już u osesków; tak samo ostry żółty zanik wątroby. Marskość wątroby u osesków pochodzi prawie zawsze z kiły. Zapalenie nerek miąższowe z różnych przyczyn nie rzadko powstaje u noworodków i osesków; zapalenie śródmiąższowe z marskością pierwotną zdarza się w kile wrodzonej. Jeśli własna matka nie może karmić dziecka, chorego na kiłę wrodzoną, musimy go odżywiać

sztucznie, gdyż i przy największej ostrożności mamka zarazić się może. Ponieważ jednak niektórzy lekarze pozwalają wtedy na przyjęcie mamki, jeśli ona wprzód będzie uprzedzona o grożącem jej niebezpieczeństwie i mimo to dobrowolnie na to się zgodzi, R. uważa takie postępowanie za bezwarunkowo niedozwolone, gdyż mamka, mimo najdokładniejszego wyłuszczenia, nigdy nie może pojąć doniosłości prawdziwego zakażenia się kiłą. Za przyczynę wyprysku osesków uważa wielu zaburzenia w trawieniu i stąd też nazwa *crusta lactea* (ognipiór, słodki strup). Dlatego w leczeniu wyprysku osesków baczną należy zwracać uwagę na usunięcie zaburzeń jelitowych przez uregulowanie odżywienia. Ponieważ, jak wiadomo, przy wyprysku woda i mydło są szkodliwe, z drugiej strony jednak kąpanie osesków jest prawie niezbędne, trzeba od czasu do czasu stosować kąpiele z naparu kory dębowej lub otrąb. Również w liszaju pokrzywkowym (*lichen urticatus*) uznawanym przez niektórych za *urticaria chronica infantum*, (a przez Henocha za *lichen strophulus*), leczenie musi się skierować przeciw zaburzeniom jelitowym, a to przez uregulowanie dyety, zwalczanie zaparcia żywota i odkażenie jelit zapomocą ichtalbiny lub ichtoformu, 3 razy dziennie po 0·05 - 0·2 z czekoladą lub w mieszance 2·0—3·0:100·0. Zewnętrznie stosuje się kąpiele z otrąb, z odwaru kory dębowej, z garbnikiem lub siarką, jakoteż maść glejtową (*diachylon*), maść z kwiatem siarkowym (*sulfur praecipitatum*), z octanem ołowiowym, oraz zasypki. Ropnie, tworzące się często u osesków, zalicza Riether do trądzika charłaczego (*acne cachecticorum*) lub *folliculitis abscedens*. Przy trądziku, czyrakach i wyprysku podaje się na wewnątrz 1—2 razy dziennie 0·25 drożdży piwnych (*fermentum cerevisiae*). Świerzb u osesków nie zawsze jest łatwy do rozpoznania, gdyż twarz, pośladki, brzuch i stawy częściej są zajęte, niż palce u rąk i nóg i wywołuje on często wypryski rozległe. Dla usunięcia małych naczyniaków należy probować pędzlowania kilka razy dziennie 5—10% kolodyonem ichtyolowym; takim samym rozczynem pędzlować należy wykwity rumienia guzowatego. Przy ropnem zapaleniu ucha środkowego dziecko powinno więcej leżeć na boku ucha słabego, by ułatwić wydzielanie się ropy.

Szósty, ostatni rozdział daje krótkie, również alfabetycznie uporządkowane zestawienie środków leczniczych i ich dawkowanie, uwzględniając i leki nowsze, jak rachitol, piridynę, petrosulfol i t. d. Zawarte tu są różne sposoby i zabiegi lecznicze, jak rozmaite kąpiele i ich stosowanie u dzieci, szczepienie krowianką, a również środki higieniczne i dyetetyczne. Pragnąłbym i z tego rozdziału podnieść jeszcze kilka szczegółów: najodpowiedniejszy sposób stosowania leków u osesków jest rozczyn i mieszanka. Jako środek przeciwgorączkowy zaleca R. między innymi lewatywy trwałe zimne, w których po lewatywie wypróżniającej wstrzykuje się do prostnicy 30—50 grm. zimnej wody studziennej o 12—15° C., którą przez ściskanie pośladków należy tamże przez 5 minut zatrzymać. W miejsce worka lodowego u osesków, n. p. w zapaleniu osierdzia, używa kondomu, mogącego służyć także za odbieralnik moczu dla osesków męzkich po naciągnięciu jego pierścienia gumowego na podstawę prącia i moszny. Wodę białkową poleca R. przygotowywać w sposób następujący: rozciera się jedno białko z 3—4 łyżeczkami cukru miałkiego, poczem dodaje się powoli pół lit. przegotowanej i znowu ostudzonej wody; dla działania podniecającego dodać można łyżeczkę koniaku. Wodę białkową trzyma się dobrze zakorkowaną i podaje się ją zwykle zimną; jeśli chcemy, by była ciepłą, należy ją ogrzać w łaźni wodnej powoli do 35° C., aby białko się nie ścięło. W końcu podaje autor zestawienie piśmiennictwa, z którego korzystał przy opracowaniu tej taniej, dobrej książki, stanowiącej dla praktyka treściwy podręcznik w leczeniu noworodków i osesków. *Dr. J. Fels.*

IV. Wyciągi.

CHIRURGIA. Dr. Richard Milner. **O tak zwanem wynaczynieniu zastoinowem z powodu wzmożonego ucisku, wywartego na tułów i o różnych jego przyczynach.** (*Deut. Zeitschrift f. Chirurgie*, Tom 76). Milner, analizując objawy przekrwienia zastoinowego, jakie występują w przypadkach znaczniejszego urazu w okolicy tułowia, jakoteż objawy występujące po napadach padaczkowych albo wymiotach, nieraz po kurczowym kaszlu i ciężkich porodach, przyczem nie może być mowy o biernem zmniejszeniu się pojemności jam tułowia, przychodzi do przekonania, że objawy wyżej wymienionego przekrwienia żylnego nie zostają wywołane tylko samym urazem, ugniatającym klatkę piersiową i jamę brzuszną i zmniejszającym ich pojemność. Jako objawy takiego przekrwienia podaje sinicę, obrzęk i wybroczyny w skórze głowy, które zależnie od warunków zewnętrznych, jak ubrania i t. p. kończą się na szyi lub nieco niżej, wybroczyny na błonach śluzowych jam twarzowych i we wnętrzu oczu i ucha; natomiast w samej czaszce wybroczyn nie ma, a świadomość zwykle zachowana. Mechanizm powstawania przekrwienia biernego tłómaczy autor z jednej strony brakiem zastawek w żyle próżnej górnej i w ż. ż. szyjnych, a z drugiej strony odruchowem napięciem powłok brzusznych i wdechowem ustawieniem klatki piersiowej, co wywołuje znaczniejszy dopływ krwi żylnej do klatki piersiowej. Jeżeli w chwili urazu lub nieco wcześniej zostaje zamknięta również i głośnia, a uraz zdąża do zgniecenia klatki piersiowej, to krew musi ujść jedną jedyną drogą, t. j. do żył szyjnych i ich rozgałęzień, a więc w obrębie głowy, gdyż żyły odnóg górnych posiadają zastawki. Lecz do wywołania następstw przekrwienia biernego, jakoto: obrzęku, wybroczyn, nie byłoby wystarczającem małą chwilkę trwające uciśnienie klatki piersiowej. Na to składają się dalsze czynniki, a mianowicie: nagromadzenie w żyłach CO_2, co powoduje rozszerzenie żył, a z drugiej strony ruchy zachowawcze uciśniętego, zdążające do wyswobodzenia się, co również wzmacnia ciśnienie w klatce piersiowej. Jako dowód występowania przekrwienia biernego w przypadkach urazowych w znacznej części wskutek działania mięśni przytacza te same objawy, występujące w padaczce, przy natężonych wymiotach, krztuścu i ciężkich porodach, przy których występuje wzmożenie się ciśnienia w jamach tułowia wskutek głębokiego wdechu, napięcia tłoczni brzusznej i zamknięcia głośni. Następnie odnosi objawy przekrwienia biernego głowy u uduszonych i powieszonych, u których jednak pętla nie uciska w zupełności wszystkich naczyń i nie tamuje krążenia, częściowo do utrudnionego krążenia, a częściowo do wzmożonego ciśnienia w klatce piersiowej wskutek świadomie lub nieświadomie wykonywania ruchów samozachowawczych. Jako dalsze przyczyny przekrwienia biernego wymienia autor natężenie urazu, czas trwania, obfitość krwi w ustroju, mniej lub więcej obfite rozwinięcie naczyń na głowie i ich podatność. Brak wybroczyn w mózgu tłómaczy niepodatność ścian jamy czaszki, wskutek czego ściany żył mogą się tylko zwolna, o ile ustępuje płyn mózgowo-rdzeniowy, rozszerzać i nigdy do tego stopnia, by mogły pęknąć. Częściej pękają tętnice, ale tylko u ludzi starszych, gdy są zwapniałe. Zaburzenia ze strony wzroku tłómaczy również wzmożonem ciśnieniem śródocznem. *Dr. Jarecki.*

Dr. Schulz. **O złamaniach członków palców** (*phalanges*). (*Deut. Zeitsch. f. Chir.*, Tom 76). Autor na podstawie przypadków częścią z piśmiennictwa, częścią z własnego dłuższego spostrzegania, zwraca uwagę, że złamania członków palców nie należą do rzadkości. Rzadko wprawdzie zostają rozpoznawane, a jako przyczynę tego podaje nieznaczne przesunięcie poszczególnych odłamków i bardzo często nieznaczne objawy podmiotowe. Od czasu jednak, jak zaczęto na to baczną zwracać uwagę i podejrzane przypadki badać promieniami Röntgena, liczba przytaczanych przypadków znacznie się zwiększyła. Na podstawie obrazów rentgenograficznych dzieli autor złamania na dwie kategorye, mianowicie na złamania trzonu i na złamania nasad stawowych. Do pierwszej zalicza złamania poprzeczne trzonu, przyczem zwykle występuje zboczenie i skręcenie członka, oraz złamania skośne i zdruzgotania. Jako objawy tych złamań podaje zgrubienie palca w miejscu złamania, brak ruchomości odłamków, nieraz trzeszczenie. Do drugiej kategoryi zalicza złamania w postaci T, Y (y) i V (v). Jako objawy podaje zmianę objętości członka w okolicy stawu, zmniejszenie się ruchomości i zboczenie od osi prawidłowej. Jako następstwo bardzo często sztywność palca, co tłómaczy się wielką trudnością przystosowania odłamków; pośrednią postać stanowią pęknięcia kości podłużne. Jako objawy podaje zmianę grubości całego członka i dość znaczną bolesność. Leczenie polega, jak we wszystkich złamaniach, na odprowadzeniu i ustaleniu złamanego palca. *Dr. Jarecki.*

Schlagintweit. **Przypadek bąblowca, umiejscowionego na zewnątrz i na wewnątrz czaszki.** (*Deut. Zeitsch. f. Ch.*, Tom 76). Autor opisuje przypadek, w którym chora miała cierpieć na bole głowy w okolicy karku, zwłaszcza po stronie prawej. Wkrótce miało się dołączyć uczucie zawrotu głowy, osłabienie wzroku i słuchu. Podmiotowo można było wybadać w okolicy karku guz chełboczący, którego nakłucie pozostało bez skutku. Badanie dna oka wykazało tarczę zastoinową i niedowidzenie połowicze od strony skroni. Zaburzenia wzroku wskazywały na możliwość kiły. Leczenie przeciwkiłowe pozostało bez skutku. Z objawów należało przypuszczać guz śródczaszkowy. Po otwarciu guza w okolicy karku wydobyto liczne pęcherzyki i haczyki bąblowca. Kość częściowo nadżarta, ale komunikacyi z jamą czaszki wykazać nie było można. Mimo tego, ze względu na objawy ze strony mózgu, przystąpiono do trepanacyi, która wykazała, że między kością a oponą twardą było drugie ognisko bąblowca wewnątrz czaszki. Dwa ogniska sąsiednie, nie zostające ze sobą w związku, tłómaczy autor jako przerzut drogą krwi. *Dr. Jarecki.*

Dr. T. Rovsing. **Sposoby oznaczania sprawności nerek przed wykonaniem na nich operacyi.** (*Arch. f. kl. Ch.*, 75 T., IV Z.). Żaden z dotychczasowych sposobów nie daje pełnej rękojmi sprawności drugiej nerki. Kryoskopia krwi jest sposobem w każdym kierunku niepewnym, a wyniki jej mogą z jednej strony narazić chorych, których operacya w rzeczywistości mogłaby uratować, na odmówienie im pomocy chirurgicznej; w innych zaś przypadkach jedynie przyspieszyć śmierć przez wykonanie operacyi. Kryoskopia moczu, próba florydzynowa i oznaczanie ilościowe mocznika są sposobami dobrymi, ale tylko w razie wyniku dodatniego, t. j. jeśli wykazują zupełną sprawność nerki. W razie wyniku ujemnego sposoby te nie usprawiedliwiają wykluczenia operacyi. Nie można bowiem przedewszystkiem z tego, że nerka obecnie nie działa prawidłowo, wnioskować, że i w przyszłości nie będzie działała. Doświadczenie tu poucza, że sprawa chorobowa nerki jednej może niekorzystnie działać na sprawność nerki drugiej, choćby zupełnie zdrowej i w tych przypadkach właśnie przez usunięcie sprawy chorobowej możemy znów nerkę drugą uczynić zupełnie sprawną. Oznaczanie ilościowe mocznika jest sposobem najprostszym, a ponieważ wyniki nie ustępują wynikom innych sposobów, przeto jest najwięcej polecenia godnym. Bardzo ważne znaczenie ma cewnikowanie moczowodów i badanie chemiczne, mikroskopowe i bakteryologiczne moczu, osobno wziętego z każdej nerki. Tą drogą bowiem wogóle możemy się przekonać, czy druga nerka istnieje, czy zawiera jakie składniki patologiczne i t. d. W poszczególnych przypadkach będziemy jednak zmuszeni odsłonić nerkę drugą, aby naocznie się przekonać o jej stanie i rozstrzygnąć o operacyi chorej nerki. *R.*

Dr. A. Krogius. **Doszczętne operacyjne leczenie przewlekłego wrzodu żołądka.** (*Arch. f. kl. Ch.*, 75 Tom, IV Z.). Na 61 przypadków wrzodu żołądka wyciął K. w 13 jużto samo owrzodzenie, już też okrężnie odźwiernik, — ze śmiertelnością 23%; w 48 zaś przypadkach założył przetokę żołądkowo-jelitową, względnie wykonał plastykę odźwiernika, ze śmiertelnością bezpośrednią 19%, a ogólną, t. j. wraz ze skrwawieniem się z wrzodu lub przebiciem wrzodu i następowem zapaleniem otrzewnej, — 31%. Ze względu na to K. sądzi, że jeśli w przebiegu wrzodu żołądka, nie zacieśniającego odźwiernika, wystąpi z jakiegokolwiek powodu wskazanie do operacyi, to należy wrzód wyciąć doszczętnie. Zakładanie przetoki żołądkowo-jelitowej, względnie plastykę odźwiernika, można tutaj uważać jedynie za operacye przygotowawcze. W przypadkach wrzodu zacieśniającego odźwiernik, a jeszcze nie zabliźnionego, operacya doszczętna jest sposobem idealnym, w wielu bowiem przypadkach zapomocą zabiegu jedynie łagodzącego nie zdołamy uczynić wrzodu nieszkodliwym. Podczas gwałtownego krwotoku z wrzodu, zagrażającego życiu chorego, należy wykonać operacyę. Po szczęśliwie przebytym krwotoku w przebiegu przewlekłego wrzodu należy również, jak to już dotychczas się działo po częstych a małych krwotokach, rozważyć konieczność operacyi doszczętnej. *R.*

Bier. **Leczenie ostrych ropień przekrwieniem biernem.** (*Münchener med. Wochenschr.*, Nr. 5, 6, 7, 1905). Na podstawie długoletniego leczenia spraw zapalnych zapomocą przekrwienia biernego, początkowo w przypadkach przewlekłych, później podostrych i ostrych, w których obecność ropy wykazano czy to nakłuciem próbnem, czy też nacięciem, uważa autor zastosowywanie środków przeciwzapalnych w tychże sprawach za błędne i kierując się przekonaniem, że oddziaływanie zapalne jako takie jest dla ustroju objawem korzystnym, zastosowuje w ich miejsce przekrwienie bierne, które samo przez się zapalenie spotęgowuje. Przekrwienie bierne wywołuje on w ten sposób, że powyżej ogniska zapalnego, o ile możności dosyć daleko od niego, zakłada uciskającą opaskę gumową. Opaska wtenczas założona jest dobrze, jeżeli na części obwodowej powstanie znaczny obrzęk, silne zaczerwienienie, a bolesność powoli ustępuje. Zasinienie i zwiększenie bolesności świadczy o zanadto silnym ucisku. Co do czasu trwania ucisku trzeba, zależnie od przypadku, indywidualizować. Jako najkrótszy czas podaje autor 10 godzin dziennie. Czas ten jednakowoż nie wystarcza w przypadkach cięższych, gdzie trzeba go przedłużyć od 20 do 22 godzin na dobę. W czasie przerwy układa się kończynę wysoko, by obrzęk w części ustąpił, zmienia ewentualnie opatrunek, poczem zakłada opaskę na nowo. Obecność zapalenia naczyń chłonnych nie przeszkadza założeniu opaski. Działanie przekrwienia biernego na przebieg ropienia jest nadzwyczaj energiczne. Bolesność zmniejsza się, a po jakimś czasie zupełnie ustępuje: obumarłe części tkanek szybko się oddzielają z utrzymaniem części, które przy dotychczasowych sposobach leczenia uważa się za stracone, ropienie zogniskowuje się, przez co unika się dużych nacięć i blizn pooperacyjnych, połączonych z upośledzeniem czynności. Obrzęki zapalne, zwiększające się jeszcze przez założenie opaski, mimo to zmniejszają się w krótkim przeciągu czasu, jako wyraz przytłumienia zakażenia. Następnie przytacza autor szereg przypadków, leczonych przekrwieniem biernem i dochodzi do następujących wyników: przekrwienie bierne wstrzymuje ropienie w samym początku zapalenia na tle przerzutów ropnych; ropnie zapalne zamienia na zimne; powoduje niekiedy zupełne znikanie ropni, przyczem zwraca autor uwagę na analogiczne znikanie ropni w przebiegu zapaleń wyrostka robaczkowego i szpiku kostnego pod wpływem nadzwyczaj silnego odczynu zapalnego w tych narządach. W przypadkach ropienia w większych stawach (kolanowym, barkowym, łokciowym) zastosowywał B. obok przekrwienia biernego (wbrew dotychczasowemu postępowaniu) ruchy bierne, które miały na celu utrzymanie ruchomości stawu, z wynikiem dodatnim. Z takim samym wynikiem zastosowywał to leczenie przy zapaleniu ropnem pochewek ścięgnistych, przyczem w razie obecności większych ropni nacinał je i przepłókiwał roztworem soli kuchennej, podobnie jak przy ropniach, towarzyszących ostrym zapaleniom szpiku kostnego. Wobec znakomitych wyników, jakie autor osiągnął z zastosowania tej metody, zaleca ją z początku w przypadkach lżejszych zapaleń, przechodząc stopniowo do cięższych, a to celem zyskania odpowiedniej techniki i doświadczenia. W końcu dodaje, że używanie środków drażniących skórę, jakoteż wyższej ciepłoty datuje się od bardzo dawnych czasów, jednakowoż skuteczne działanie ich przypisywano mylnie nie przekrwieniu, nimi wywołanemu, ale własnościom odciągającym. Obecnie dostatecznie rozwiniętą jest technika w wytwarzaniu przekrwienia w kończynach i głowie; dalsze doświadczenia dotyczą sposobów wytwarzania tegoż na innych częściach ciała zapomocą przyrządów z rozrzedzonem powietrzem. *Dr. Jossé.*

Dr. Klapp. **Leczenie spraw zapalnych zapomocą przyrządów ssących.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 16, 1905). Zastosowanie miejscowo przekrwienia biernego na tułowiu umożliwiają przyrządy, zapomocą których można wywołać obniżenie ciśnienia atmosferycznego. Przyrządów takich na wzór buta Junoda używał już Bier celem wywołania silnego przekrwienia na kończynach. Z powodu niezadawalniających wyników, jakie dają dotychczas używane metody leczenia zapaleń sutka (Billroth, Angerer, Bardenheuer, Boeckel), zajął się autor pierwotnie doświadczeniami w leczeniu tego cierpienia przekrwieniem biernem. W tym celu na obnażony sutek nakłada on dzwon szklany o średnicy około 20 cnt., o ścianach grubych, brzegu wywiniętym, gładkim, silnie przylegającym do skóry, na którego szczycie znajduje się szyjka, zaopatrzona w korek gumowy z otworem dla rurki szklanej, którą zapomocą rurki gumowej łączy z pompką ssącą. Z chwilą gdy pompka zaczyna działać, obniża się ciśnienie w dzwonie, wskutek czego sutek wypukla się, a skóra, z początku blada, zabarwia się stopniowo różowo, potem silnie czerwienieje z odcieniem sinawym. Równocześnie chora doznaje uczucia pełności w sutku, później znacznego napięcia, podwyższenia ciepłoty i lekkiego mrowienia. Czas trwania jednego posiedzenia wynosi w pierwszych dniach $^{3}/_{4}$—1 godz., później 20—30 min., działając przez 5—6 minut z przerwami kilkuminutowemi, celem uniknięcia zupełnego zastoju w krążeniu. Zaraz po pierwszem posiedzeniu zmniejszają się lub ustępują zupełnie bole, a z nimi i bezsenność chorej. Przebieg gojenia bywa rozmaity, zależnie od tego, w jakim okresie jest sprawa zapalna. Nacieki mniejsze w początkach zapalenia znikają już po dwóch dniach. Również w przypadkach, w których wykazano ropnie, sprawa chorobowa przebiega nadzwyczaj szybko. Te ostatnie autor nacina, poczem zabliźniają się znacznie prędzej przy równoczesnem wydzielaniu się znacznych ilości ropy i krwi w czasie posiedzenia; tkanki obumarłe rychło się oddzielają, przyczem oszczędza się dużo tkanki gruczołowej. Z 15 przypadków, leczonych przez autora, w czterech obeszło się bez nacinania. Czas leczenia wynosił przeciętnie 3 tygodnie. Zachęcony znakomitymi wynikami w leczeniu zapaleń sutka, zasto-

sował autor w dalszym ciągu przekrwienie bierne w przeszło 100 przypadkach czyraków, czyraków gromadnych, zanokcic, ropni i zakażeń, wywołanych ukłuciem owadów. W tym celu robił rozmaite przyrządy zależnie od miejsca i części ciała, na której miał wywołać przekrwienie. Podobnie, jak przy zapaleniach sutka, we wszystkich tych sprawach przebieg był nadzwyczaj pomyślny i szybki. Istniejącą ropę wypuszczał przed posiedzeniem zapomocą małych nacięć, przez co uniknął tworzenia się wielkich szpecących blizn. Wreszcie zwraca autor uwagę na to, że najważniejszym czynnikiem przy stosowaniu tej metody jest stopień wywołanego przekrwienia biernego, jakoteż czas trwania jego, szczególnie w pierwszych dniach leczenia. Tylko w miarę stopniowo nabytego doświadczenia i odpowiedniej techniki uzyskać można zadawalniające wyniki.

Dr. Jossé.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Dr. C. J. Gauss. **O bezpośredniem mierzeniu sprzężnej wchodu położniczej przy pomocy narzędzi.** (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, T. 54, Z. 1, 1905). Przedstawiwszy pokrótce wszystkie dotychczasowe sposoby obliczania długości sprzężnej wykazuje autor, iż żadna z tych metod nie daje pewności dokładnego jej wybadania. Tem większą więc zasługę stanowi najnowsze usiłowanie Bylickiego, mierzenie zapomocą bardzo prostego przyrządu bezpośrednio sprzężnej wchodu. Metoda jego jest zasadniczo podobna do metody Ahlfelda, który próbował zapomocą rozmaitej długości sztabek zmierzyć sprzężnę wchodu bezpośrednio przez powłoki brzuszne. Bylicki jednakowoż obrał do tego nie drogę brzuszną, lecz próbował tego samego od strony pochwy. I myśl ta jest ogromną jego zasługą. Instrumentaryum jego składa się z szeregu sztabek metalowych, zgiętych esowato podwójnie pod kątem prostym. Jedno z wolnych ramion stanowi rękojeść, drugie natomiast służy jako miara. Szereg zaś jest zestawiony w ten sposób, że wolne te ramiona, służące do pomiarów, są stopniowo od siebie o $^1/_2$ ctm. dłuższe. Sposób użycia jest dość prosty. Wprowadza się do pochwy ramię, służące do miary i dobierając stosowną długość, opiera się jeden koniec ramienia na wzgórku kości krzyżowej, drugi, zwrócony ku rękojeści, na najbardziej wystarczającym punkcie tylnej ściany spojenia łonowego. Autor, przeprowadziwszy pomiary na licznym materyale, miał sposobność sprawdzić dokładność tych badań od strony brzucha w paru przypadkach podczas sekcyi poprzednio badanych kobiet, raz zaś przy cięciu cesarskiem. We wszystkich tych przypadkach pomiary, wzięte poprzednio od strony pochwy, zgadzały się prawie co do milimetra z pomiarami bezpośrednimi od strony brzucha. W innych zaś przypadkach poddał autor pomiary swoje pomiarom sprawdzającym innych lekarzy, a różnice nie dochodziły do $^1/_4$ ctm. Na podstawie tych badań wykazuje autor, jak znaczne korzyści można osiągnąć, mając możność dokładnego obliczenia sprzężnej wchodu. Daleko pewniej możemy wówczas stawiać wnioski co do przebiegu, jak i prowadzenia porodu przy miednicach ścieśnionych, jak również mamy możność prowadzenia statystyki porównawczej co do częstości ścieśnionych miednic, jak i co do przebiegu porodów przy różnego stopnia ścieśnieniach miednic. Mając możność obliczenia dokładnego sprzężnej wchodu, można poznać, jak znaczne korzyści osiąga się podczas porodów przy ścieśnionych miednicach przez tak zwane „ułożenie Walchera". W końcu autor zajmuje się techniką pomiarów zapomocą instrumentaryum Bylickiego, jak również stara się usunąć źródło błędów w obliczaniu, pochodzące z wad samego instrumentaryum, przez odpowiednie zmodyfikowanie kształtów.

Dr. Gustaw Wierzbicki.

J. Wallart. **W sprawie zmian w jajnikach przy zaśniadzie groniastym i przy ciąży prawidłowej.** (*Zentr. für Gyn.*, 1895, Nr. 13). L. Seitz opisując dawniej znane zmiany w jajnikach, towarzyszące zaśniadowi groniastemu, a objawiające się w postaci licznych torbielków luteinowych, dodaje, że na podstawie dalszych badań doszedł do przekonania, że przytoczone zmiany spotyka się również w ciąży prawidłowej. W. przypomina, że przed rokiem ogłosił obszerną pracę w tym samym przedmiocie, że doszedł wówczas do zgodnych wyników, że nadto z doświadczeń jego wynika, iż rzeczone zmiany w jajnikach spotyka się dość często także poza okresem ciąży, n. p. przy zmianach w przydatkach na tle rzeżączki, — że zatem nie stanowią one dla ciąży wogóle nic charakterystycznego.

B. Wojciechowski.

A. Mynlieff. **Śródnerkowe ciśnienie jako jedna z przyczyn drgawek porodowych.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 13). Wobec ogólnych usiłowań wytłómaczenia drgawek porodowych, jako następstwa zatrucia toksynami, zapomina się niesłusznie, zdaniem autora, o możliwości wpływów mechanicznych. Wnosząc z objawów klinicznych, jakoteż z badań pośmiertnych, sądzi M., że zdarzają się wprawdzie przypadki, w których zdaje się przeważać wpływ toksyn, lecz że widujemy również inne, w których wpływ mechaniczny łatwiej tłómaczy cały obraz chorobowy; — niekiedy wreszcie zdają się współdziałać oba czynniki. W późniejszych miesiącach ciąży zostają moczowody uciśnięte bądźto przez główkę płodu, bądź też przez guz maciczny jako taki, co wywołuje podniesienie ciśnienia w moczowodach i miedniczkach nerkowych, udzielenie się tego ciśnienia miąższowi nerkowemu, utrudnienie odpływu żylnego, w końcu obrzęk miąższu. Z powodu niepodatności torebki nerkowej nie dosięga obrzęk nigdy dużego stopnia, tylko powstaje niejako uwięźnięcie miąższu nerkowego, a wraz z tem gwałtowne upośledzenie funkcyi nerki. Tak więc może powstać bezmocz nawet bez szczelnego zaciśnięcia moczowodu. Rozszerzenie moczowodu stwierdza się przy sekcyi dość często, a istnieje może przejściowo za życia zapewne znacznie częściej, jeżeli się uwzględni elastyczność i kurczliwość ścian jego. Stłuszczenie nabłonków wskazuje w danym przypadku na przewagę wpływu toksycznego, taksamo, jak innym razem rozszerzenie kanalików i spłaszczenie komórek przemawiają za wpływem mechanicznym. Operacya Edebohlsa, polegająca na przecięciu torebki nerkowej, celem zwolnienia miąższu nerkowego z wysokiego ciśnienia, ma zdaniem M. dużą przyszłość w leczeniu drgawek porodowych.

B. Wojciechowski.

S. Pattelani. **W sprawie zmian w jajnikach przy guzach pochodzących z syncytyum i przy zaśniadzie groniastym.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 13). Powiększenie jajników przez wytworzenie się torbieli luteinowych towarzyszy bardzo często cierpieniom, w tytule wymienionym. P. przytacza obfite piśmiennictwo, dotyczące tej sprawy i wylicza 84 odnośnych przypadków. Nierzadko bywa jajnik powiększony do wielkości pięści i często przybiera kształt nerkowaty, — który nawet już wyzyskano kilkakrotnie w celach rozpoznawczych.

B. Wojciechowski.

F. Ahlfeld. **W sprawie unikania krwotoków w trzecim okresie porodu.** (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, T. 54, 1, 1905). Autor ostrzegając przed zbytniem nadużywaniem zabiegu Credégo, który wykonany bezpotrzebnie lub nieumiejętnie sprowadza często jużto silne krwotoki atoniczne, jużto pozostawanie w jamie macicy resztek łożyska, sprowadzające obok krwawienia także nieraz przebieg gorączkowy połogu, a nawet zejście śmiertelne, kładzie nacisk na tę okoliczność, iż nie zawsze trzeba zachowywać się wyczekująco. I uzasadnia to twierdzenie w ten sposób: Wiadomo jest, że im większe dziecko, tem większa także powierzchnia łożyskowa i samo łożysko. Jeżeli zatem ciężar dziecka wynosi mniejwięcej 4000 gr., to łożysko może być tak duże, iż pomimo całkowitego odklejenia się od ścian macicy przez ujście wewn. nie może wydobyć się na zewnątrz. Wówczas nagromadzająca się powyżej krew nie pozwala dostatecznie kurczyć się ścianom macicy, tworzy się pozałożyskowy krwiak tak, że ilość utraconej wówczas krwi dochodzić może do 100 gr. lub więcej. Jeżeli więc mamy podejrzenie na tego rodzaju powikłanie, wówczas błędem byłoby czekać na dobrowolne odejście łożyska, lecz należy natychmiast przystąpić do zabiegu Credégo. Podejrzywać zaś to powikłanie należy zawsze wówczas, jeżeli urodziło się dziecko o wadze 7—8 funtów, a trzon macicy przed odejściem łożyska zbyt szybko powiększa się ku górze. Ażeby zaś odróżnić, czy przypadkowo nie zachodzi zbyt silne przyczepienie się łożyska do ściany macicy, radzi autor zawsze oznaczać zapomocą osobnej podwiązki, jak dużo pępowiny zwisa bezpośrednio po urodzeniu się dziecka, gdyż tem samem mamy kontrolę obniżania się łożyska. Razem bowiem z obniżaniem się łożyska wysuwa się coraz to znaczniejsza partya pępowiny na zewnątrz.

Dr. Gustaw Wierzbicki.

F. Ahlfeld. **Czy zapobiegawcze oczyszczanie pochwy wpływa na chorobliwość kobiet w połogu.** (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, T. 54, 7, 1, 1905). O ile zapobiegawcze przepłókiwanie pochwy przed porodem wpływa na zdrowie w połogu, to może wykazać statystyka i badania bakteryologiczne. Autor, zebrawszy statystykę z 20 lat, wykazał, że w tych latach, gdzie przed każdym porodem przepłókiwano pochwę, miano na 1000, 662 połogów bezgorączkowych. W latach zaś, w których umyślnie tego zaniechano, chorobowość zwiększyła się o 15%. Szczególnie pomyślne wyniki były w połogach po porodach operacyjnych, jak wywołanie przedwczesnego porodu, obrotu wewnętrznego, uwolnienia rączek i wydobycia główki przy położeniach miednicowych. I tak: przy wywołaniu przedwczesnych porodów miano 70,4% połogów bezgorączkowych; przy obrotach wewnętrznych 68,6%, a przy porodach miednicowych 68,9%. Jako stan gorączkowy uważał autor wszystkie przypadki, w których ciepłota przekraczała 38°. Badania bakteryologiczne zaś wykazały, że przez przepłókiwanie pochwy paciorkowce, znajdujące się w pochwie, wprawdzie nie zupełnie giną, ale liczba ich tak znacznie się zmniejsza, że niebezpieczeństwo zakażenia bez porównania maleje. Do przepłókiwań radzi autor używać 3% roztworu zmydlonych krezoli.

Dr. Gustaw Wierzbicki.

Dr. G. Martin. **Zdolność karmienia.** (Z krajowej szkoły położniczej w Stuttgardzie. *Archiv f. Gynaek.*, T. 74, Z. III, 1905). Na podstawie bardzo licznej (8974 przyp.) statystyki szkoły położniczej w Stuttgardzie zaprzecza autor zdaniu, jakoby zdolność matek do karmienia wogólności się zmniejszała (czy to jako wyraz pewnego zwyrodnienia rodu, czy też alkoholizmu ojców i t. d.). Owszem, w miarę nabytego doświadczenia zmniejszyła się liczba przeciwwskazań do karmienia piersią matki tak, że w ostatnich latach zdolność karmienia wynosiła w szkole sztuttgardzkiej 100%, lub prawie 100%. Od pierwszego dnia podawano położnicom obficie mięso i jarzyny obok chleba, mleka i zupy. Z zestawienia wagi ososków wynika, że pierwotną swą wagę przy urodzeniu osiągło:

z dzieci karmionych wyłącznie piersią:
w dniu 8-mym 40,9%, w dniu 13-tym 59,8%,
z dzieci karmionych piersią i flaszką:
w dniu 8-mym 25,9%, w dniu 13-tym 35,6%,
z dzieci karmionych wyłącznie „flaszką“:
w dniu 8-mym 9,3%, w dniu 13-tym 13%.

Istnienie wad sercowych niewyrównanych, chorób nerek, nie uważa autor za przeciwwskazanie do karmienia; nie odbija się to ani na zdrowiu matki, ani dziecka, owszem — w tego rodzaju przypadkach niewyrównanie szybko ustępowało, a białko znikało z moczu. I dla kobiet z innemi schorzeniami karmienie jest korzystnem, chroniąc je do pewnego stopnia przed nową ciążą, przedstawiającą dla ich stanu większe niebezpieczeństwo, sprzyja przytem lepszemu zwijaniu się narządów rodnych i zapobiega późniejszym nieprawidłowym położeniom i atonicznym krwotokom. Niebezpieczeństwo przeniesienia gruźlicy jest minimalne, a w każdym razie mniejsze, niż późniejsze stałe zetknięcie się matki z temże dzieckiem. I kiła nie stanowi przeciwwskazania bezwzględnego: zakażenie bezpośrednie daje się uniknąć przy zastosowaniu „kapelusików skandynawskich“; podług zaś nowych zapatrywań mleko posiada własności uodporniające. Przeciwwskazaniem, zdaniem autora, są jedynie choroby wycieńczające, jak daleko posunięta gruźlica, ciężkie schorzenia krwi, z drugiej znowu strony choroby zagrażające dziecku, n. p. róża, choroby umysłowe (te ostatnie stanowią tylko przeciwwskazania względne). Doświadczenie autora poucza, że każda kobieta, z bardzo małymi tylko wyjątkami, jest zdolna karmić dziecko własną piersią i że to żywienie lepiej dzieciom służy, niż karmienie połowicze, a tem mniej wyłącznie flaszkowe. Ilość pokarmu nie zależy od rozmiarów gruczołu, lecz od siły podniet i podrażnień, działających na sutek. Podniety są ośrodkowe i obwodowe; w zwykłych warunkach podnietą działającą odruchowo jest czynność samego ssania. O podnietach ośrodkowych pouczają znane fakta jędrnienia i napełniania się gruczołów sutkowych u niektórych matek na płacz dziecka. Jeszcze stary Busch wypowiedział zdanie, że wydzielanie gruczołu mlecznego zależy wiele od miłości matki do dziecka. Z drugiej strony przykre wrażenia i stany przygnębienia wpływają niekorzystnie na czynność wydzielania pokarmu. Pośrednio wpływa na energię wydzielniczą stan pojęć etycznych i uczuciowość matki. Kobiety podupadłe etycznie, uważające dziecko za przedmiot swego utrapienia, odbierający im sen, wyciągający z nich soki żywotne, wpływający na figurę i t. d., niepochopne są do karmienia i łatwo ulegają podszeptom „życzliwych“, godząc się na sztuczne karmienie, w czem dopomagają modne obecnie reklamy środków odżywczych. Niezdolność karmienia nadaje się do leczenia przedewszystkiem psychicznego: w interesie społeczeństwa należy zwalczać mylne pojęcia, poddawane ogółowi, że karmienie dla wielu kobiet jest szkodliwem i pouczyć go o odmiennym stanie rzeczy. Dziecko należy przystawić do piersi możliwie rychło; — wskazówkę w tym kierunku daje nam przykład zwierząt ssących, oraz spostrzeganie matek „niedoświadczonych“, sobie samym pozostawionych. Mniej na tem cierpi matka, bo dziecko pierwsze swe jeszcze nieudolne ruchy ssania robi na piersi wiotkiej, mniej tkliwej, — brodawka przez wczesne przyłożenie lepiej się wyciąga, spadek wagi dziecka w pierwszych dniach życia szybciej się wyrównywa. Autor zakończa zdaniem Heubnera, że „lekarz, udzielający dyspenzy matce, zdolnej do karmienia, grzeszy nietylko wobec noworodka, lecz zawinia wobec całego pokolenia“. *Dr. Stanisław Przybylski.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA.

L. Müller. **O stanie padaczkowym połowiczym (hemiepileptycznym) samoistnym.** (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk.*, B. 28. Nr. 1, 1905). Przeważna część autorów jest zdania, iż t. zw. Jacksonowska padaczka, t. j. jednostronny napad padaczkowy, zwłaszcza połączony z następowem przemijającem porażeniem, nie zdarza się w samoistnej padaczce, ale jest zawsze objawem ogniskowego schorzenia mózgu (n. p. nowotworu, zranienia, ucisku i t. d.). W ostatnich czasach pojawiają się w odnośnem piśmiennictwie pewne ograniczenia tej zasady; jednak i ci autorowie, którzy przyznają, iż połowicze napady mogą wyjątkowo występować i w samoistnej padaczce, twierdzą, iż różnią się one od napadów Jacksonowskich prawdziwych ciężkością i częstością napadów, tudzież że one nigdy nie doprowadzają do stanu padaczkowego jednostronnego, a tem mniej do śmierci. Autor opisuje 7 przypadków, w których ciężki stan padaczkowy połowiczy (*status hemiepilepticus*) zakończył się śmiercią, a sekcya nie wykazała żadnych ogniskowych zmian w mózgu, aczkolwiek napady miały zupełnie cechy padaczki Jacksonowskiej. Ósmy przypadek stanu padaczkowego jednostronnego zakończył się wyleczeniem. Poznanie tego rodzaju przypadków ma wielkie praktyczne znaczenie. Uczą one bowiem z jednej strony, jak ostrożnym trzeba być w doradzaniu operacyi w przypadkach padaczki Jacksonowskiej, z drugiej, że padaczka taka, nawet samoistna, może częściej, niż dotychczas przypuszczano, przejść w stan padaczkowy i zakończyć się śmiercią. *Dr. Rydel.*

J. Piltz. **Przyczynek do poznania rozszczepienia czucia ciepła i bolu w zranieniach i chorobach rdzenia.** (*Neurolog. Centralblatt*, Nr. 6, 1905). Autor na podstawie dokładnie zestawionego piśmiennictwa, tudzież trzech bardzo starannie zbadanych i spostrzeganych przypadków (rana kłuta rdzenia piersiowego, zapalenie opon i rdzenia z ucisku w okolicy szyjnej górnej i próchnienie kręgów) dochodzi do całego szeregu wniosków, z których jedynie najważniejsze przytaczamy: 1) Drogi, przewodzące przez rdzeń czucie bolu i ciepłoty biegną korzonkami i rogami tylnymi przez spoidło tylne do istoty szarej strony przeciwnej, a stąd do sznurów przednio-bocznych i ich części najbardziej obwodowej (sznury Gowersa?). 2) Drogi te składają się z dwóch neuronów: komórka pierwszego z nich leży w zwoju rdzeniowym, komórka drugiego w substancyi szarej strony przeciwnej. 3) Jeżeli zmiana chorobowa dotyka pierwszego neuronu, zmiany w czuciu bolu i ciepłoty leżą po tej samej stronie; po przeciwnej zaś, gdy zajętym jest drugi neuron. 4) Ograniczona zmiana chorobowa w substancyi szarej powoduje ograniczoną i strefowo rozłożoną zmianę czucia. 5) Zmiana w sznurach przednio-bocznych, względnie w sznurach Gowersa, powoduje zmianę czucia skrzyżowaną, leżącą poniżej ogniska chorobowego w rdzeniu, a sięgającą aż do palców stopy. 6) Strefa zniesienia czucia cieplnego po tej samej stronie, wywołanego zmianą w pierwszym neuronie, sięga aż bezpośrednio do wysokości tej zmiany, podczas gdy strefa zniesienia tego czucia po stronie przeciwnej, wywołanego zmianą w rogu przednim, leży o 4 kręgi niżej od zmiany chorobowej. 8) Górna granica zupełnego zniesienia czucia cieplnego po stronie przeciwnej, wywołanego zmianą w sznurach przednio-bocznych, leży aż 6—7 kręgów niżej, aniżeli ta zmiana. 9) W tym ostatnim przypadku możemy w razie objawów porażnych wykluczyć zajęcie dróg piramidalnych, a co za tem idzie, spodziewać się ustąpienia tych objawów. 10) Przy zupełnem skrzyżowanem zniesieniu czucia cieplnego istnieje często w górnej jej części rozszczepienie zmian poszczególnych rodzajów czucia tak, iż znieczulenie na ciepło sięga najwyżej, znieczulenie na ból niżej, a znieczulenie na zimno najniżej. 11) Znieczulenie na zimno osiąga swoje *maximum* przy ciepłocie 0° C., znieczulenie na ciepło przy 50° C. *Dr. Rydel.*

L. Feilchenfeld. **Podpis porażonych.** (*Aerztliche Sachverständigen-Zeitung* 1905, Nr. 6). Wiadomo, że pismo porażonych okazuje często znaczne zaburzenia. Erlenmayer rozróżnia dwie postacie tych zaburzeń, mianowicie psychiczno-czuciową, polegającą na utracie obrazów pamięciowych i wyobrażeń ruchowych i postać graficzno-mechaniczną, t. j. zaburzenia bezładne (ataktyczne) w połączeniu z pismem drżącem. F. przeglądając akta pewnego Towarzystwa ubezpieczeń, napotkał na 18 przypadków, w których ubezpieczeni już w krótkim czasie, bo w dwa tygodnie do pięciu lat po ubezpieczeniu zapadli na typowe porażenie postępujące. W tych 18 przypadkach 7 podpisów okazywało wyraźne cechy pisma poraźnego. Dlatego lekarz towarzystw ubezpieczeń na życie powinien zwrócić baczną uwagę na podpis chcącego się ubezpieczyć, jako na jeden z wczesnych objawów porażenia postępującego. Należy mianowicie uważać na to, czy podpis nie jest drżący, niepewny lub nierówny, czy litery nie mają różnych wymiarów, czy nie są pisane raz pod linią, a raz nad linią, lub czy jedna litera nie jest wpisana w drugą. Takie podpisy świadczą o zaburzeniach bezładnych (ataktycznych). Następnie zwracać należy uwagę, czy nie brakuje niektórych liter, i czy one nie są poprzestawiane. Formularz orzeczenia lekarskiego dla Towarzystw ubezpieczeń na życie powinien zatem zawierać i pytanie, czy lekarz znajduje zmiany podejrzane w piśmie (oczywiście niektóre towarzystwa już to zaprowadziły. *Sprawozd.*), a lekarz badający nie powinien się zadowolić samym podpisem nazwiska, w czem każdy posiada wielką wprawę tak, że nawet i wobec początkującej choroby dobrze je napisze, lecz wymagać powinien od badanego próby pisma. *Dr. J. Fels*

G. Catòla. **O odruchach brzusznych w przebiegu wiądu.** (*Neurol. Centralblatt* 1905, Nr. 1). Zapatrywania autorów co do zachowania się odruchów brzusznych w przebiegu wiądu różnią się między sobą. Gdy jedni uważają, iż odruchy te są często w wiądzie wzmożone, inni twierdzą, że raczej zanikają, jeszcze inni, iż ulegają wzmożeniu we wczesnych, a zanikowi w późnych okresach wiądu. Autor na podstawie statystyki, obejmującej 38 przypadków, przychodzi do przekonania, iż między wiądem a zachowaniem się odruchów brzusznych niema żadnego stałego związku.

Dr. Rydel.

K. Mendel. **Przyczynek do kwestyi porażenia wiądowego, a kiły.** (*Neurol. Centralblatt* 1905, Nr. 1). Autor podaje następujące trzy przypadki, dowodzące ścisłego związku, jaki zachodzi między kiłą, a wiądem, względnie porażeniem wiądowem: 1) Chłopiec 10-letni, którego ojciec przebył kiłę i obecnie cierpi na wiąd, a którego matka doznaje bardzo podejrzanych bolów w nogach, okazuje od szeregu lat wszystkie objawy niewątpliwego porażenia postępującego. 2) Chłopak 17-letni przedstawia typowe objawy porażenia wiądowego. Jego matka została zakażona kiłą przez swego pierwszego męża i udzieliła go ojcu pacyenta. 3) Starzec, liczący 69 lat, cierpi na wiąd od lat dwóch, przebył zaś kiłę przed 18-stu. Podczas gdy dwa pierwsze przypadki dowodzą istnienia jeszcze do niedawna niezupełnie stwierdzonego wiądu, lub porażenia wiądowego na tle dziedzicznej kiły, trzeci okazuje, iż wyjątkowo późnemu rozpoczęciu się wiądu odpowiada również niezwykle późne zakażonie się kiłą.

Dr. Rydel.

J. Kollarits. **Nowotwory przysadki mózgu bez akromegalii.** (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Tom 28, Zeszyt 1, 1905). Stałe istnienie guzów przysadki mózgowej w akromegalii skłoniło Mariego do uważania ich za powód tej choroby. Związek między istnieniem tych guzów, a akromegalią upatrywali jedni we wzmożeniu, inni w zmniejszeniu, inni wreszcie w jakościowej zmianie czynności tego narządu. Żadne jednak z tych przypuszczeń nie może być prawdziwem, gdyż znane są przypadki zarówno takie, w których narząd ten został doszczętnie zniszczony, jak i takie, w których tylko jego wielkość uległa zmianie, budowa jednak mikroskopowa żadnych nieprawidłowości nie przedstawiała. Autor stawia kwestyę odwrotnie i zapytuje, czy istnieją przypadki zmian przysadki mózgowej, któreby przebiegały bez objawów akromegalii? W piśmiennictwie udało mu się wynaleźć 53 przypadki, w których mimo braku akromegalii sekcya wykazała istnienie guza przysadki mózgowej. Zestawienie tych przypadków uwidocznia, iż w niektórych z nich cierpienie rozpoczęło się w młodocianym wieku, a więc w czasie, w którym akromegalia najczęściej występuje, tudzież, że w niektórych z pomiędzy nich przysadka była doszczętnie zmieniona, a więc braku objawów akromegalii nie można tłómaczyć częściowem zachowaniem przysadki. Autor podaje nadto dwa podobne przypadki, przez siebie samego dokładnie spostrzegane, w których nie było za życia objawów akromegalii, a sekcya mimo to wykazała guzy przysadki. Stąd też jedyny możliwy wniosek, iż guzy przysadki, jakie się znachodzą w akromegalii, uważać należy za objaw tej choroby, równorzędny z nadmiernym rozrostem końcowych części ciała, a nie za jej przyczynę.

Dr. Rydel.

L. Bregman. **Odruchy ścięgniste a zmiany czucia w wiądzie rdzenia.** (*Neurol. Centralblatt* 1905, Nr. 1). Ustalone jest dzisiaj przekonanie, iż odruch ścięgna Achillesa częstokroć w początkach wiądu wcześniej znika, niż odruch kolanowy, a odpowiednie statystyki różnych autorów wykazują, iż w początkowych okresach wiądu częściej bywają zachowane odruchy kolanowe, niźli ścięgien Achillesa. Stąd wielka wartość rozpoznawcza tych ostatnich we wczesnych okresach tej choroby. Anatomicznie odpowiada temu brakowi odruchów ścięgna Achillesa zajęcie krzyżowych członów rdzenia; stąd zaś wynika, iż właśnie w tej wysokości ukazują się pierwsze zmiany w rdzeniu. Autor zadał sobie pytanie, czy we wczesnych okresach wiądu nie zdarzają się jeszcze jakieś inne objawy kliniczne, wskazujące również na zajęcie tej części rdzenia? — I rzeczywiście; doświadczenie uczy, iż bardzo często zmiany czucia rozpoczynają się w okolicach, odpowiadających najniższym częściom rdzenia, a więc na podeszwach, na zewnętrznych powierzchniach podudzi, w okolicy rzyci i międzykrocza. Można jednak stwierdzić, iż te zmiany występują przeważnie później, aniżeli zanik ścięgien Achillesa; stąd wniosek, iż wogóle odruchy zanikają wcześniej, niż czucie w odpowiednich segmentach.

Dr. Rydel.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

H. Zechmeister. **Przyczynek do wewnętrznego leczenia rzeżączki cewki moczowej.** (*Allgem. med. Centr. Ztg.* Nr. 46 i 47, 1904). W wojskowym szpitalu w Poli leczył autor 66 chorych na rzeżączkę, u których już przed przyjęciem do szpitala istniały powikłania, podając 4 razy dziennie po 2 kapsułki *gonosanu* (w ciepłem mleku, lub po jedzeniu). Równocześnie stosowano także zabiegi zewnętrzne, jak wstrzykiwanie protargolu, irygacye, wkraplania Guyonowskie do cewki. Autor przekonał się, iż chorzy znoszą ze wszystkich żywicznych leków najlepiej gonosan i to nawet po dłuższem zażywaniu; działa on moczopędnie, zmniejsza wydzielinę, obniża popęd płciowy i utrzymuje mocz stale kwaśno. Skutkiem tych własności można lek ten polecić we wszystkich tych przypadkach, w których bardzo trudno obejść się bez środków żywicznych, jak w rzeżączkach, przebiegających burzliwie. Także w przypadkach, w których chory z powodu n. p. koniecznej podróży, nie może się poddać fachowemu leczeniu, lepiej jest leczyć wewnętrznie gonosanem, niż pozwolić, by chory leczył się sam zwykłą strzykawką trypową, a przez to często ponosił szkodę.

Baschkopf.

Styrakol jest połączeniem gwajakolu z kwasem cynamonowym, wydzielającym w ustroju przeszło 85% działającego gwajakolu. Posiada on nadto tę wyższość nad innymi przetworami gwajakolu, że jest nietrujący, niema żadnego smaku i nie działa szkodliwie na żołądek, gdyż rozszczepia się dopiero w jelitach. Nacht (*Aerztl. Central-Ztg.* 1904, 49), potwierdzając zdanie Engelsa, że styrakol dobrze odkaża jelita, zaleca ten lek także we wczesnych okresach gruźlicy płuc. Podając go, spostrzegał E. poprawę stanu ogólnego, wzrost wagi, zmniejszenie się kaszlu i gorączki (jak to zresztą spostrzegano i po innych przetworach gwajakolowych). W jednym przypadku zdawało się pod wpływem styrakolu ustępować stłumienie odgłosu wypukowego w szczycie płuca.

L.

Bornywalu użył Schöffler (*Deutsche med. Ztg.*, 1905, 20) w 5 przypadkach **histeryi** (2—3 perełki dziennie) z wybornym skutkiem, usuwając zapomocą tego leku objawy tego rodzaju, jak ból głowy histeryczny (*clavus*), bezsonność, kołatanie serca nerwowe, bole w kończynach, napady rozdrażnienia i t. p.

L.

W usunięciu niedokrwistości i osłabienia, powstałych w toku cierpień ginekologicznych, oddała Chiaventoniemu (*Allg. med. Central-Ztg.*, 1905, 7) w 19 przypadkach dobre usługi somatoza.

B.

Maść wyskokowo-srebrowa jest przetworem, zawierającym ½% kolargolu, 70% wyskoku, mydło sodowe, wosk i glicerynę; używa się jej pod szczelnym opatrunkiem, zmieniając 1—2 razy dnia. Löwe (*Allg. med. Central-Ztg.*, 1905, 9) podaje, że stosował maść tę na odmroziny, wrzody podudzia, stłuczenia, oparzenia, przewlekłe wypryski, oraz na zanokcice, ropowice, dymienice i t. d. z dobrym skutkiem.

H.

Heroinę uważa Helbich (*Wiener med. Presse* 1904. 52) za szczególnie wskazaną w przypadkach suchego, męczącego kaszlu (nieżyty gardła i krtani, dychawica oskrzelowa, krztusiec, niektóre przypadki zapalenia opłucnej), oraz w przypadkach krwioplucia. Przeciwwskazaną jest heroina w przypadkach obfitej, gęstej wydzieliny (przewlekłe nieżyty oskrzeli, późniejsze okresy suchot płucnych, — rozedma płuc). Szkodliwego działania na serce H. nie zauważył, natomiast wcale nie rzadko (3—4%) przypadków) przypadłości żołądkowe (nudności, wymioty); — odmawia jej też działania nasennego. H. podaje 0·003—0·005 heroiny na dawkę; wyjątkowo u chorych, przyzwyczajonych do narkotyków, można dojść do 0·01.

B.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 31 marca 1905 r.

Obecnych członków 40. Przewodniczy: kol. Wechsler.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol prof. Gluziński przedstawia chorego z *myeloma multiplex ossium*, u którego rozpoznanie opiera się przedewszystkiem na obecność w moczu ciał Bence-Jonesa. Chory ten uległ dwukrotnie wypadkowi kolejowemu, przy którym doznał stłuczenia klatki piersiowej, choroba też zaczęła się od żeber. Przypominając przypadek, spostrzegany przed rokiem w klinice, w którym również w wywiadach podany jest wypadek kolejowy, podnosi znaczenie urazu w etyologii tej sprawy, a co za tem idzie, znaczenie w ocenie sądowo-lekarskiej.

III. Kol. prof. Gluziński przedstawia chorą, u której przed rokiem wykonano dekapsulacyę obu nerek sposobem Edebohlsa z po-

wodu przewlekłego zapalenia nerek. Przed operacyą ilość białka wynosiła 0·66%, mocz zawierał wałeczki szkliste i ziarniste. Gdy się chora po roku zgłosiła do kliniki z kolką żółciową, nie znaleziono już w moczu żadnych śladów przebytego cierpienia nerkowego. Należy ją więc dziś uważać za wyleczoną z zapalenia nerek. O ile na to wpłynęła opercaya, wyrokować nie można; w każdym razie przypadek powyższy dowodzi nieszkodliwości tego zabiegu.

Kol. doc. Wiczkowski zdaje sprawę ze swoich trzech przypadków, które oddał do operacyi. Pierwszy: zapalenie miąższowe nerek, w części śródmiąższowe. Przed operacyą białka 0·2—0·25%, obrzęki nieznaczne. Po obustronnej dekapsulacyi w cztery tygodnie białka 0·3% i wszystkie składniki, cechujące zapalenie nerek, obrzęki niewielkie, innych objawów brak. Drugi: zapalenie śródmiąższowe nerek; objawy ciężkie, znaczne obrzęki. Po operacyi stan ten sam. Trzeci chory umarł zaraz po operacyi. Doświadczenie więc mowcy każe mu przemawiać przeciw operacyi. Może mieć ona dobre wyniki jedynie tam, gdzie jest przekrwienie i obrzęk nerek, a więc w postaciach ostrych, albo co najwyżej będących na przejściu z ostrych do przewlekłych, nigdy w przewlekłych. W leczeniu zapalenia nerek nigdy nie możemy być pewni, jaki obrót weźmie choroba; stoi więc na tem stanowisku, że internista albo sobie pomoże, albo nie pomoże i wówczas jest przypadek stracony; można więc wtedy za zgodą rodziny i w przypadkach świeżych wezwać pomocy chirurga.

Kol. prof. Gluziński zastrzega się, że przedstawia jedynie przypadek w kwestyi, która jest na porządku dziennym, nie mając zamiaru tem samem zachęcać do operacyi. Nie można jednak wydawać jeszcze sądu przeciwnego, gdyż sprawa wcale jeszcze nie jest rozstrzygniętą. Wprawdzie sprawozdania kliniczne brzmią niepomyślnie; doświadczenia na zwierzętach jednak zachęcają do dalszych prób.

IV. Kol. prof. Gluziński przedstawia przypadek ciężkiej niedokrewności u chorej, u której jako etyologię rozpoznaje przymiot. O ile wcierania rtęciowe w tym przypadku pomogą, dopiero dalsza obserwacya wykaże.

Kol. Skałkowski, do którego ta chora zgłosiła się przed 6 laty, rozpoznał przymiot na podstawie poronień i ciężkiej niedokrewności. Wówczas leczenie rtęciowe miało znakomity skutek. W parę lat później zgłosiła się znów ze zmianami przymiotowemi i dawnymi objawami, nie miał jednak sposobności spostrzegania skutków leczenia.

V. Kol. Franke mówił: „O wpływie promieni rentgenowskich na przebieg białaczki" i przedstawiał trzy chore, leczone tym sposobem. (Rzecz przeznaczona do druku). *Zawadzki.*

VII. Rozwój medycyny francuskiej w ubiegłych stu latach.

Przyczynek do dziejów medycyny.

Skreślił

Dr. Adam Langie.

„La science ne suit pas une ligne droite dans sa marche progressive, elle revient souvent sur elle-même et tout en progressant, semble parfois rentrer en arrière et remonter vers sa source". Flammarion.

(Ciąg dalszy.)

Postępy i rozwój chemii, niemniej jak fizyki i elektryczności, dostarczyły medycynie nowych środków leczniczych, wypierając wiele dawniejszych, bezużytecznych lub stosowanych na oślep. Z biegiem więc XIX wieku powstaje cały szereg nowych sposobów leczniczych, jak: leczenie mechaniczne (mięsienie), wziewaniami, odżywcze, działające na przemianę materyi, klimatyczne, balneologiczne, dyetetyczne, zastosowanie prądu elektrycznego i światła, aż do najnowszych szczepień ochronnych, wstrzykiwań surowic i organoterapii.

Do wielkiego postępu w leczeniu przetworami aptecznymi przyczynia się rozwój doświadczeń farmakologicznych i toksykologicznych, które kontrolują i wskazują z całą dokładnością, w jakiej dawce i jak każdy lek działa na ustrój w ogólności, lub na jego poszczególne narządy i tkanki. W następstwie tego powstają wielkie pracownie farmakologiczne, a nauka ta staje się wiedzą samoistną, z której wskazówek korzysta praktyczna terapia przy łóżku chorego. Równoczesny rozwój całkiem już nowoczesnej umiejętności, jaką jest bakteryologia, zmienia niejedno dawne zapatrywanie na leczenie chorób zakaźnych, wykazuje, że w wielu przypadkach gwałtowne obniżanie gorączki środkami przeciwgorączkowymi jest często bezcelowe i stwarza wreszcie pod koniec stulecia nowy dział terapii, którego początek zrodził się właśnie na ziemi francuskiej w pracowni genialnego Pasteura, o czem będzie jeszcze mowa później w osobnym rozdziale.

Również kolosalny rozwój chirurgii sprawia, że wiele chorób wewnętrznych zaczynają leczyć daleko skuteczniej przez zastosowanie, w miejsce leczenia aptecznego, wprost śmiałych zabiegów chirurgicznych, o których dawniej nawet marzyć nie można było.

Leczenie wodami mineralnemi, kąpielami i klimatyczne rozszerza się na wielką skalę, również dzięki ulepszonym metodom badania, dozwalającego na dokładne rozbiory ilościowe i jakościowe wód leczniczych; powstaje więc znów osobny dział: balneo- i klimatoterapia. W miejscach klimatycznych zaczynają wznosić się wspaniałe zakłady; na wybrzeżach morskich i w okolicach, wyposażonych przez naturę w źródła lecznicze, powstają całe miasta, a i w tem naczelne miejsce dzierży Francya, mająca i morze i klimat alpejski i południową Riwierę i bogactwo przeróżnych zdrojów mineralnych. Więc też szereg lekarzy francuskich oddaje się studyom balneologicznym, przyczyniając się niemało do rozwoju tego rodzaju leczenia.

Z pomiędzy francuskich terapeutów i farmakologów wymieniamy tu przynajmniej najwybitniejszych.

Jan Baptysta Grzegorz Barbier (1780—1865), autor »*Principes généraux de pharmacologie*« i »*Traité élémentaire de matière médicale*« (Paryż, 1819 i 1820).

Apolinary Bouchardat (1806—1880), który wydał »*Manuel de matière médicale, de thérapeutique et de pharmacie*« (Dzieło to doczekało się pięciu wydań, ostatnie z 1873 roku). Redaguje on też od roku 1840 »*Annuaire de thérapeutique*«.

Jan Baptysta Alfons Chevalier (1793—1879) pracuje głównie w dziale chemii lekarskiej i redaguje od 1829 »*Annales d'hygiène publique*«.

Adolf Gubler (1821—1879), autor mnóstwa prac farmakologicznych, komentarza do francuskiej farmakopei i podręcznika terapii.

Mateusz José Bonawentura Orfila (1787—1853), jeden z najznakomitszych toksykologów XIX wieku, autor »*Traité de toxicologie générale*« (1815). Prócz licznych dzieł lekarskich zasłużył się on jeszcze przez ulepszenie pracowni naukowych w Paryżu i inicyatywę w zakładaniu nowych, jak słynnego zbioru anatomo-patologicznego Musée Dupuytren i muzeum anatomii porównawczej tamże, noszącego jego imię (Musée Orfila).

Edmund Feliks Alfred Vulpian (1826—1881), pisarz nadzwyczaj płodny, który między innemi ogłosił przeszło 200 prac z dziedziny patologii, fizyologii doświadczalnej, farmakologii i toksykologii.

Prócz wymienionych wyżej, piśmiennictwo tego działu wzbogacili jeszcze: Piotr Ludwik Cottereau, trzej Coze, dziadek, ojciec i syn, z których ostatni, zmarły 1896 w Nancy, jest autorem dzieł: »*Histoire naturelle et pharmacologie des médicaments narcotiques*« (1853) i »*Recherches sur les maladies infectieuses*« (1872) — Franciszek Foy, Wincenty Raspail, Józef Pelletier, Jan Ludwik Lassaigne, Camille Blaud (pigułki Blauda), Mehu i inni, nie licząc żyjących współczesnych badaczy i autorów, nad którymi jeszcze kart swych historya nie zamknęła.

Całej plejady balneologów francuskich, którzy wydają niezliczoną liczbę prac z zakresu balneo- i klimatoterapii, wymieniać nie sposób; wspomnę więc tylko o Janie Izydorze Bourdon (1796—1861), autorze dzieła »*Guide aux eaux minérales de la France et de l'Allemagne*« (1834). Wodolecznictwem zajmują się Ludwik Józef Désiré Fleury (1814—1872) i Philibert Guettet, metodą wziewań leczniczych Jan Sales-Girons (1808—1879). Obok nich całe mnóstwo wybitnych lekarzy, jak Despine, Durand, Fardel, James, Méricourt, Petit, Turck i t. d. poświęca się temu działowi.

5. Chirurgia.

Podobnie, jak w dziejach medycyny wewnętrznej, tak i w historyi chirurgii wiek XIX upamiętnił się olbrzymim rozwojem. Wprawdzie w pierwszej jego połowie, mimo znakomitych i zręcznych operatorów, których nazwiska zapisała historya po wieczne czasy, zajmuje chirurgia jeszcze stanowisko uboczne, jako część medycyny ogólnej, ale już wtedy widocznem jest wyraźne dążenie do wybicia się w odrębną, zamkniętą całość. Za to w drugiej połowie wieku wyzwala się ona zupełnie i przekształca w całkiem samo-

istną gałąź wiedzy lekarskiej, a we wszystkich jej działach dokonywa się tak nadzwyczajny zwrot, że wreszcie chirurgia wysuwa się na pierwsze miejsce, stając się prawdziwą „sztuką“ lekarską.

Zawdzięcza to, jak powszechnie wiadomo, trzem głównie czynnikom, którymi są: odkrycie znieczulenia ustroju, wprowadzenie przeciwgnilnego operowania i opatrywania, oraz wynalezienie sposobu wywołania dowolnie miejscowej bezkrwistości, dozwalającej operować bezkrwawo lub z bardzo tylko niewielką utratą krwi, a więc umożliwiającej najcięższe rękoczyny, które przedtem groziły życiu z powodu nieuniknionych wielkich krwotoków. Gdy w ślad za tem liczba operacyi, które dawniej wprawdzie udawały się technicznie, lecz chory ginął z zakażenia lub upływu krwi, zmalała do *minimum*, poczyna dopiero chirurgia zbierać niebywałe dotąd tryumfy.

Już w wiekach średnich wspomina historya medycyny o bezowocnych próbach wynalezienia sposobu, pozwalającego dokonać operacyi bez bolu; jednak wieki upłynęły, zanim udało się odkryć ten błogosławiony środek. Jeszcze na początku XIX wieku każdy zabieg chirurgiczny jest prawdziwą męczarnią dla chorego, na którą niejeden zgodzić się nie może i woli śmierć, niż nadzieję wyleczenia, strasznemi okupioną torturami. Dopiero gdy Karol Jackson, lekarz w Bostonie (1805—1880), odkrył przypadkowo usypiające własności eteru, a po raz pierwszy użył go do uśpienia w roku 1846 bostoński dentysta Wiliam Morton, datuje się nowa era w chirurgii. Jak wiadomo, wkrótce już, bo w roku 1847, zastąpił edymburski ginekolog Sir James Young Simpson (1811—1870) eter chloroformem, wykrytym 1831 roku przez francuskiego farmakologa Souberainea. Uśpienie chloroformowe rozpowszechnia się odtąd w całym świecie i do dziś wytrzymuje zwycięzko współzawodnictwo wszystkich, później w tym samym celu polecanych środków. O chloroformie też słusznie wyraził się Rochard: *le siècle qui s'achève a vu naître des découvertes peut-etre plus brillantes que celle là, mais il n'en a pas produit de plus utiles«.*

Przeciwgnilne opatrywanie ran wprowadził do chirurgii wprawdzie też anglik, którym był, jak wiemy, słynny Sir Josef Lister (urodzony 1827), ale i tu badania genialnego Pasteura wywarły przeważny wpływ i dały podstawę uczonemu angielskiemu do stworzenia nowej metody: antyseptyki, z której pod koniec XIX stulecia zrodziła się, wszechwładnie dziś w salach operacyjnych całego świata panująca: aseptyka.

Trzecim wreszcie, niezmiernie ważnym dla rozwoju chirurgii czynnikiem, jest sposób uzyskania miejscowej bezkrwistości, co zawdzięczamy lekarzowi niemieckiemu z Kiel, Fryderykowi Esmarchowi (urodzony 1823).

Te trzy zdobycze naszego wieku rozstrzygnęły stanowczo o przyszłości chirurgii, stworzyły całe szeregi nowych sposobów operacyjnych, tak śmiałych i zadziwiających, o jakich przedtem najzręczniejsi nawet i najodważniejsi chirurdzy marzyć nie mogli. W ślad za tem przyszedł rozwój chirurgii zachowawczej i rękoczynów plastycznych, bo dzięki antyseptyce i aseptyce pokazało się, że niejeden członek, skazany dawniej na odjęcie z obawy zakażenia, grożącego śmiercią, da się jeszcze uratować, że niejeden, nawet znaczny ubytek da się przecież zastąpić przeszczepioną tkanką.

A w tym kolosalnym rozwoju chirurgii pierwsze miejsce zajmuje znów Francya z Paryżem i słynną szkołą w Montpellier na czele. Chirurgia już w pierwszej połowie XIX wieku stoi tam tak wysoko, że lekarz dopiero wtedy był uznany za biegłego chirurga, jeżeli odbywał, lub przynajmniej uzupełniał swe nauki we Francyi. Od drugiej połowy XIX w. zaczyna się rozkwit chirurgii niemieckiej, angielskiej i innych; współzawodnicząc one z chirurgią francuską i jakkolwiek pod koniec stulecia zrównały się z nią, to jednak Francya dotrzymuje im zawsze kroku w ogólnym postępie i bynajmniej wyprzedzić się nie daje.

Sławna tradycya chirurgii francuskiej sięga jeszcze XVIII w., kiedy to złotemi głoskami — *passez moi l'expression* — zapisały się takie nazwiska, jak: Littré (1658—1725), Petit (1674—1750), Le Dran (1685—1770), Morand (1697—1775), Louis (1723 do 1792), Chopart (1743—1795), Desault (1744—1795), wreszcie Sabatier (1732—1811), autor ulubionego podręcznika chirurgii w 3 tomach pod tytułem: »*De la médecine opératoire* (Paryż, 1796).

W dziejach chirurgii francuskiej XIX wieku rozróżnić musimy dwa okresy, mniej więcej równe: pierwszy obejmujący pierwszą, — drugi — drugą połowę stulecia, a między graniczną między obu stanowią właśnie owe trzy wyżej wzmiankowane epokowe wynalazki.

W pierwszym okresie kwitnie i rozwija się technika operacyjna, do czego przyczyniają się głównie wielkie wojny, zaczęte pod koniec XVIII wieku, a prowadzone dalej niemal bez przerwy aż do upadku pierwszego cesarstwa. W epoce tej na pierwszy plan wysuwają się nazwiska słynnych operatorów wojskowych i oni to wyryli znamienne piętno na całej chirurgii francuskiej owej doby. Do naukowego rozwoju chirurgii przyczynia się w epoce tej w znacznej mierze szkoła w Montpellier, głosząc zasadę, że aby dobrym być chirurgiem, nie wystarcza zręcznie i szybko operować, lecz trzeba objąć i posiąść całość nauk lekarskich. Nie wystarczy, by chirurg był, jak dawniej, niejako pół-lekarzem: jemu nie wolno wedle słów Boyera »*négliger aucun des dogmes de la médecine*«. Mistrze i uczniowie szkoły tej, jak Delpech, Lallemand, Dubreuil przyczyniają się nadto do wyspecyalizowania chirurgii i pierwsi znaczą szlaki do jej bujnego nowoczesnego rozkwitu.

Z pomiędzy lekarzy chirurgów, których działalność przypada po części na koniec XVIII wieku, po części na pierwszą połowę XIX-go, największy rozgłos i to dobrze zasłużony zyskał sobie Larrey, który pierwszy podał myśl niesienia pomocy lekarskiej na polu bitwy, zaprowadzając t. zw. *ambulances volantes*, a dzięki swej troskliwej opiece i staraniu o rannych zyskał przydomek: »*la providence de soldats sur le champ de bataille*«. Jan Dominik Larrey urodził się 1766 roku w Beaudean. Jako lekarz wojskowy był on nieodstępnym towarzyszem Napoleona, brał udział w 25 wielkich wyprawach wojennych i w 60 bitwach, od kampanii egipskiej począwszy, aż do Waterloo. Widział więc Wielkiego Słońca jasny wschód i krwawy zachód. Uchodzi słusznie za twórcę nowej chirurgii wojennej. W roku 1805 zostaje generalnym inspektorem służby lekarskiej wojskowej, a po bitwie pod Wagram otrzymuje tytuł barona od cesarza, który w testamencie swym, jeszcze o nim wspominając, pisze: »*C'est l'homme le plus vertueux que j'aie connu*«. W roku 1836, przeniesiony w stan spoczynku, zostaje naczelnym chirurgiem w paryskim *Hôtel des Invalides*. Umiera w Lyonie 1842 roku. A mimo trudów wojennych pracuje on też naukowo, wprowadza wiele nowości do ówczesnej chirurgii, jak n. p. torsyę, jako środek tamujący krwotoki, lub sporządzoną przez siebie masę twardą, służącą do opatrywania złamań kości. Najcelniejsze jego dzieła są: »*Rélation historique de l'armée de l'Orient*« (Paryż, 1803); »*Mémoires sur les amputations des membres à la suite des coups de feu*« (Paryż, trzy wydania, ostatnie r. 1808); »*Mémoires de médecine et de chirurgie militaire*« (Paryż, 1812) i wreszcie »*Clinique chirurgicale*« (Paryż, 1830[4]).

Prócz Larreya notują dzieje chirurgii francuskiej pierwszego okresu następujących sławnych lekarzy:

Filip Jan Pelletan (1747—1829), następca Desaulta w Paryżu, gdzie dla niego założono osobną klinikę, przeznaczoną dla wydoskonalenia chirurgii (*Clinique de perfectionnement*);

Aleksy Boyer (1757—1833), autor 11-tomowego dzieła: »*Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*« (Paryż, 1814—1826);

Karol Ludwik Stanisław Heurteloup (1793—1864), syn również dzielnego chirurga Mikołaja, wynalazca litotrypsyi, wielce zasłużony około wydoskonalenia wogóle metod operacyjnych kamieni pęcherzowych.

Jednym z największych chirurgów XIX wieku, znakomitym operatorem, wszechstronnym uczonym i niemal genialnym dyagnostą był, żyjący w tej właśnie epoce, rozgłośnej sławy lekarz: baron Wilhelm Dupuytren. Urodzony w Pierre-Buffière 1777 roku, pobierał nauki w medycznej szkole paryskiej, poczem pracował jako prosektor w *École de Santé*, a od roku 1812 jako profesor chirurgii wydziału lekarskiego w Paryżu. Po śmierci Pelletana został naczelnym operatorem szpitala *Hôtel-Dieu*. W epoce Restauracyi w roku 1823 mianowany przybocznym lekarzem Ludwika XVIII-go, a w roku 1824 Karola X-go, wreszcie generalnym inspektorem uniwersytetu (*Inspecteur général de l'université*). Umarł 1835 roku. Cieszył się ogromną wziętością, dzięki niesłychanej technice operacyjnej, zimnej krwi i bystrości spostrzegawczej. Po za tem pracował wiele naukowo, studyując głównie anatomię opisową, patologię chirurgiczną i anatomię patologiczną. Jemu zawdzięcza chirurgia wynalazek licznych narzędzi i metod operacyjnych. Jest on pierwszym, który wykonywa podwiązanie wielkich tętnic, a w roku 1812 robi pierwszą resekcyę szczęki dolnej, oraz nieco później poleca metodę podskórnego przecięcia mięśnia mostko-sutko-obojczykowego. W latach 1825 i 1826 dokonywa szeregu porównawczych doświadczeń między sposobem wyjęcia, a spychania zaćmy, a prace jego nad tętniakiem urazowym do dziś dnia mają swoją wartość. Z pośród licznych dzieł, jakie pozostawił, najcelniejsze są: »*Traité*

[4]) Zasługi Larreya uczcił naród francuski wspaniałym posągiem bronzowym, wykonanym przez słynnego Dawida d'Angers, wzniesionym w dziedzińcu paryskiego szpitala *Val-de Grâce*. (*Przypisek autora*).

théorétique et pratique des blessures par armes de guerre« (Paryż, 1834); »*Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel Dieu«* (Paryż, 1831), oraz podręcznik ogólnej chirurgii operacyjnej.

Dzielnie współzawodniczą z Dupuytrenem: Jan Baptysta Franciszek Léveillé (1769—1829), autor podręcznika chirurgii, wydanego w 1812 roku; Baltazar Richerand (1779 do 1840) i Filibert Józef Roux (1780—1854), chirurg w Beaujon, uczeń wielkiego Bichata, członek Instytutu, bardzo zręczny operator, który pierwszy odważył się wykonać stafilorafię i wiele innych operacyi plastycznych.

Jakób Delpech (1772—1832). On to zastosował w leczeniu stopy końskiej podskórne przecięcie ścięgna, udoskonalił wiele rękoczynów ortopedycznych i pierwszy zwrócił uwagę na gruźliczą naturę *malum Potti*.

Achilles Flaubert (1784—1846) w Rouen, pierwszy w Europie wykonał w 1835 roku szew kostny, polecany przez amerykańskiego chirurga Motta.

Jakób Lisfranc (1790—1846), znany przez swą odmianę operacyi Choparta na stopie.

Klaudyusz Franciszek Lallemand (1790—1853, w Montpellier, głośny z prac w zakresie operacyi dróg moczowych, równie jak Ludwik Józef Sanson (1790—1841); Jan Civiale (1792—1867), który wydoskonalił metodę operacyjną kamieni moczowych i Piotr Salomon Ségalas (1792—1875), który znów ulepszył instrumentaryum do litotrypsyi.

Karol Gabryel Pravaz (1791—1853), wynalazca metody wstrzykiwań podskórnych, którego nazwisko po wieczne czasy związano z podaną przez niego w tym celu, powszechnie znaną strzykawką.

Juliusz Cloquet (1790—1883) autor: »*Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales*«.

Z metodą doszczętnej plastycznej operacyi przepukliny występuje w roku 1829 D. G. Belmas (1793—1864) i Piotr Mikołaj Gerdy (1797—1856) w dziele pod tytułem: »*De la cure radicale de la hernie inguinale*" (1850).

Alfred Armand Ludwik Marya Velpeau (1795 do 1867), autor podręcznika anatomii chirurgicznej, udoskonalał wiele opatrunków i operacyi, jak: wyłuszczanie w stawach, przecięcie ścięgna i t. p.

Jan Zuléma Amussat (1796—1856), głośny operator paryski i wszechstronnie wykształcony lekarz. Poleca na nowo *sectio alta* w 1832 roku, stosuje szew jelitowy przy operacyi po raz pierwszy w 1835 roku, wreszcie robi liczne i ważne doświadczenia nad enterotomią, nad wtargnięciem powietrza do żył, nad leczeniem krwawnic (hemoroidów), wyłuszczaniem guzów macicznych, operacyami zwężeń cewki moczowej, wad wrodzonych pochwy i t. d.

Józef Gensoul (1797—1858) w Lyonie, wsławił się głównie jako zręczny operator kamieni pęcherzowych i przepuklin. Ulepszył wiele rękoczynów plastycznych i po raz pierwszy wykonał w roku 1826 całkowite wypiłowanie szczęki górnej.

Filip Fryderyk Blandin (1798—1849), znany ze swych badań anatomicznych, które pogłębiły tę naukę.

Józef Leroy d'Etiolles (1798—1860), zasłużony zarówno z Civialem i Heurteloupem około rozpowszechnienia litotrypsyi. Podał wiele nowych narzędzi, wprowadził na większą skalę stosowanie w leczeniu galwanokauteru i pierwszy zaczął używać galwanopunktury przy tętniakach i zwężeniach cewki moczowej.

Gabryel Guillon (1798—1881), wynalazca przyrządu prostującego przeciwko skrzywieniom kręgosłupa i nowych metod operacyjnych dla leczenia chorób dróg moczowych.

Antoni Józef de Lamballe (1799—1867), znany ze swych plastycznych operacyi przetok pęcherza i kiszki odchodowej, oraz ze swego szwu jelitowego. Wydał: »*Traité théorique et pratique des maladies chirurgicales du canal intestinal*« (1829) i »*Sur l'invagination et les sutures intestinales*«.

Stanisław Langier (1799—1872), który w roku 1830 podał nowy sposób leczenia przetok łzowych, polecał wysysanie zaćmy (*aspiratio*), a prócz tego ogłosił wiele prac z różnych działów chirurgii.

Po tych wszystkich głośnych chirurgach, o których powiedział Boyer: »*grace au nombre et à l'activité de ces travailleurs, au génie de ces hommes d'élite, la réforme se répend partout et la chirurgie subit une première métamorphose en suivant sa marche naturelle*«, następuje młodsza generacya chirurgów, urodzonych już w XIX stuleciu, którzy wraz z tamtymi popychają ciągle naprzód francuską sztukę chirurgiczną, a wreszcie pokolenie najmłodsze, pracujące już w drugim okresie rozwoju chirurgii XIX wieku i korzystające w całej pełni z owych trzech głównych wynalazków, o jakich wspomniano na wstępie niniejszego rozdziału. Wymienimy ich tu pokrótce w porządku chronologicznym.

Juliusz René Guérin (1801—1886), założyciel zakładu ortopedycznego w Paryżu.

Jan Baptysta Lucyan Baudens (1801—1857), lekarz wojskowy, ulepszył wiele sposobów operacyjnych, brał udział w wojnie krymskiej.

Amadeusz Bonnet (1802—1858), wynalazca operacyi wyłuszczenia gałki ocznej i autor dzieła o chorobach stawów pod tytułem: »*Traité des maladies des articulations*« (1845).

August Vidal de Cassis (1803—1856), którego uczniem był słynny Bardeleben; wydał 5-tomowe dzieło: »*Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*« (1838—1841); wynalazł spinki (*serres fines*) do operacyi stulejki i podał metodę doszczętnej operacyi żylaka powrózka nasiennego (*varicocele*).

Jan Gaspard Goyrand (1803—1866) w Aix, wynalazca wielu ważnych nowych metod operacyjnych w zakresie chirurgii kości i stawów, oraz przetok moczowych.

Karol Emanuel Sédillot (1804—1883) w Strasburgu, wydał cenne prace o zwichnięciach w stawach, operacyach plastycznych, gastrotomii i uretrotomii.

Karol Marya Edward Chassaignac (1805—1879), wynalazca metody drenowania ran, rozpowszechnionej odtąd w całym świecie, sposobu podokostnowych resekcyi kości, opartego na badaniach Flourensa nad czynnością i rolą odżywczą okostnej. Sposób ten pozwala odtąd na zachowanie członków, które dawniej musiały być odjęte, słusznie też nazywają Chassaignaca twórcą chirurgii zachowawczej. Ogłosił poważne dzieło: »*Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*«.

Józef Franciszek Malgaigne (1806—1865), autor bardzo rozpowszechnionego w swoim czasie podręcznika chirurgii.

Najwybitniejszym z pośród tej plejady chirurgów jest August Nélaton (1807—1873) od roku 1851 profesor kliniki chirurgicznej w Paryżu, a od 1866 przyboczny chirurg Napoleona III., w roku zaś 1868 mianowany senatorem. Należy bezsprzecznie do najznakomitszych chirurgów, zażywa sławy bystrego dyagnosty i biegłego operatora. Popularność jego wzrosła jeszcze bardziej po udanej szczęśliwie operacyi Garibaldiego, któremu tkwiącą głęboko w nodze kulę wyśledził przy pomocy swego nowego zgłębnika o porcelanowej główce. Z pośród licznych jego prac zasługują na uwagę: »*Elements de pathologie chirurgicale*« (1844); »*Traité des tumeurs de la mamelle*« (1859); pisał też wiele rozpraw z zakresu operacyi ocznych i operacyi narządu moczowego.

Nad chirurgią dróg moczowych pracują: Leon Klemens Voillemier (1809—1878), autor: »*Traité des maladies des voies urinaires*« (1868) i August Mercier (1811—1882).

Alfons Guérin (1817—1895) wprowadza w roku 1878 opatrunek z waty.

Arystyd Verneuil (1823—1895), należący również do najwybitniejszych chirurgów ostatnich czasów, wynalazł kleszczyki do tamowania krwi (*pince hemostatique*), robił cenne doświadczenia nad stosowaniem jodoformu w ropniach i prócz wielu rozpraw kazuistycznych wydał 5-tomowe dzieło: »*Mémoires de chirurgie*« (1877—1888).

Ludwik Ollier (ur. 1825) w Lyonie, zasłużony w dziale chirurgii kości, autor dzieł: »*Traité expérimental et clinique de la dégeneration des os et de la production artificielle du tissus osseux*« (1867) i »*Des resections des grandes articulations*« (1870).

Leon Klemens Le Fort (1829—1893) ogłosił cenne prace o wypiłowaniu stawu kolanowego, biodrowego i trepanacyi czaszki.

Metodę Listera rozpowszechnił we Francyi Łukasz Championnière w swoim szpitalu paryskim »*Lariboisière*«[5], a w ślad za nim poszli zaraz inni wybitni chirurdzy, jak: Trélat, Richet, Labbé, Lannelongue, Péan. Wszyscy ci, a oprócz nich jeszcze: Giraldès, Petrequin w Lyonie, Morel-Lavallé, Nicaise, autor 250 prac, Laborie, Gosselin, Richard, Follin, Létiévent, Tillaux, Réverdin, Guyon dodali blasku chirurgii francuskiej, utrzymując ją ciągle na wyżynie i zbogacili cennemi dziełami piśmiennictwo naukowe, a niektórzy z nich, żyjący jeszcze, pracują obecnie dalej, by dopiero kiedyś przejść chlubnie do historyi. (C. d. n.)

---

[5]) *Hôpital Lariboisière* zbudowany 1846—1853, nazwany tak na cześć hrabiny Lariboisière, która ofiarowała blisko 3 miliony franków na ubogich chorych. (*Przypisek autora*).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Przy niezwykle licznym — jak na nasze stosunki — udziale członków odbyło się w sobotę ubiegłą V zwyczajne Walne Zgromadzenie Towarzystwa Samopomocy lekarzy w wielkiej sali „Domu lekarskiego", na które, prócz kolegów z prowincyi, przybyli także: prezes „Reprezentacyi lwowskiej" Dr Tatarczuch i redaktor „Głosu lekarzy" Dr. Mikołajski. Wszystkie punkta porządku dziennego wywołały nader ożywioną dyskusyę, tak, że obrady, rozpoczęte o 5-tej po południu, przeciągnęły się do godziny $9^1/_2$ wieczorem; poczem przy wspólnej skromnej kolacyi omawiano jeszcze wiele zagadnień społecznych i zebrano składkę na «rannych i głodnych« w Królestwie Polskiem.

Walne Zgromadzenie przyjęło przez aklamacyę gorące podziękowanie, wyrażone przez prezesa prof. Jordana profesorowi Nowakowi za doprowadzenie do skutku budowy wspaniałego »Domu lekarskiego«, jak również redakcyi »Głosu lekarzy« za świetne prowadzenie jedynego dziś pisma polskiego, poświęconego sprawom zawodowym lekarskim; przekazało liczne aktualne wnioski do wykonania Wydziałowi i wybrało na rok bieżący następujący Zarząd główny: prezes: prof. Jordan; I wiceprezes: prof. Ziembicki; II wiceprezes: dr. Bogdanik; sekretarz: dr. Langie; zastępca: dr Flis; skarbnik: dr. Słapa; wydział: dr. Braun, dr. Hirsch Dawid, dr Żydłowicz, kom. kontrol.: dr. Bernadzikowski, dr. Bielański, dr. Schoengut; sąd polubowny: prof. Ciechanowski, dr. Jaugustyn, dr. Lustgarten, prof Łazarski, dr. Woyciechowski.

Według sprawozdania Administracyi znaczków receptowych, przedłożonego Prezesowi Tow. samop. lek., sprzedano w I kwartale 1905 roku 69,375 znaczków 4 halerzowych, oraz 14,500 znaczków 1 halerzowych, od 18/3 do 12/4 1905 czyli razem 83,875.

Dr. Langie, sekretarz generalny.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 4 maja.

* Pojutrze, d. 6 b. m. rozpocznie się w mieście naszem dwudniowy Zjazd balneologiczny, zwołany przez «Towarzystwo balneologiczne polskie«. Ten pierwszy krok nowo-powstałego Towarzystwa, a mniej i treść zapowiedzianych odczytów, dowodnie a chlubnie świadczą, że zamierzony zakres działalności jego nie ograniczy się tylko do postępu administracyjno-organizacyjnego naszych zdrojowisk i uzdrowisk, lecz że zamierza ono oprzeć rozwój balneo-klimatoterapii krajowej na podstawie teoretycznej i na ścisłych badaniach naukowych. Witając serdecznie członków Zjazdu w imieniu lekarzy krakowskich, życzymy im z szczerego serca bogatego plonu dla rozwoju umiejętnej balneologii, od którego w znacznej mierze zależy pomyślność tak ważnej gałęzi ekonomicznej w Galicyi.

* Między 11 a 18 września b. r. odbędzie się w Petersburgu V-ty międzynarodowy Zjazd położników i ginekologów. Komitet urządzający z prof. Ottem na czele zwrócił się do kol. prof. Marsa z prośbą o zorganizowanie narodowego Komitetu polskiego i z gorącem wezwaniem ginekologów polskich do udziału w tym Zjeździe. Komitet polski już się ukonstytuował, a do składu jego weszli: Mars (przewodniczący), Bylicki, Kosmiński, Festenburg, Kwiatkiewicz, Stroynowski i Sołowij — ze Lwowa; Jordan, Rosner i Dobrowolski — z Krakowa; Borysowicz, Jaworski, Neugebauer i Stankiewicz — z Warszawy; Święcicki i Pomorski — z Poznania. Ginekologowie polscy, zamierzający wziąć udział w tym Zjeździe i zapowiedzieć odczyty, raczą się zgłosić jak najspieszniej albo wprost do przewodniczącego kol. prof. Marsa (Lwów, ul. Kościuszki, 14), lub też do kolegów: Borysowicza (Warszawa, ul. Szpitalna, 5), Święcickiego (Poznań, pałac Działyńskich), Jordana (Kraków, ul. Sławkowska, 1).

* Nominacya Dra Jana Piltza na profesora psychiatryi w U. Jag. została już podpisana przez cesarza i w tych dniach będzie ogłoszona w dzienniku urzędowym

* W ostatnim Nrze »Przegl. lekar.« nadmieniliśmy, że «Gazeta lekarska», wobec groźby zbliżającej się cholery, powzięła chwalebną myśl zwołania wiecu lekarskiego w Królestwie polskiem, w celu obmyślenia sposobów i środków najskuteczniejszego zapobieżenia i zwalczania zagrażającej groźnej epidemii. Myśl ta jest tem więcej na czasie, że Królestwo jest znacznie ogołocone z lekarzy, a z drugiej strony, jeśliby obawa się ziściła, to wobec toczącej się wojny, ruchu wojsk, byłaby epidemia cholery, jak to uczy doświadczenie lat ubiegłych, bardzo rozszerzoną i bardzo morderczą. Myśl rzucona wywołała żywy oddźwięk w prasie politycznej i zdawałoby się, że wobec wytężonej pracy i uwagi rządu rosyjskiego w kierunku toczącej się wojny, nie tylko przyzwolenie na wiec, lecz samorzutne powołanie społeczeństwa do własnej obrony jest elementarnem zadaniem władzy w Królestwie polskiem i — ufajmy, — że tak się stanie; jeśli jednak jest coś, co nas niepokoi, że się tak może nie stać, to te liczne zarządzenia w rdzennej Rosyi (p. Nr. 14 »Rus. Wracza»), rozwiązujące zgromadzenia, zakazujące odczytów o cholerze, pouczeń zwierzchności gminnych o jej zapobieganiu, słowem odsunięcie lekarzy od wszelkiej akcyi zaradczej. Ufajmy, że jenerał Maksymowicz oceni inaczej zamiary lekarzy polskich i u*a*twi im zadanie obrony kraju pozostawionego jego pieczy.

* Pierwszy międzynarodowy Kongres anatomów odbędzie się w Genewie między 7 a 10 sierpnia.

* Pierwszy międzynarodowy Kongres psychiatrów i neurologów odbędzie się we wrześniu 1907 r. w Amsterdamie.

* Czytamy w „Nowościach" (2 b. m.), że Rada lekarska przy rosyjskiem ministerstwie spraw wewnętrznych uchwaliła pozwolić lekarzom zagranicznym na wykonywanie praktyki lekarskiej w pogranicznym pasie Gubernii kaliskiej, o ile władza miejscowa uzna tego potrzebę ze względu na dobro mieszkańców.

O ile nam wiadomo, przyzwolenie takie zostało wydane nietylko dla gubernii kaliskiej i nietylko w pasie pogranicznym, lecz obejmuje ono całe państwo rosyjskie i trwać będzie do końca obecnej wojny.

* Niemiecki związek nauczycielek-abstynentek wydał monografię o szkodliwości używania alkoholu i rozesłał tę broszurę do magistratów miejskich z prośbą o rozdanie jej matkom i zarządom szkół ludowych.

* Świeżo zakończony Zjazd chirurgów w Berlinie był nader liczny. Liczba zgłoszonych odczytów była tak wielka, że zarząd zmuszony był zmienić porządek dzienny: Zjazd powziął uchwałę, ażeby liczba odczytów na tych Zjazdach nie przekraczała 70 i w takim razie jeden odczyt trwać będzie 18 minut wraz z dyskusyą. Zachodzi istotna potrzeba uczynienia tych Zjazdów dłuższymi.

* 77-me Zgromadzenie niemieckich przyrodników i lekarzy odbędzie się w Meranie od 24 do 30 września b. r.

* Między 10 a 16 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy: w powiecie cieszanowskim i tarnowskim (po 1 gm.). — W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: buczackim, czortkowskim (po 1 gm.), dobromilskim (2 gm.), drohobyckim (3 gm.), grodeckim, horodeńskim, jarosławskim (po 1 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim, lwowskim po (2 gm.), nadwórniańskim (4 gm.), niskim, przemyskim (po 1 gm.), przemyślańskim (2 gm.), przeworskim, rawskim (po 1 gm.), skałackim (3 gm.), stanisławowskim, staro samborskim (po 1 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (2 gm.), turczańskim (4 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (3 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Rodriguez mian. został kierownikiem kliniki lekarskiej w Kadyksie. Prof. nadzwyczajny Lindemann mian. profesorem zwyczajnym w Kijowie.

Nekrologia. Dr. Roman Wieczorek, l. 64, zmarł w Gnieźnie. Dr. Garcia Duarte, prof. chirurgii zmarł w Grenadzie. Dr. Basch, prof. doświadczalnej patologii, zmarł w Wiedniu. Dr. Castiglioni, lekarz naczelny austryackiego Lloydu, zmarł w Tryeście w 61 r. życia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 15. Pawiński i Korzon: O działaniu teocyny w chorobach serca i nerek. Moraczewski: Przyczynek do charakterystyki t. zw. fosfaturyi (dok.). Bornstein: Z kazuistyki neurologicznej (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 5. Krzyżanowski: Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Buczaczu za rok 1904. Pręgowski: O pożytku z łaźni (dok.). Bier: Ujemne strony higieniczne targu mlecznego w miastach większych i środki zaradcze przeciw nim.

— *Kronika lekarska* Z. 8. Sędziak: O postępach w laryngologii i rynologii w ostatnich 25-ciu latach ze szczególnem uwzględnieniem piśmiennictwa polskiego (c. d.). Niedzielski: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 9 zawiera: Spór lekarzy z technikami dentystycznymi. — W sprawie lekarzy kolejowych (c. d.). — Statut Towarzystwa higienicznego. — Ustawy i rozporządzenia sanitarne. — Z towarzystw naukowych.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 4. Lidmanowski: O podskórnem stosowaniu salicylanu sodu przy reumatyzmie wielostawowym. Mogilnicki: Błonica w przebiegu płonicy. Poczobut: O lecznictwie ludowem i o chorobach nerwowych wśród ludu.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 17. Slavik: Uražda opileho muže uříznutim plodidel a utopenim. Záhadný pachatel se sám 3 leta před vraždou kastroval hřebem v poruše duševni. Duševni stav pachatele.

— *La Presse médicale* Nr. 31. Lemoine: Rola cukru w odżywianiu. Blois: Leczenie rwy kulszowej prądem elektrycznym. Romme: Komórka rakowa i teorya pasorzytnicza raka.

— Nr. 32. Lévy: Nasieniotok i jego leczenie. Reedukacya psychiczna i leczenie somatyczne. Siegel: Leczenie gruźliczych gruczołów szyjnych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 17. Heubner: Leczenie kąpielowe w wieku dziecięcym. Koblank: Wodoleczenie a czynnościowe zaburzenia żeńskiego narządu rodnego. Brat: Znaczenie lecznicze przyrządu do wdychiwań tlenu. Unger: Przyczynek do nauki o obojnactwie. Pick: O gruczolaku męzkich i żeńskich gruczołów płciowych przy obojnactwie prawdziwem i rzekomem.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 17. Burkard: Przyczynek do sprawy pierwotnych włókniako-mięśniaków więzadła szerokiego. Bail: Odporność agresynowa przeciw prątkom duru i przecinkowcom cholery. Kikuchi: Odporność agresynowa przeciw dysenterycznym prątkom Shiga-Krusego. Pirquet i Schick: W sprawie agresyny.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 17. Riedel: O lewostronnym bolu żołądka. Lange: Znaczenie zdjęć röntgenowskich dla ortopedyi. Payr: Zapalenie wyrostka robaczkowego i zatorowe schorzenia żołądka. Klapp: Uruchomienie stężałych i wyciągnięcie przykurczonych stawów zapomocą przyrządów ssących. Kapsammer: Przemiany w rozpoznawaniu czynnościowem wydolności nerek. Doerfler: Dalsze doświadczenia nad zapaleniem wyrostka robaczkowego, w szczególności ze względu na wczesną operacyę. Lauenstein: Niebezpieczeństwo układu odwrotnego trzew przy operacyach macicznych. Rieder i Rosenthal: Dalsze postępy w momentalnem röntgenowskiem fotografowaniu. Grashey: Źródło pomyłek i rozpoznawcze trudności przy badaniach röntgenowskich. Kochmann: W sprawie znieczulania morfinowo-skopolaminowego. Rothfuchs: W sprawie znieczulania tlenowo-chloroformowego. Israel: Wgłobienie jelit i nowa bezpieczna metoda operacyjna leczenia. Schneiderlin: Doszczętna operacya wrzodu podudzia.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 17. Mikulicz: Znaczenie X-promieni dla chirurgii. Schjerning: Zużytkowanie X-promieni na wojnie. Rumpf: Wynik stosowania X-promieni w medycynie wewnętrznej. Freund: Znaczenie X-promieni dla położnictwa i ginekologii. Schmidt: X-promienie w leczeniu chorób skóry. Reyher: Znaczenie X-promieni w pedyatryi. Miller: X-promienie na usługach dentystyki. Levy-Dorn: Rozwój techniki röntgenowania. Kümmell: Doświadczenia nabyte z 1000 operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego (dok.).

Redakcya otrzymała. Sprawozdanie z działalności Towarzystwa kolonii letnich w m. Warszawie za r. 1904. — Majkowski: Busko — wody siarczane solno-wapienne, sól gorzką i jod zawierające.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 17 (od dnia 23/IV do 29/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 23, dziew. 28; nieżywo: chł. —, dz. 2. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 33, kob. 18; zamiejscowych: męż. 19, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 16, ob. 12. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 4, ob. 2. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 1, — ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 11, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. 1. **Razem**: miejscowych 51, obcych 32.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 10 maja, o godzinie 6 wieczorem, ***w Domu Towarzystwa***, posiedzenie nadzwyczajne. Na porządku dziennym odczyty: 1. Kol. prof. Dr. Rosnera: „O bolach międzymiesiączkowych". 2. Kol. Dr. Borzęckiego: „Kiedy możemy osobnikowi, który przebył kiłę, pozwolić na zawarcie związków małżeńskich".

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Franzensbad. Zarząd tego zdrojowiska rozpoczął w r. b. wytwarzać rodzimą francensbadzką sól borowinową we własnych zakładach, tak że obecnie można sól tę sprowadzać wprost z zarządu. Jak wiadomo, zdrojowisko to należy do najznakomitszych w zakresie kąpieli borowinowych, do których posiada przeszło 8 milionów metrów sz. najlepszej na kontynencie borowiny i których wydaje w miejskich łazienkach w sezonie letnim corocznie 150,000. Oczywiście tych kąpieli nie zastąpi użycie soli borowinowej; niemniej nadaje się ona wybornie do leczenia wstępnego i do doleczania.

Żelazo wypada nieraz podawać u takich chorych, u których wskazanem jest równocześnie leczenie jodem. W takich razach, n. p. u niedokrwistych dzieci zołzowatych, okazały się najpraktyczniejsze pigułki Blancarda, zawierające jodek żelaza i będzie oddawna ulubionym środkiem lekarzy francuskich, który wskutek tego stał się na północy Francyi, w Belgii i w Holandyi lekiem niemal ludowym.

Rok XLIV. Kraków 13 Maja 1905. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Zastosowanie kąpieli borowinowych w leczeniu chorób serca.

Podał

Dr. Leopold Steinsberg,

lekarz zdrojowy w Francensbadzie.

Zasada z jednej strony „oszczędzania“ a z drugiej „ćwiczenia“ serca stanowi myśl przewodnią w leczeniu chorób układu naczyniowego tak, iż chyba niema już dziś lekarza, któryby, lecząc sercowych chorych głównie kąpielami, nie uwzględniał obu tych czynników zasadniczych. Zbędnem jest rozszerzać się nad tą kwestyą. Wystarczy ogólnikowo wspomnieć, iż okres „oszczędzania“ cechuje się w warunkach do tego stworzonych obniżeniem funkcyi ustroju do *minimum*, co w dalszym ciągu, a mianowicie w następstwie oddziaływania fizykalnego doprowadza do wzmożenia tych czynności, a tem samem do okresu „ćwiczenia“. Określenie to odnosi się po pierwsze do ogólnego wpływu kąpieli z kw. węglowym na pobudzenie przemiany materyi i na wytwórczość sił wewnętrznych; powtóre do bezpośredniego ich działania na czynność serca, głównie drogą odruchowego podrażnienia nerwu błędnego. Oba te czynniki mają równie ważne znaczenie w leczeniu kąpielowem chorób serca. Uwzględniając więc odpowiednio do stanu chorego obie te zasady „oszczędzania“ i „ćwiczenia“, potrafimy głównie przez postępowanie powolne wpłynąć dodatnio na chore narządy i osiągnąć dobry wynik leczniczy.

Nie można zaprzeczyć, że także zabiegi wodolecznicze, ściśle dawkowane, wpływają częstokroć dobrze na choroby układu naczyniowego; jednakowoż niezbędne przy postępowaniu tem nacierania i natryski wzmagają pracę serca. Leczenia zaś kąpielami z kw. węglowym nosi w całej pełni cechę omówionych zasad. Kolebka tych kąpieli, to Nauheim; w ostatnich jednakże czasach stanął także Francensbad na czele tej terapii. Już w poprzednich mych pracach [1]) wykazałem, iż przyrządzanie i stopniowanie tych kąpieli naturalnych z kw. węglowym odbywa się z matematyczną ścisłością, przez co umożliwia się osiągnięcie niemi bardzo dosadnych wyników leczniczych; zdobyły one sobie już dotychczas zaufanie świata lekarskiego. Niebawem potrafią i inne zdrojowiska, posiadające szczawy alkaliczne, zużytkować je do przyrządzania ściśle dawkowanych kąpieli z kw. węglowym, a uwzględniając przytem i inne nieodzowne dla chorych sercowych czynniki lecznicze, głównie odpowiednie warunki terenowe, stworzyć nowe ogniska dla leczenia chorób serca. Czem się na zewnątrz uwydatnia działanie kąpieli z CO_2 i jaka ich swoistość, względnie ich wpływ dodatni na ustrój, a w szczególności na serce, znane jest dostatecznie. Są one w rękach ściśle śledzącego lekarza równie dobrym lekiem sercowym, jak inne najwięcej cenione środki tego rodzaju.

Na przeszłorocznym Zjeździe balneologów w Berlinie wspomniał Kisch w referacie swym o leczeniu chorób serca o nowej formie kąpielowej, którą w ostatnich czasach zalecają niektórzy autorowie, a wśród nich głównie Loebel, to jest „kąpieli borowinowych“. Na tem samem posiedzeniu uzasadnił Loebel [2]) ponownie to żądanie swoje, a niezależnie od niego i ja [3]) wygłosiłem obszerny odczyt, w którym także doszedłem do tych samych wniosków, podkreślając to nowe wskazanie dla kąpieli borowinowych. Nie ulega chyba żadnej wątpliwości, iż nie chęć wprowadzenia czegoś nowego jest bodźcem dla obalenia dotychczasowego dogmatu, zabraniającego stosowania kąpieli borowinowych u sercowych chorych, a polegającego na rzekomej ich własności podnoszenia parcia krwi. Przeciwnie, — istnieją dotychczas spostrzeżenia wielu poważnych autorów, np. Stiflera, Senatora, Bascha i t. d., które ze względu na to, iż badacze ci prawie bezwyjątkowo znaleźli obniżenie ciśnienia, wielce przyczynić się mogą do opuszczenia dotychczasowego stanowiska o działaniu kąpieli borowinowych. To też reklamuję dla kąpieli tych to nowe wskazanie, podkreślając, iż stanowią one przy ścisłem dawkowaniu — tak samo, jak przy kąpielach z kw. węglowym — cenny środek leczniczy chorych sercowych.

W przeszłorocznym odczycie zestawiłem dokładnie wyniki doświadczeń i wykazałem, iż w francensbadzkich kąpielach borowinowych, głównie płynnych, lecz także i półgęstych, w temperaturach obojętnych wykazać można obniżenie parcia krwi z równoczesnem zwolnieniem tętna i oddychania i obniżeniem ciepłoty w odbytnicy. Zmiana w ciśnieniu krwi zależną była zawsze od wysokości jego przed kąpielą; obniżenie trwało o wiele dłużej w tych przypadkach, w których parcie krwi było przedtem wysokie. Te spostrzeżenia uwydatniają wyraźnie działanie „oszczędzające“ kąpieli borowinowych francensbadzkich o podanych własnościach; powtarzają się przy nich te same okoliczności, co i przy kąpielach z kw. węglowym i ich wpływ na obniżenie pracy serca. Rozpuszczone w borowinie sole działają jako podniety na skórę. Praca serca zwiększa się tylko przy pierwszem ich zadziałaniu, kiedy naczynia skórne się

[1]) Steinsberg: Leczenie chorób serca w Francensbadzie. (»Przegląd lekarski«, 1901, Nr. 1). — Tenże: Dalsze uwagi o leczeniu chorób serca w Francensbadzie w »Kronice lekarskiej«, 1903, Warszawa.

[2]) Loebel: Die blutdruckreduzirenden Werte der Moorbäder.

[3]) Steinsberg: Die Wirkung der Franzensbader Moorbäder im Lichte der neuesten Forschungen. Vortrag am Balneologencongress, Berlin, 1903.

zwężają i z tego powodu zwiększa się przypływ krwi z obwodu ku sercu. W okresie tym uskarża się też wielu chorych na uczucie ciężaru na piersiach. Stan ten jednak mija natychmiast, skoro krew ponownie dopływa do rozszerzonych w międzyczasie naczyń obwodowych. W pierwszym okresie zadziałania kąpieli zwężają się naczynia, ciśnienie krwi się obniża, choć serce silniej pracować musi, aby objąć wtłoczoną krew. Dopiero z chwilą, gdy naczynia na obwodzie się rozszerzyły, — a zaczerwienienie skóry mogliśmy zawsze w kąpieli borowinowej stwierdzić, — podnosi się także ciśnienie krwi. Ciśnienie to jednak dowodzi, iż serce zużytkowuje lepiej swe siły przez zmniejszenie się oporów na obwodzie ciała. Obniżenie napięcia układu naczyniowego w skórze występuje jako oddziaływanie na poprzedzające zwężenie naczyń z powodu zadziałania bodźców chemicznych, złożonych w borowinie, jakoteż i mechanicznych, to jest cząstek borowiny samej (frottement). Tak więc obniżenie, jakoteż i podniesienie się parcia krwi, uważać musimy jako wyraz zasady „oszczędzania“. Analogia z działaniem kąpieli z kw. węglowym widoczna. Także równoczesne zmniejszenie się liczby tętna (n. błędny) i oddechów jest wyrazem omówionego postępowania zasadniczego. W całości więc widzimy, iż kąpiele borowinowe o własnościach wyżej nakreślonych są w stanie stworzyć warunki w myśl nakreślonych zasad i zadziałać korzystnie na pracę serca. W przeszłorocznej mej pracy omówiłem bardzo szeroko całą tę kwestyę tak, iż ponowne rozstrząsanie byłoby tylko powtórzeniem tego, co już wypowiedziałem.

Z punktu widzenia teoretycznego jasnem było, iż kąpiele borowinowe, właściwie i oględnie stosowane, stanowić mogą bardzo cenny czynnik leczniczy u sercowych chorych, szczególnie przy powikłaniu z cierpieniami, dla których te kąpiele oddawna są wskazane. Pozostało więc oświetlić sprawę tę z praktycznej strony i ustalić formy dawkowe dla tych kąpieli. To też rozpocząłem stosować kąpiele borowinowe u odpowiednich chorych, wykazujących różne cierpienia układu naczyniowego i serca, — jednakowoż z wszelką oględnością i pod ścisłą kontrolą tętna, ciśnienia krwi zapomocą najnowszego tonometru Gärtnera i t. d. Niebawem jednak ustąpiły wszelkie moje obawy, gdyż zawsze mogłem tylko zaznaczyć dobre wyniki. Nadmieniam, iż w $^{2}/_{3}$ tych przypadków stosowałem tylko płynne kąpiele borowinowe, w $^{1}/_{3}$ także półgęste o cieplocie od 25° do 29° R. najwyżej, najczęściej sięgające do wysokości brodawki piersiowej. Płynna taka kąpiel, nazwana na mój wniosek kąpielą normalną *[Normalbad (N)]*, ma każdorazowo ten sam skład i zawiera około 10 kubłów borowiny wysuszonej = 83 kg. (8·3 × 10). Kąpiel półgęsta, także w składzie zawsze jednolita, jest o 2 kubły borowiny zgęszczona kąpiel normalna ($N + 17 = 100$ kg); przyczem uwzględniam, aby wanny użyte miały zawsze tę samą pojemność, a borowina tę samą suchość. Prócz tego stosowałem także zaprowadzone przezemnie kąpiele borowinowe z kw. węglowym *(Kohlensäuremoorbäder)*. Są to kąpiele z CO_2 różnych typów, t. j. o różnej, jednakże zawsze tej samej zawartości kw. węglowego, sporządzone w wannie, mieszczącej pewną ilość równo na dnie rozprzestrzenionej borowiny (zazwyczaj $3^1/_2$ kubła = 29—30 kg.). Kąpiele tego rodzaju umożliwiają równoczesne i ilościowo ścisłe dawkowanie borowiny i kw. węglowego, zawartego w źródłach francensbadzkich. Półgęste kąpiele borowinowe rozcieńczałem wyłącznie wodą źródlaną, pozbawioną kw. węglowego.

Z krótkiego tego zarysu widać, jak liczne i różne typy osiągnięto tak dla czystych kąpieli borowinowych, jak borowinowych skombinowanych z CO_2, a miałem sposobność prawie całą tę skalę wypróbować i zastosować z bardzo dobrymi skutkami, przystosowując je do swoistych potrzeb leczonych chorych. Kąpieli borowinowych gęstych i ponad 30° R. nie stosowałem nigdy; ponad 29° R bardzo rzadko, jak niemniej nie dozwalałem nigdy na przyrządzanie kąpieli aż po szyję, tak ulubionych u publiczności. Kąpiele te nie mają własności kąpieli „oszczędzających“. Tak jak wszelkie inne zabiegi hipertermiczne, i one podniecają przemianę materyi, jednakże dzieje się to nie bez znacznych wysiłków dla ustroju. W ostatnich 2 latach miałem sposobność stosować kąpiele borowinowe o wyżej wymienionych cechach u 72 chorych sercowych. Jestto dość poważna liczba, jeśli uwzględnimy, iż lekarz kąpielowy nie posiada pełnego prawa dyspozycyi nad powierzonymi mu chorymi i trzeba było niejednokrotnie porozumiewać się z ordynaryuszem. Na tem miejscu składam też wszystkim PP. Kolegom, którzy mię poparli w mej pracy, serdeczne podziękowanie. Częstokroć chorzy sami proponowali stososowanie borowiny, by, jak się wyrażali, „skutecznie wpłynąć na towarzyszące cierpienia gośćcowe“.

Dla krótkości ograniczam się tutaj tylko do ogólnikowego przedstawienia leczonych chorych sercowych. Stosowałem kąpiele borowinowe u chorych ze zmianami w narządzie zastawkowym serca, szczególnie w niedomykalności zastawek dwudzielnych i zwężeniu ujścia żylnego, w niedomykalności zastawek aorty; poddałem temu leczeniu przypadki otłuszczenia serca, nerwice serca, nerwowe kołatanie serca (w jednym przypadku wskutek nadużycia tytoniu z nerwicami w stawach); dalej w niewydolności mięśnia sercowego, zapaleniu mięśnia sercowego (w 2 razach powikłane z mięśniakami macicy), dwa przypadki rozszerzenia serca (*dilatative Herzschwäche* — Martius), zwapnienia aorty, serca, początkowego okresu ogólnego stwardnienia tętnic. Niektóre przypadki odznaczały się większym lub mniejszym brakiem wyrównania z towarzyszącymi objawami podmiotowymi, jak duszność, obrzęki i t. d. U wszystkich 72 chorych stosowałem kąpiele borowinowe (najwyższa liczba wynosiła 20, najniższa 2), bądź wyłącznie, bądź też na przemian z kąpielami z kw. węglowym. Chorzy znosili ten sposób leczenia bardzo dobrze i tylko w 3 przypadkach musiałem ich zaprzestać. Osiągnięte wyniki uwydatniały się z dnia na dzień w znacznej poprawie ogólnej, poprawie przedmiotowego stanu i podmiotowych dolegliwości chorego. Pokrótce przytaczam niektóre przypadki. O wszystkich zdałem sprawę na przeszłorocznym Zjeździe balneologów w Abbazyi[4]).

J. R. z B.: Zwyrodnienie mięśnia sercowego. Rozszerzenie serca, mięśniaki macicy, miesiączka krwotokowa. 4 kąpiele z CO_2, 18 borowinowych różnych typów. Chora zniosła te ostatnie lepiej, niż poprzednie. Lekka niemiarowość tętna ustąpiła, ciśnienie krwi obniżyło się z 130 do 120 Krwotoki miesiączkowe nie wystąpiły (6 tygodniowe leczenie).

R. R. z O.: Niedokrewność. Niedomykalność zastawek i zwężenie ujścia żylnego w okresie niewyrównania. Granice serca od środka mostka na szerokość palca poza linię sutkową; szmer skurczowy i roz-

[4]) Steinsberg: Moorbäder als Schonungs- und Uebungstherapie. Congress, Abbazia, 1904.

kurczowy, brak wyrównania. 13 CO_2, 3 kąp. borowin. Rozmiary prawej połowy serca prawidłowe. nastąpiło zupełne wyrównanie.

A. G. z *G.*: Niedokrewność, nerwica stawów, kołatanie serca z nadużywania tytoniu, dusznica bolesna. 12 kap. borowin. Bole w stawach znacznie zmniejszyły się; pod koniec leczenia częste bicie serca i dusznica bolesna ustąpiły. Redukcya palenia tytoniu.

H. G. z *O.*: Niedomykalność zastawki dwukończystej z rozszerzeniem serca, lekki stopień niewyrównania, obrzęk kostek, tętno 84. W 3 tygod. 5 kąp. z kw. węglowym, 8 borowinowych (26—28° R. płynne, półwysokie, 15′ trwające). Rozszerzenie serca ustąpiło, tak samo obrzęk na nogach, tętno spadło na 72, tonometr pod koniec 110. Rwa międzyżebrowa, leczona równocześnie okładami z gorącej borowiny, również uległa poprawie.

C. K. z *K.*: Niedokrewność. Niedomoga mięśnia sercowego, zapalenie błony wewn. aorty. 15 kąp. z CO_2 — 8 borow. Niedomoga serca usunięta.

M. B. z *J.*, 65 let.: Zwyrodnienie mięśnia sercowego. Miażdżyca tętnic. 10 CO_2—10 kąp. borow. płynnych. półwys. 27—28° R. 15—20′; ciśnienie krwi spadło z 140 do 120; białka brak. Tętno regularne, 72; brak napadów dusznicowych.

E. Ch. z *J.*: Zapalenie mięśnia sercowego. Dusznica bolesna. Mięśniaki macicy. 21 kąp. borowinowych; pod koniec ton. = 120, tętno 78, napady dusznicy ustąpiły. Pacyentka powtórzyła poraz wtóry to samo leczenie kąpielowe, mimo, iż ubiegłej zimy żadnych nie doznawała dolegliwości. Zwyrodnienie mięśnia sercowego często występuje u kobiet cierpiących na mięśniaki macicy i trudno orzec, czy istnieje jaki związek przyczynowy między oboma temi schorzeniami. Przypadki takie nadają się wyśmienicie do leczenia kąpielami borowinowemi. Także przebieg u następnych chorych był bardzo dobry.

S. Ch. z *Z.*: Niedokrewność. Niepłodność. Tyłozgięcie macicy. Niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie ujścia żylnego — wyrównane. 7 CO_2—20 kąp. borowin. o różnych typach.

R. M. z *W.*: Zwyrodnienie m. sercowego. Dusznica bolesna. bezsenność. Szmer skurczowy. 8 kąpiel. CO_2—9 borowinowych. Znaczna poprawa.

H. W. z *P.*: Niedokrewność. Skaza moczowa. Szmer skurczowy nad koniuszkiem serca, tony drugie nasilone. Miażdżyca tętnic. 12 CO_2, i 10 borowinowych. Pod koniec ton skurczowy czysty, dolegliwości ustąpiły.

A. D. z *W.*: Niedokrewność. Nerwowość w wieku przekwitania. Osłabienie serca bez szmeru. 14 kąp. z CO_2—6 borowin. Ogólne wzmocnienie, przypadłości ze strony serca ustąpiły.

R. G. z *R.*: Niedokrewność, osłabienie, miażdżyca tętnic, zapal. mięśnia sercowego. Tętno 54, twarde, zawroty głowy, dusznica. 11 kąp. z CO_2—4 borowin. 27° R.; 12′, półwysokie. Przypadłości ustąpiły, ciśnienie krwi 120, przyrost na wadze.

M. O. z *B.*: Niedokrewność, niedomykal. zastawki dwukończystej wyrównana. Skaza moczanowa. 11 kąp. borow., 6 stalowych; te ostatnie zniosła źle. Przyrost na wadze 1½ kg.

B. S. z *P.*: Niedokrewność, zapal. mięśnia sercowego, zapalenie przewlekłe macicy i zapal. przymaciczne. 12 kąp. borowin., 2 stal. Pod koniec leczenia tony serca czyste.

M. B. z *J.*: Skaza moczanowa Niedomykal. zast. dwukończystej z następowem rozszerzeniem serca pr. 17 CO_2—6 kąp. borowin. płynnych. Granica serca prawidłowa.

M. W. z *K.*: Niedokrewność. Zdenerwowanie, kamica żółciowa. Osłabienie serca. 13 kąpiel. z CO_2—10 borowinowych. Serce czynnościowo wzmocnione.

S. W. z *S.*: Niedokrewność. Niedomykal. zast. dwukończystej w okresie lekkiego niewyrównania. Tyłozgięcie ustalone macicy. Opadnięcie trzew. 14 CO_2—9 kąp. borow. Przypadłości ze strony serca i obrzęki kostek ustąpiły.

S. P. z *L.*: Niedokrewność. Nerwica serca. Chora nie zniosła kąpieli z kw. węglow. i żelazistych, natomiast zniosła doskonale kąp. borowinowe. Przypadłości znacznie się zmniejszyły.

S. W. z *M.*: Wczesne przekwitanie. Otyłość ogólna. Otłuszczenie serca. 10 kąp. borow. 13 CO_2; pod koniec leczenia utrata na wadze, tony serca czyste.

H. S. z *N.*: Niedokrewność, osłabienie, tony nad zastawką aorty nieczyste. Przerost lewego serca. 10 kąp. borowin. — 10 CO_2. Przyrost na wadze 3½ k. w ciągu 3 tygodni.

Wobec tak korzystnego działania kąpieli borowinowych na układ naczyniowo-sercowy, trudno nie przemawiać za zastosowaniem ich w leczeniu tych chorób, zwłaszcza gdy jeszcze i z innej strony zachodzi wskazanie do stosowania leczenia borowiną. Podkreślić jednak należy, iż wyniki dobre osiągnąć można, jak to już zaznaczyłem, tylko przy bardzo ścisłem dawkowaniu tych kąpieli co do gęstości, względnie ilości borowiny, ciepłoty, ewent. przy skombinowanem leczeniu — co do zawartości kwasu węglowego. Bezładnem stosowaniem tych kąpieli, przy jednoczesnem omijaniu bezustannego kontrolowania chorego, zazwyczaj tylko przyniesiemy mu szkodę, a rzadko pomożemy. Nadmienić jednak muszę, iż w wielu przypadkach chorzy sercowi lepiej znosili wyżej omówione kąpiele borowinowe, niż kąpiele z większą zawartością kw. węglowego. Doszedłem także do wyniku, iż płynne, tak zw. obojętne, kąpiele borowinowe nadają się zazwyczaj lepiej na wstępie leczenia kąpielowego u sercowych chorych, niż używane w tym okresie kąpiele solankowe. Podnietę chemiczną, wywołaną przez sól kuchenną, zastępują tutaj sole borowinowe łącznie z mechanicznym wpływem cząstek borowiny. Z drugiej zaś strony przekonałem się, iż skombinowane kąpiele borowinowe z kw. węgl. (*Kohlensäuremoorbäder*), przygotowane z wody źródlanej o wielkiej zawartości CO_2, oddziaływują już i przy ciepłocie obojętnej bardzo energicznie na powłoki zewnętrzne; pod tym względem przewyższają one w wysokim stopniu czystą kąpiel z kw. węglowego, a nawet i wirową (*Strombad*). Taka kąpiel borowinowa z kw. węglowym już bezpośrednio po przygotowaniu pieni się gwałtownie i perli z powodu silnej wymiany gazów, szczególnie kw. węglowego, prócz tego lotnych kw. organicznych i t. d. Stosowanie tych kąpieli oznacza zabieg najsilniejszy w terapii „ćwiczenia“ serca.

Żywię nadzieję, iż zakorzenione w świecie lekarskim mniemanie o ujemnym wpływie kąpieli borowinowych na układ naczyniowy i wynikające z tego przeciwwskazanie stosowania ich u chorych sercowych, rychło ustąpi. Koledzy, mający w zdrojowiskach sposobność leczenia borowiną, dojdą do tych samych wyników, jeśli zastosują ją w podanej przezemnie formie. Kąpiele takie nietylko że nigdy nie przyniosą szkody choremu, lecz wprost odwrotnie okażą się niebawem jako cenny czynnik leczniczy w chorobach serca, dostosowany do istniejących już zabiegów kąpielowych, a głównie kąpieli z kwasem węglowym.

II. Z zakładu higieny Uniw. Jag. pod dyrekcyą Prof. O. Bujwida.

Pogląd na naukę o wściekliźnie.

Napisał

R. Nitsch, asystent Zakładu.

(Ciąg dalszy).

Już Pasteur poszukiwał zarazka wścieklizny. Po nim wielka liczba uczonych opisywała różne drobnoustroje, jako przyczynę tej choroby. Nie będę tu przedstawiać historyi tych poszukiwań: nie mijał ani jeden rok, żeby jeden lub kilku autorów nie ogłosiło czegoś w tej kwestyi. Opisywano

i różne bakterye i drożdże i pierwotniaki: wszystko to jednak okazywało się błędnem. Sceptycyzm ogarnął w końcu wszystkich: nie więc dziwnego, że gdy w r. 1903 ogłosił Negri wyniki swoich badań nad etyologią wścieklizny, spotkał się z ogólnem powątpiewaniem, które dotąd trwa, jakkolwiek w ojczyźnie Negriego już liczni włoscy autorowie ogłosili badania, przemawiające na korzyść tego odkrycia. Odkrycie to polega na wykazaniu w komórkach nerwowych ośrodkowego układu nerwowego tworów bardzo różnej wielkości od 1 μ. i znacznie jeszcze mniejszych aż do 20 kilku μ.[1]) średnicy mających. Kształt tych tworów, przeważnie owalny, może jednak być i okrągły i różnokształtny, nieregularny.

Umiejscowienie ich jest głównie w komórkach nerwowych i to przeważnie w rogu Amona: w mniejszej ilości i nie tak stale znajdują się one w komórkach kory mózgowej, móżdżku, rdzenia przedłużonego i reszty rdzenia, także w zwojach międzykręgowych i w zwoju Gassera. Leżą zaś w protoplazmie komórek nerwowych. W jednej komórce może znajdować się jeden lub kilka tworów różnej wielkości i kształtu. Opisane twory nie są też bezpostaciowe: owszem, w ich wnętrzu mieszczą się kuliste ciałka różnej wielkości, barwiące się niekiedy niebiesko (metodą Manna), podczas gdy reszta tworu barwi się czerwono. Ilość kuleczek we wnętrzu tworu zależy od wielkości tegoż. Może ich być kilkanaście, kilka lub w najmniejszych jedna tylko. Twory te widzieć można w skrawkach, barwionych metodą Manna, płynem Biondiego, safraniną, hematoksyliną i wielu innymi sposobami, a nawet widzieć je można i rozpoznać wyraźnie ich budowę (według Negriego) w świeżych preparatach z mózgu, jeżeli się cząstkę tegoż rozpostrze igiełkami w słabym roztworze kwasu octowego.

Takim byłby w krótkości opis tworów, które Negri uważa za przyczynę wścieklizny. Dodać należy, że twory te spotyka się wyłącznie we wściekliźnie ulicznej, jeżeli śmierć zwierzęcia nastąpiła nie wcześniej, jak 13 dnia po zakażeniu. Ponieważ zaś śmierć zwierząt zaszczepionych zarazkiem stałym następuje już po 8 do 9 dniach, przeto u nich nie udało się Negriemu wykryć owych tworów. Negri badał w tym względzie blizko 90 zwierząt wściekłych lub podejrzanych o wściekliznę, a celem kontroli wykonywał zawsze Pasteurowską próbę biologiczną, szczepiąc badanym mózgiem królika podoponowo. Okazało się, że bez wyjątku zachodzi zupełna zgodność między owymi dwoma sposobami dyagnostycznymi. W przypadkach, gdzie Negri mógł wykazać swoje twory, i próba Pasteurowska (biologiczna) wypadła dodatnio. I na odwrót. Jest to znaczny postęp w porównaniu z metodą biologiczną. Na wynik ostatniej trzeba czekać przynajmniej 2—3 tygodni, podczas gdy Negri mógł wykazać swoje twory już 2-go dnia, a nawet, jeżeli się użyje do badania świeżego niezabarwionego materyału, można mieć wynik za kilka minut. Oczywiście tylko dodatni wynik badania rozstrzyga, bo twory Negriego mogą być bardzo nieliczne tak, że bardzo trudno je odnaleźć: w takich razach potrzebną będzie zawsze próba biologiczna.

Badania Negriego potwierdzili Celli i de Blassi, Daddi, Bertarelli i Volpino, D'Amato, Luzzani i Macchi, Abba i Bormans. Autorowie ci zbadali kilkaset zwierząt z dodatnim wynikiem. Bertarelli badał wpływ różnych czynników na ciałka Negriego, jak n. p. gnicia, wysuszania, podwyższonej ciepłoty, gliceryny, wody i t. p. i wykazał, że dopóki pod wpływem tych czynników ciałka Negriego nie zmieniają swego kształtu i budowy, dopóty trwa też zakaźność badanego mózgu. Jeżeli zaś ciałka Negriego zostaną zniszczone lub bardzo zmienione, to i zakaźność ginie.

Na podstawie tych dość rozległych badań można twierdzić, że odkrycie Negriego ma wielkie znaczenie dla poznania przyczyny wścieklizny. Niektórzy z przytoczonych autorów sądzą, że ciałka Negriego są tylko produktem drobnoustrojów wścieklizny, niejako ich otoczką, powstałą w komórce nerwowej pod wpływem obecności w niej pasorzyta. Same drobnoustroje mają być maleńkimi tworami we wnętrzu ciałek Negriego (Volpino).

Ciekawem jest, że dotąd wyłącznie włoscy autorowie potwierdzili odkrycie swego ziomka: żaden badacz innej narodowości nie odezwał się dotąd w tej sprawie, jeżeli nie wspomnieć o Schüderze z Berlina, który odmówił znaczenia temu odkryciu na tej podstawie, że zarazek wścieklizny przechodzi przez niektóre sączki (filtry) bakteryologiczne. Wykazano jednak potem, że Schüder nie miał słuszności.

Prócz odkrycia Negriego, które stanowi bezwątpienia najważniejszą zdobycz ostatnich lat w nauce o wściekliźnie, przyniosły nam czasy po Pasteurowskie szereg innych odkryć, które posiadają wprawdzie mniejsze znaczenie, jednak nie można ich pomijać milczeniem. I tak w ośrodkowym układzie nerwowym opisał przed kilkunastu laty Babes skupianie się ciałek białych naokoło komórek rdzenia i naokoło naczyń i nazwał tę zmianę „guzkami wścieklizny“ (*nodules rabiques*). Van Gehuchten opisał zniszczenie komórek nerwowych zwojów międzykręgowych pod wpływem neurofagów. Potem wykazano, że zmiany te nie są ściśle specyficzne, że napotyka się je też n. p. u zwierząt starych lub padłych wskutek innych chorób. Obecnie odkrycie Negriego usunęło je całkowicie na dalszy plan.

Prócz tych zmian w układzie nerwowym odkryli w ostatnich latach francuscy autorowie zmiany we krwi, w moczu i w mięśniach zwierząt i ludzi, zmarłych na wściekliznę. We krwi wykazano stałą znaczną leukocytozę, występującą w ostatnim okresie choroby, przyczem wzrasta głównie liczba neutrofilów. Leukocytoza ta jest tak stałą, że brak jej wyklucza wściekliznę (Courmont i Lesieur). Powinno to być dla weterynarzy bardzo pewną wskazówką przy sekcyi.

W moczu wykazano u zwierząt roślinożernych stałą obecność cukru tak, że brak cukru dowodzi, że zwierzę nie zginęło na wściekliznę. U zwierząt mięsożernych cukier w moczu jest objawem częstym, ale nie tak stałym, jak u roślinożernych (Rabieaux i Nicolas). I to odkrycie powinno być również dla weterynarzy pożyteczną wskazówką. Również i w doświadczeniach nad wścieklizną, które wykonuje się przeważnie na zwierzętach roślinożernych, jest to odkrycie bardzo pomocniczym czynnikiem pewnego rozpoznania.

Wreszcie i w mięśniach królików wykazano stałe zmiany pod wpływem wścieklizny (Alezais i Bricka).

[1]) μ. (mikron) = $^1/_{1000}$ mm.

Z polskich autorów opisał Elzenberg zmiany anatomiczne w śliniankach zwierząt wściekłych, a Orłowski zmiany w komórkach nerwowych rogów przednich.

W ostatnim roku przeprowadzono w krakowskim Zakładzie higieny badania nad wścieklizną, które tu w krótkich słowach opiszę [2]).

W doświadczeniach tych zastosowano prostą metodę, dotąd nigdzie nie używaną. Mianowicie odważano dokładnie na analitycznej chemicznej wadze cząsteczki mózgu lub rdzenia zwierząt padłych na wściekliznę, następnie rozcieńczano je roztworem fizyologicznym soli kuchennej w pewnym ściśle określonym stosunku (n. p. 1 : 100, 1 : 200, 1 : 1000, 1 : 5000 i t. d.); rozcieńczenie takie przesączano przez jałową bibułę (by usunąć większe kłaczki, mogące zawierać nieobliczalne ilości zarazka) i po przesączeniu zaszczepiano pod oponę zwierząt zapomocą kalibrowanej strzykawki pewną ściśle określoną ilość takiego rozcieńczenia (n. p. 0,1, 0,5, 1 cm.^{3} i t. d.). Innymi słowy wprowadzono do doświadczeń ściśle dawkowanie materyału i szczepiono dokładnie n. p. 5 mg, 1 mg, 0,1 mg, 0,01 mg i t. d. substancyi nerwowej i obserwowano wpływ takich ściśle określonych dawek na ustrój zwierzęcy.

Jak już wspomniałem, dotąd nigdzie nie stosowano tej metody i badania przeprowadzano zawsze w ten sposób, że wycinano kawałek nie odważony mózgu lub rdzenia, rozcieńczonego w nieoznaczonej ilości wody lub bulionu i takiej zawiesiny szczepiono również dowolną ilość zwierzęciu. Oczywiście, nie miano nigdy pojęcia o tem, jak wielką dawkę zaszczepiono. I Pasteur poczynił swoje odkrycie tą niedokładną metodą.

Wprowadzenie owej ścisłej metody odwdzięczyło się w krótkim czasie. Zaraz na początku badań zauważono, że rdzeń posiada mniejszą jadowitość, niż móżdżek, a móżdżek mniejszą niż mózg. Wykazano, że najbardziej jadowitą częścią rdzenia jest rdzeń przedłużony, ale że jadowitość rdzenia przedłużonego jest również mniejszą, niż jadowitość mózgu. W różnych częściach mózgu wykazano również różną jadowitość: najjadowitszymi okazały się górne części płatów czołowych i dolne części płatów skroniowych. Pomału zwrócono uwagę na różnicę w jadowitości substancyi szarej i białej ośrodkowego układu nerwowego. W końcu udało się udowodnić, że substancya biała mózgu i rdzenia jest kilkaset razy mniej jadowitą, niż substancya szara kory mózgowej. Z tego wyciągnięto wniosek, że właściwą siedzibą zarazków wścieklizny jest szara substancya mózgu i rdzenia, a w tej szarej substancyi mogą oczywiście wyłącznie komórki nerwowe być tą siedzibą zarazka. Jak widzimy, ten wniosek ostateczny zgadza się zupełnie z odkryciem Negriego. Również w nerwach obwodowych wykazano zarazek wścieklizny, ale w ilości co najmniej kilkaset razy mniejszej, niż w szarej substancyi mózgu.

W dalszym ciągu badań okazało się, że po śmierci zwierzęcia zarazek przenika ze substancyi szarej do białej tak, że po kilkudziesięciu godzinach następuje prawie wyrównanie ilości zarazka w obu substancyach. Prawdopodobnie to przenikanie zarazka wścieklizny po śmierci odbywa się nietylko do białej substancyi, ale i do innych otaczających tkanek; stąd tłómaczą się podania dawniejszych autorów, że prawie we wszystkich tkankach i narządach ustroju udawało się nieraz wykazać zarazek wścieklizny. To przenikanie zarazka wścieklizny ze substancyi szarej do białej odbywa się raz szybciej, raz wolniej; raz łatwiej, raz trudniej. Ścisłych prawideł nie udało się tutaj wykryć: zdołano tylko wykazać, że mniejwięcej równorzędnie ze zwiększaniem się po śmierci jadowitości substancyi białej, zmniejsza się jadowitość substancyi szarej.

Tak więc w porównaniu z odkryciami Pasteura i późniejszych autorów badania te wykazują pewien postęp. Pasteur przypuszczał, że zarazek wścieklizny rozmieszczony jest mniejwięcej jednostajnie w całym ośrodkowym układzie nerwowym, że jednak posiada szczególne powinowactwo do rdzenia przedłużonego. Ta opinia utrzymała się aż dotąd i dlatego we wszystkich szczepieniach dyagnostycznych szczepiono przeważnie rdzeń przedłużony podejrzanego zwierzęcia, przypuszczając, że tam głównie mieści się zarazek wścieklizny. Teraz wiemy, że zarazek wścieklizny posiada szczególne powinowactwo do komórek nerwowych i na podstawie tego faktu wypowiedzieć można przypuszczenie, że gdziekolwiek w ustroju znajdują się komórki nerwowe, tam też wykazać się da i zarazek wścieklizny.

O przenikaniu zarazka po śmierci zwierzęcia w inne tkanki Pasteur nic jeszcze nie wiedział i po nim przez długie lata nikt na to uwagi nie zwrócił. Dopiero w ostatnich miesiącach przed ogłoszeniem opisanych doświadczeń wypowiedzieli niektórzy autorowie to przypuszczenie (Bordoni Uffreduzzi, Remlinger). Jak widzimy, udało się przypuszczenie to teraz ściśle udowodnić.

Dalsze badania, wykonane opisaną metodą, udowodniły jadowitość prawie bajeczną kory mózgowej zwierząt wściekłych. Wykazano, że szara substancya z górnych części płatów czołowych, wzięta ze zwierzęcia dobitego w ostatnich godzinach życia i potem zaszczepiona podoponowo, wywołuje na pewne śmierć królików, 1—2 kg. ważących, w ilości 0,001 mg., czyli $^1/_{1.000.000}$ części grama. To znaczy 10 mg. tej substancyi trzeba rozcieńczyć w litrze wody (czyli 100,000 razy) i z tego rozcieńczenia zaszczepić 0,1 cm^3. Jest to wynik, przewyższający najśmielsze oczekiwania. Dość przypomnieć, że Högyes twierdził, że rozcieńczenie mózgu 1 : 10,000 już nigdy zwierzęcia nie zabija, — a rozcieńczenie 1 : 5000 zabija nie stale. Tymczasem wykazano, że rozcieńczenie 20 razy większe zabija stale już w ilości 0,1 cm^3. Co więcej, nawet 0,0002 mg., t. j. $^1/_5$ milionowa gm. może być śmiertelną dawką.

Prócz tych doświadczeń nad umiejscowieniem, zmianami po śmierci i siłą zarazka próbowano też szczepić myszy do mózgu wścieklizną. Badania dały wynik dodatni. Niedawno przedtem ogłosił też Remlinger dodatnie wyniki szczepienia wścieklizny myszom i szczurom podskórnie i do mięśni. Te doświadczenia mają też znaczenie praktyczne. Potwierdzają one fakt, oddawna już przypuszczany, że wścieklizna w naturze szerzyć się może za pośrednictwem tych zwierząt. W ten sposób dadzą się wytłómaczyć zagadkowe na pozór przypadki wybuchu wścieklizny u zwierząt, które jakoby nigdy nie stykały się ze zwierzętami chorymi. Do dziś dnia bowiem nawet u wielu wykształco-

---

[2]) Dokładny opis doświadczeń znajduje się w „Rozprawach krakowskiej Akademii Umiej.“ (Lipiec i grudzień 1904).

nych ludzi istnieje przekonanie, że wścieklizna powstać może samoistnie (z powodu upałów, gorących pokarmów, wstrzymania popędu płciowego i t. p.)[3]. (Dok. nast.)

III. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. H. Vincent. **O częstości zapaleń gardła, wywołanych prątkami krętymi i wrzecionowatymi.** (*La Presse medicale* 1905. Nr. 25). Zapalenia gardła tego rodzaju są dość rozpowszechnione, począwszy od wieku dziecięcego do 35-go roku życia i nie omijają żadnego zawodu. Bywają nierzadkie u studentów, pracujących w prosektoryach i zdarzają się u różnych ras ludzkich, n. p. u murzynów. Na 221 rozmaitych zapaleń gardła, badanych bakteryologicznie przez autora, stosunek odsetkowy przedstawiał się jak następuje:

Zapalenie gardła błonicze	5·88	prc.
„ na tle prątków krętych i wrzecionowatych	2·26	„
„ na tle paciorkowców	42·98	„
„ „ „ gronkowców	25·79	„
„ „ „ pneumokoków	4·07	„
„ „ „ prątków obręźnicy	0·09	„
„ „ „ „ Friedländera	0·47	„
„ „ „ bakteryi mieszanych lub nieoznaczonych	17·64	„

Stosunek odsetkowy 2·26 wskazuje na stosunkową pospolitość tego cierpienia. Zestawienie powyższe odnosi się do chorych w wieku 20—25 lat. Według Marfana u dzieci pojawia się cierpienie gardła na tle prątków krętych i wrzecionowatych w stosunku 1:100 do innych cierpień gardła. *Dr. Blassberg.*

OKULISTYKA. Truc. **Maska na usta operatora w chirurgii okulistycznej.** (*Revue générale d'Ophtalmologie*, 1905, Nr. 3). Przy operacyach ocznych, zwłaszcza przy operacyi zaćmy, coraz częściej zaczynają okuliści używać gazowej maski na usta dla zapobieżenia zakażeniu rany kropelkami śliny. Zauważyć należy, że operator zmuszony jest nieraz w czasie operacyi mówić do operowanego, wzywać go do spokoju, dawać polecenia, jak oko ma być zwrócone i t. d. Jeszcze większe niebezpieczeństwo zachodzi, gdy operujący równocześnie wykłada. Autor wykonał doświadczenia bakteryologiczne z płytkami Petriego i przekonał się, że na płytkach, „do których“ mówił bez maski, wyrosło przeszło 2 razy tyle kolonii, niż tych, przy których użył zasłony z podwójnie złożonej gazy wyjałowionej. Truc poleca ramki metalowe, opatrzone nóżkami, które zakłada się na uszy podobnie, jak nóżki okularów. Na ramkach rozpięta jest gaza w oddaleniu 1 cm. od ust.

K. W. Majewski.

Dr. O. Rosenbach. **O objawach ocznych, zależnych od schorzeń nerwu błędnego.** (*Wiener med. Wochschr.* Nr. 13, 28 marca, 1905). Zez ku górze może spowodować objawy dychawicy i na odwrót. Zjawia się obrzęk spojówki powiekowej i spojówki gałki ocznej, tętnica skroniowa powierzchowna wypełnia się nadmiernie krwią, czemu częstokroć towarzyszą bicie serca i zaburzenia żołądkowe. Wszystkie te objawy mogą być albo pierwotne, t. j. zależne od choroby nerwu błędnego, lub też mogą być one wszystkie zależne od nieprawidłowego ustawienia gałek ocznych. W pierwszym wypadku wystarczy znieczulić spojówkę, by choroba ustąpiła; w drugim zaś należy szukać przyczyny ogólnej, którą jest częstokroć krwistość (plethora), a wówczas należy odpowiednią dyetą zwalczać to cierpienie. Przy dokładnem badaniu wykryć można niejednokrotnie punkty bolesne w nosie, a mianowicie na zewnętrznej części dolnej muszli nosowej. Zupełnie te same objawy towarzyszą częstokroć wstępnemu okresowi połowiczego bólu głowy. Wedle doświadczenia autora można napad cały przerwać przez kilkakrotne silne kichanie. Co do wspomnianego poprzednio zaczerwienienia spojówki, to częściej napotyka się je po zewnętrznej stronie powiek, niż po wewnętrznej, częściej na powiece górnej, niż na dolnej. *Dr. Liebermann.*

Dr. Flatau. **O ustępowaniu tarczy zastoinowej w przebiegu nowotworów mózgowych.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 14, 4 kwietnia 1905). Dziewczyna 16-letnia zachorowała wśród objawów duru brzusznego: cierpiała na uporczywe bóle głowy i wymioty przy równoczesnej wysokiej gorączce. Mimo dwumiesięcznego leczenia bóle głowy nie ustąpiły, a nadto zjawiły się jeszcze częste omdlenia. Przy badaniu dna oka stwierdzono obustronną tarczę zastoinową i liczne duże wybroczyny. Chora zażywała kalomel, a nadto wobec objawów znacznie wzmożonego parcia śródczaszkowego wykonano kilkakrotnie nakłucie lędźwiowe. Bezpośrednio po każdym takim zabiegu bóle głowy zmniejszały się, lecz stan oczu pogarszał się. Mimo to po pewnym czasie chora znów poczęła dobrze widzieć, wszelkie objawy zastoju w dnie oka ustąpiły, czuła się ona wogóle lepiej i jako uleczoną wypuszczono ją z lecznicy. Po 2 miesiącach względnego zdrowia chora znów się zgłasza z prośbą o przyjęcie, podając, iż bóle głowy wróciły, a dnia poprzedniego przy pracy zemdlała. Na dnie oka stwierdzono teraz zastoinę z wybroczynami po po raz wtóry. Stosowano to samo leczenie, co poprzednio. W kilka dni chora nagle umiera. Sekcya wykazała nowotwór usadowiony w lewym móżdżku. Chwilową poprawę w stanie oczu przypisuje autor nakłuciom lędźwiowym, które przez upust pewnej ilości cieczy mózgowo-rdzeniowej zmniejszyły parcie śródczaszkowe.

Dr. Liebermann.

PEDYATRYA. Misch. **Przyczynek do poznania okresowych wymiotów w wieku dziecięcym.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, T. 61, marzec, 1905). Cztery własne przypadki. Choroba objawia się napadami, połączonymi z gorączką, silnie obłożonym językiem, nieżytowem zapaleniem gardła, zapachem acetonowym z ust, znaczną zawartością acetonu w moczu, skąpem moczeniem, zupełnym brakiem łaknienia. Wymioty w jednych napadach u tego samego chorego występują na plan pierwszy, w innych zupełnie się nie pojawiają. W narządach wewnętrznych żadnych zmian. Obraz ten wytwarza się zwykle u dzieci bladych, słabowitych, nerwowych. Napady są niekiedy w związku z błędami dyetetycznymi. Sprawę należy pojmować jako zaburzenie żołądkowo-kiszkowe głębsze u dzieci nerwowych, z zaburzeniem w przemianie pierwiastków, mianowicie głodem węglowodanowym, czego objawem byłoby znaczne wytwarzanie acetonu. *Lewkowicz.*

Meyer. **O acetonuryi w chorobach zakaźnych u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* T. 61, marzec, 1906). Autorowi chodziło o sprawdzenie podania Blumenthala, który chciał wyzyskać acetonuryę do odróżnienia zwykłego zapalenia gardła od błonicy. Przy pierwszem acetonurya miała być częstą, przy drugiej się nie zdarzać. Wyniki badań autora wykazują, że aceton, kwas dwuoctowy i oksymasłowy zdarzają się w moczu często w chorobach zakaźnych u dzieci. Stwierdzenie tych ciał nie ma żadnego znaczenia rozpoznawczego, zdarza się bowiem równie często w błonicy, płonicy, odrze, zapaleniu gardła wrzodliwem i zwykłem. Pojawienie się ciał acetonowych należy tłómaczyć głodem węglowodanowym, głównie skutkiem zastosowanej ścisłej dyety, to też ustępuje ono po podaniu większej ilości (100—200 gr.) cukru. W ten sposób wyniki autora potwierdzają zapatrywanie Hirschfelda o powstawaniu acetonuryi. Głód węglowodanowy zmusza ustrój do większego zużytkowania tłuszczów, przyczem powstają wspomniane ciała. Choroby gorączkowe mogą wpływać na acetonuryę tylko pośrednio przez upośledzenie zużytkowania węglowodanów, podobnie jak to w wyższym stopniu spostrzegamy w cukrzycy. *Lewkowicz.*

Langstein i Meyer. **Acydoza w wieku dziecięcym.** I. doniesienie: **Acydoza starszego dziecka.** (*Jahrb. f. Kinderh.* T. 61, marzec, 1905). Pod acydozą (*acidosis*) w pojęciu Neumana rozumie się nadmierne wytwarzanie kwasów organicznych w ustroju, przedewszystkiem t. zw. ciał acetonowych, acetonu, kwasu dwuoctowego i kwasu oksymasłowego. Autor przeprowadził doświadczenia na 6 dzieciach w wieku między 6—14 rokiem. Przez stosowanie dyety białkowo-tłuszczowej z wykluczeniem węglowodanów osięga się wybitną acydozę, co się uwydatnia znacznem wzmożeniem wydzielania acetonu w moczu, pojawieniem się tamże kwasu dwuoctowego i oksymasłowego, jakoteż wydzieleniem obfitem acetonu z powietrzem wydychanem. Ilości bezwzględne acetonu w moczu są niższe, niż u dorosłych; jednak w stosunku do ciężaru ciała wyższe u dzieci, przytem acetonurya tem szybciej występuje i tem wybitniej, im młodsze dziecko. U dzieci młodszych główna ilość acetonu wydziela się przytem drogą płuc i ta część przerasta znacznie ilości, napotykane u dorosłych tak, że ogólna ilość acetonu, którą młodsze dziecko przy głodzie węglowodanowym wydziela, jest wyższą, niż u dorosłego i starszego dziecka. Młode dzieci okazują zatem skłonność do acydozy, co tłómaczyłoby się wynikami badań Pflügera, że rosnące zwierzę rozporządza tylko małemi ilościami glikogenu zapasowego, zatem małą rezerwą węglowodanową. Acydoza sprowadza w następstwie zwiększone wydzielanie amoniaku moczem, jednak dopiero po pewnym czasie; widocznie początkowo do zobojętnienia kwasów; zostają zużyte zapasowe zasady stałe.

Lewkowicz.

[3]) Niedawno czytałem takie zdanie w „Łowcu“ w jednym z ostatnich numerów w roku 1904 z racyi wścieklizny u lisów, grasującej niedawno w Galicyi.

Lövegren. **Przyczynek do nauki o zapaleniu ostrem, podostrem lub przewlekłem przednich rogów rdzenia** (*poliomyelitis acuta i subacuta s. chronica*). (*Jahrb. f. Kinderh.* T. 61, luty, 1905). W bardzo obszernym artykule, obejmującym 90 stron, przedstawia autor nasamprzód historycznie rozwój nauki o zapaleniu przednich rogów rdzenia u dzieci i dorosłych i podaje przytem bardzo wyczerpujące zestawienie odnośnego piśmiennictwa. Następuje opis 4 przypadków zapalenia ostrego u dorosłych z klinik w Helsingforsie. Przebieg zupełnie typowy, podobny do przebiegu u dzieci. Na uwagę zasługują bole w krzyżach, w tułowiu lub w kończynach, stwierdzane przez autora we wszystkich przypadkach w wstępnym gorączkowym okresie choroby, a trwające parę dni do dwóch tygodni. W następstwie przychodziło do zaników pewnych grup mięśniowych. Wyniki badania elektrycznego są zestawione wyczerpująco. Autor miał sposobność anatomicznego zbadania jednego odnośnego przypadku w dwa lata od początku choroby. Wessanie w rdzeniu nie było jeszcze ukończone, a sposobem Marchiego można było jeszcze udowodnić liczne komórki z kuleczkami tłuszczowemi. Przypadków zapalenia podostrego lub przewlekłego spostrzegał autor dwa; w drugim wykonano badanie anatomiczne. Wykazało ono na pewnych wysokościach bardzo wybitne zwyrodnienia komórek nerwowych. Zmiany w przednich rogach szarej istoty rdzenia były niewątpliwie pierwotnemi, a zapalenie nerwów obwodowych można było z zupełną pewnością wykluczyć.

Lewkowicz.

Ebert. **Przyczynek do zwalczania wielkiej śmiertelności niemowląt.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, Tom 61, marzec, 1905). W Berlinie umiera rocznie przeszło 10.000 dzieci w pierwszym roku życia; z tego przeszło $^1/_3$ na choroby żołądkowo-kiszkowe, te zaś głównie dotyczą dzieci sztucznie karmionych. Autor, chcąc zapoznać się z stosunkami panującymi w Berlinie co do sztucznego karmienia, stwierdzał w każdym przypadku zgłoszenia się do polikliniki z powodu jakichkolwiek zboczeń z dzieckiem sztucznie karmionem cały szereg szczegółów, mianowicie: sposób przygotowania i przechowywania mleka, ilość mleka całkowitego i rozcieńczonego, ilość cukru dodawanego, liczbę karmień, odstępy między niemi i. t. d. Okazało się, że w większości przypadków matki z powodu nieznajomości zasad popełniają mniej lub więcej ciężkie błędy. — Matki powinny być zatem pouczone. Autor zestawił tablice z głównemi zasadami karmienia i tabliczką dla rozcieńczenia mleka stosownie do wieku. Podaje on także nowy tani przyrząd do wyjaławiania. Główną jego częścią jest flaszka do rozcieńczeń i płaszcz, który się wkłada na flaszkę, zaopatrzony kreskami, oznaczającemi dla każdego wieku potrzebne na dobę; ilość mleka, ilość wody do rozcieńczenia, ilośc cukru i liczbę karmień. *Lewkowicz.*

Dr. Salge. **Nieco o chorobach kiszek u osesków.** (*Berl. kl. Wochenschr.* 1905, Nr. 5.) Autor polemizuje z wywodami Seltera, który opiera rozpoznanie i leczenie chorób kiszkowych u osesków na badaniu kału i stwierdziwszy prostemi metodami Biederta, czy i jakie substancye, a względnie składniki pokarmowe, wchłania jelito oseska, wyklucza te pokarmy, dla których wykazał w stolcach niedomogę trawienną. Otóż wynikom takich badań autor wcale nie przypisuje tego znaczenia, co Selter, nie uważając ich za klinicznie uzasadnione. Nie wystarcza bowiem stwierdzenie faktu, iż jakiś osesek niezupełnie trawi białko, tłuszcz, lub węglowodany, ale ważniejszem jest uwzględnienie skutków karmienia, wywołującego częstokroć zaburzenie jelitowe, i zastosowanie według nich późniejszego sposobu odżywiania dziecięcia. Dzieci przekarmiane cierpią nieraz na przewlekłe wypryski, powtarzające się co chwila mimo leczenia miejscowego i wystawiające cały ustrój oseska na rozmaite zakażenia i podkopujące jego byt; prócz tego chorują także oseski na zaburzenia nerwowe, jak tężyczka i drgawki, i choć nie zawsze możemy wykazać związek przyczynowy, wiemy z doświadczenia, że odpowiednie uregulowanie karmienia stanowi najstosowniejszą część leczenia w podobnych przypadkach. Autor, chcąc usunąć z jelit patologicznie zmienioną treść, zwykle poprzestaje na stosowaniu ścisłej dyety głodowej przez 1—2 dni, albo też obok niej na podaniu kalomelu; zaleca więc przez 48 godzin tylko herbatę, a potem 3 doby dyetę mączną, a później dopiero rozcieńczone mleko, maślankę i polewkę Liebiga w małych ilościach. Gdzie ten plan leczenia nie doprowadza do pomyślnego wyniku, tam poleca S. wypróbowanie innych przetworów, ale przedewszystkiem skrobi, a nie tłuszczów. W ciężkich formach nieżytu jelit, wskazówki Seltera jeszcze mniej się przydają, bo np. w biegunce letniej, podobnej do ciężkiego zatrucia całego ustroju ustroju dziecięcego, chodzi wprawdzie, jak wiemy, o zupełną niezdolność trawienia tłuszczu, ale w stolcach wodnistych prawie nigdy nie możemy go wykazać; w tych przypadkach musimy koniecznie, mając na oku kliniczny obraz choroby, zwalczać przedewszystkiem zapad kamforą i wstrzykiwaniami roztworu fizyologicznego soli kuchennej; musimy pamiętać również o tem, że zdolność regulowania ciepłoty ciała u takich dzieci równa się zeru, że wskutek tego po wysokiej gorączce, naraz w kilka godzin następuje nagły spadek i odwrotnie, że takie dzieci powinny z reguły kilka dni pozostać prawie bez jadła, a potem przez długi okres czasu unikać o ile możności tłuszczu. Z powyższych przyczyn autor jest zasadniczym przeciwnikiem leczenia tych stanów li tylko na podstawie jakości kału, gdyż nie kał chory, tylko niemowlę. *Korm.*

I. Schmidt. **O zwężeniu odźwiernika u osesków.** (*Münch. med. Wochs*, Nr. 7, 1905). Autor rozbiera krytycznie poglądy rozmaitych autorów na patogenezę tego cierpienia. Pfaundler, w przeciwieństwie do zapatrywań Hirschsprunga i Steina uważał chorobę tę za nabytą, a nie wrodzoną, a przypisując jej powstawanie kurczowi, a nie przerostowi odźwiernika, poleca wyłącznie wewnętrzne, a nie chirurgiczne zabiegi. W ostatnich 2 latach Löbker, Kehr i Trantenroth starają się natomiast udowodnić na 5 szczęśliwie operowanych przypadkach, iż zabieg chirurgiczny był koniecznie potrzebnym dla uratowania życia chorym, że leczeniem dyetetycznem nie osiągniętoby tego celu: również okoliczność, iż mimo czczego żołądka, mimo przepłókiwań, jakie poprzedzały operacyę, mimo podatności i wiotkości ścian żołądka, powstałej pod wpływem bądźto płókania, bądźteż uśpienia, zgrubienie przerostowe odźwiernika u każdego z 5 chorych dało się wykazać, pozwala wnioskować, że tylko anatomiczne zmiany stanowią etyologię powyższego cierpienia. Nie wyklucza to bynajmniej, iż w przebiegu choroby może przyłączyć się do tych zmian jeszcze kurcz spasyczny odźwiernika. Przebieg choroby zależnym jest od stopnia zwężenia, które samo przez się nie sprawia żadnych dolegliwości, od towarzyszących zwężeniu zmian błony śluzowej i od sprawności żołądka. W przypadkach, gdzie średnica światła wynosi 3 mm. lub więcej po zmniejszeniu się obrzęku błony śluzowej, stan chorobowy może się poprawić; w innych zaś, szczególnie przy mniejszej, niż wspomnianej średnicy, osobnik ginie wśród objawów niedrożności, jeżeli chirurg na czas nie zapobiegnie temu smutnemu następstwu. Autor kładzie szczególny nacisk na objawy kliniczne, ułatwiające rozpoznanie w tym okresie choroby, kiedy zabieg operacyjny może niemowlęciu życie uratować; są nimi wymioty i sposób wymiotowania, któremu zawsze towarzyszy brak mlecznych stolców, które zastępują wypróżnienia śluzowe ciemne lub zielonkowate, ilość moczu znacznie zmniejszona, i, co najwięcej, po pewnym czasie wpada w oko lekarza postępujący ubytek na wadze. Bardzo znamienne i przekonywujące dla rozpoznającego chorobę są wreszcie 2 objawy klasyczne, niestety nie zawsze dające się wykazać, mianowicie ruchy robaczkowe, spostrzegalne w dołku sercowym (w okolicy nadbrzusznej) i wymacalny guz w tem samem miejscu, grubości palca i ku dołowi przesuwalny; rozumie się samo przez się, iż przy końcu choroby znajduje się znaczna rozstrzeń żołądka. Co do sposobów leczenia, to autor oświadcza się za zabiegiem chirurgicznym w przeciwieństwie do Heubnera i Pfaundlera, stosujących wyłącznie leczenie wewnętrznie (gorące okłady, przepłókanie, bardzo małe dawki makowca, systematyczne podawanie niezbieranego mleka w odstępach 3-godzinnych i t. d.). S. poleca wykonanie gastroenterostomii w chwili, kiedy dziecię jeszcze nie jest chorobą zbytnio wyniszczone, i żywi nadzieję, że odnośna statystyka Ibrahima, wykazująca 50% śmiertelności na 42 operowanych oseskach, znacznie się poprawi, gdy lekarze w odpowiednich przypadkach wcześniej będą się decydować na zabieg chirurgiczny, nie tracąc wiele czasu na leczenie wewnętrzne.

Korm.

OTYATRYA. Ostmann. **Studya kliniczne nad zaburzeniami słuchu.** (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, T. 42 i *Archiv. f. Ohrenh.* T. 61, 1905). O. przeprowadził badanie strojnikami w 10 przypadkach ostrego zapalenia ucha środkowego z przedziurawieniem. We wszystkich przypadkach znalazł upośledzenie słuchu dla tonów nizkich, prócz tego w 9 przypadkach było upośledzenie i dla tonów wysokich. Upośledzenie dla tonów wysokich, które każe przypuszczać ograniczone zajęcie błędnika, spotykał O. nawet w przypadkach lekkich. We wszystkich 9 przypadkach, w których było upośledzenie dla tonów wysokich, chorzy skarżyli się na szum w uchu; w przypadku, w którym nie było ograniczenia słuchu dla tonów wysokich, chory na szum w uchu nie skarżył się. O. przypuszcza, że ograniczenie słuchu dla tonów wysokich i szum w uchu mają jedną i tę samą przyczynę, mianowicie ograniczone zajęcie błędnika. Przewodnictwo kostne podczas całej choroby okazało się we wszystkich przypadkach wzmożone i było zwykle największe w ostatnim okresie choroby, a nie w czasie największego jej napięcia, kiedy przewodnictwo powietrzne było najwięcej upośledzone. W ten sam sposób badał kilka przypadków, w których było znaczniejsze nagromadzenie woskowiny. O. tłómaczy często spostrzegane zjawisko, że przy nagromadzeniu się woskowiny w uchu zewnętrznem słuch

dla tonów wysokich nieraz jest upośledzony, nie wskutek zajęcia błędnika, lecz z powodu braku współdźwięku w przewodzie zewnętrznym przy nagromadzeniu się woskowiny. Helmholz wykazał, że dla niektórych tonów wysokich przewód uszny zewnętrzny odgrywa rolę rezonatora, jego uszom odpowiadał ton c_4 i f_4. Zawrotów głowy, jakie nieraz bywają przy nagromadzeniu się woskowiny w przewodzie zewnętrznym ucha, nie uważa O. za objaw zmian choćby chwilowych w błędniku, lecz uważa je za powstałe drogą odruchową. *Zalewski.*

Sachs. **Przyczynek do rozpoznania zakrzepu zatoki poprzecznej.** (*Archiv. f. Ohrenh.*, T. 61, 1905). S. zwraca uwagę na fakt, stwierdzony dawniej przez Körnera i Piffla, że przy połykaniu powstaje w żyle szyjnej wewnętrznej fala, która przenosi się i do zatoki poprzecznej, wywołując jej falowanie. W tych przypadkach, gdzie zatoka poprzeczna jest szczelnie wypełniona zakrzepem, lub gdzie zakrzep znajduje się niżej w żyle szyjnej, tego falowania nie będzie. Jeżeli zakrzep niezupełnie szczelnie wypełnia zatokę, lub jeżeli jest mało zbity, falowanie może być widoczne. Ważnemby było rozstrzygnąć, o ile objaw ten może pomódz w wątpliwych przypadkach do rozpoznawania, czy mamy do czynienia w danym przypadku z zakrzepem, czy nie. Objaw ten, oczywista rzecz, możemy spostrzegać tylko na chorym nieuśpionym i przytomnym; zatoka poprzeczna musi być dość znacznie odsłonięta. *Zalewski.*

Blau. **Badania doświadczalne nad zmianami w narządzie słuchu przy zatruciu salicylanem sodowym.** (*Arch. f. Ohrenh.* Tom 61, 1905). B. badał zmiany, jakie wywołuje stosowanie przetworów salicylowych w narządzie słuchu, zatruwając zwierzęta (króliki, myszy) przetworami salicylowymi. B. znalazł zmiany w komórkach nerwowych w zwoju krętym i w zwoju przedsionka, które to zmiany odnosi do niedokrwności, jaka powstaje w narządzie słuchu. Większe zmiany stwierdził w komórkach nerwowych w zwoju krętym, niż w zwoju przedsionka, co zgadza się ze spostrzeżeniem klinicznem, że przy zażywaniu przetworów salicylowych najprzód występuje szum w uszach, a dopiero później zawroty. *Zalewski.*

Grimmer. **Przyczynek do patologii i dyagnostyki gruźliczych zapaleń ucha środkowego.** (*Zeitschr. f. Ohrenh.* T. 44, 1905). Romer, Grisolle, Nélaton zwrócili już dawniej uwagę na fakt, że u chorych na gruźlicę bardzo często występuje ropienie ucha środkowego. Pierwszym, który wykrył prątki gruźlicze w ropie usznej, był Eschle, a nie Voltolini, jak twierdzi Bride i Gruber. Milligan powiada, że u dzieci gruźlica ucha środkowego jest chorobą bardzo częstą. Brieger twierdzi, że 25% zwłok gruźliczych okazuje zmiany gruźlicze w uchu środkowem. Najczęściej gruźlica w uchu występuje następowo; jako choroba pierwotna występuje bardzo rzadko. Co do rozpoznania, to jedynie wykazanie prątków gruźliczych w ropie usznej lub w tkankach, wydobytych z ucha, napewno rozstrzyga, czy mamy do czynienia z gruźlicą, czy nie. Wykazanie jednak prątków gruźliczych w ropie jest trudne i bardzo często w przypadkach niewątpliwie gruźliczych prątków nie znaleziono. Brieger radzi do badania mikroskopowego wydostać z ucha kawałek ziarniny lub jakiejś tkanki, w której łatwiej prątki wykazać. Siebermann i Millingan radzą szczepienie na świnkach morskich. Jako objaw gruźlicy ucha środkowego podnoszą też autorowie wielokrotne przedziurawienie bębenka i wczesne wystąpienie porażenia nerwu twarzowego. G. na zasadzie swoich klinicznych badań przychodzi do następujących wniosków: 1) mogą istnieć bardzo znaczne zmiany na błonie śluzowej ucha środkowego, nawet części pokrywającej bębenek, — bębenek jednak na zewnętrznej powierzchni może nie okazywać żadnych zmian; 2) błona własna (*membrana propria*) okazuje bardzo znaczną odporność co do zmian gruźliczych; 3) w każdym wypadku ropienia ucha środkowego badać, czy są wyrośle gruczołowate i czy są w nich zmiany gruźlicze; 4) szczepienie na morskich świnkach daje dobre wyniki co do rozpoznania gruźlicy ucha; taksamo badanie ziarniny, wyjętej z ucha, jest bardzo pomocnem przy rozpoznaniu; 5) w przypadkach ropienia ucha środkowego brak bólu, wczesne zajęcie kości, wczesne porażenie nerwu twarzowego, wielokrotne przedziurawienie bębenka, każą podejrzewać gruźlicę; 6) znaczny odsetek (65—70) przypadków ropienia ucha środkowego, przebiegających u dzieci do lat 5 z próchnieniem kości, jest na tle gruźliczem. *Zalewski.*

DENTYSTYKA. Prof. W. Łepkowski. **Uproszczony sposób robienia koron ciągnionych.** (*Wien. Viertelj.-Fachblatt*, 1905). W r. 1903 podał Dr. Sharp przyrząd do ciągnienia skówek w 13 różnych wielkościach, odpowiadających różnej wielkości zębów, do robienia koron metalowych ciągnionych. Przyrząd ten jest udoskonaloną modyfikacyą Riegnera; może on służyć do dwóch celów: do sporządzania koron ciągnionych na formach gumowych i t. zw. sposobem pierścioniowym. Do pierwszego sposobu wybrał Sharp 144 zębów różnych kształtów i wielkości, które odmodelował z miękkiego kauczuku; każdy z nich ma w środku swej części korzeniowej metalowy ćwieczek. Sposobem tym można robić korony dla umocowania ich na korzeniach, lub resztkach zębów; nigdy zaś dla całych zębów, co używamy dla wzmocnienia zębów plombowanych, lub dla zębów sztucznych, gdy pokrywamy koronami zęby zdrowe dla umocnienia. Korony robi się metodą Sharpa wedle jego podania na jeden ze 144 zębów gumowych, a nie na ząb, z którego odciski zostały wzięte. Wadą tego sposobu, którego opis przy każdym przyrządzie Sharpa się znajduje, jest to, 1) że nie można zrobić korony na ząb o zachowanych formach, ściśle podług wziętego odcisku; 2) że robotę całą stosujemy nie do tego zęba, na który koronę robić chcemy, ale do jednego ze 144 zestawionych przez Sharpa i 3) że przyrząd jest drogi i za dużo ma niepotrzebnego balastu, a nie daje korony dla danego zęba, tylko musi się dostosować wpierw ząb do zrobionej już korony Sharpa. Prof. Łepkowski postępuje tak, że resztki zęba, lub jego korzeń uzupełnia cementem, zostawiając między dosztukowanym zębem, a przeciwzębem tyle miejsca, ile potrzeba na grubość blachy. Uzupełnienie to robi się zapomocą cementu, amalgamu, plomby Mraczka, lub nawet wosku na ćwieku złotym z platyny, lub argentanu, osadzonym w korzeniu; jeśli zaś ząb jest utrzymany, to zeszlifujemy go o tyle, aby zgryz był niższy na grubość blachy i aby był równy. Gdy ząb jest przygotowany odpowiednio, bierze się odcisk zapomocą t. zw. łyżki do koron gipsem średniej gęstości, by tem lepiej wystąpiła granica między dziąsłem a korzeniem. Otrzymawszy odcisk po wypełnieniu masą Moldyna sąsiednich zębów, obkłada się kołnierzykowato tym materyałem, aby zrobić miejsce na podstawę modelu. Modele wylewa się łatwo topliwym metalem Lennoxa. Granice przy szyjce zęba obrównywa się i obniża ku korzeniowi rylcem, tak by przyszła korona weszła między ząb a dziąsło. W celu otrzymania miejsca między pozytywem a negatywem na grubość blachy trzeba model powiększyć o tyle, by się zmieściła przyszła korona między nimi. Najlepiej powlec model zęba białą gutaperką (Hills stoppingem), rozpuszczoną w chloroformie na płynną masę; powlekać trzeba jednakowo grubą warstwą. Po kilku minutach gutaperka twardnieje. Granicę dziąsła i korzenia uwalnia się ostrem narzędziem od gutaperki, która tu ściekła. Model, powleczony gutaperką, obkłada się moldyną u podstawy kołnierzykowo i wkłada się na niego cylinder, używany przez Sharpa ponad jego gumianymi zębami. Przez otwór w cylindrze wlewa się metal łatwotopliwy Lennoxa, a skoro ten stwardnieje, wybija się odlany negatyw wraz z tkwiącym modelem cylindra. Jeszcze przed zupełnem ostygnięciem rozłupuje się negatyw tępem dłutem, model wylatuje, a gutaperka pozostaje w części na negatywie, w części na pozytywie, którą usuwamy. Model sam odkładamy, a w jedną połówkę negatywu wtłaczamy przygotowaną skówkę i wraz z drugą połówką negatywu wtłaczamy do cylindra, gdzie dotłaczamy ściany skówki do ścian cylindra. Zamiast masy do wyciskania Sharpa i miękkiego drzewa do wybijania skówki, przyczem korony często pękają, użył prof. Łepkowski w swej pracowni zwykłej hupki, którą napełnia skówkę i ubija stemplem żelaznym zapomocą młotka. Hupka okazała się praktyczniejszą, nie uciska tak i nie doprowadza do pęknięcia i blacha złota przytłacza się do ścian formy. Podczas wykuwania korony od wewnątrz wyjmuje się ją często z negatywu dla kontroli; przypala się ją, aby się lepiej poddawała, a później studzi w alkoholu. Dla łatwiejszego wybijania negatywu z cylindra używa się pierścienia, w który się go obsuwa. Koronę dopasowaną wyjmuje się z formy i po linii, zarysowanej na niej rylcem równo z brzegiem, obcina się dookoła nożyczkami. Korona obcięta w formie wraca do cylindra. Odłożony model zęba wbija się młotkiem do formy, w której wnętrzu jest korona. Skoro model wszedł na właściwe miejsce, wybija się formę wraz z nim z cylindra. Na modelu zostaje gotowa korona. Gdy jej nie można zdjąć, to lekkie uderzenie młoteczkiem w ścianę korony ułatwia wypadnięcie. Korony tak zrobione są dokładne i szczelnie przylegają do zęba i korzenia, a sposób ich utrzymania prostszy i łatwiejszy; nadto nadają się do każdego przypadku i są o wiele tańsze. Zbiór 144 zębów gumowych Sharpa jest zbyteczny, potrzebna tylko prasa i metalowy cylinder, który nawet można zastąpić kawałkiem innej rury, n. p. gazowej. Krążki można nabyć gotowe lub wycinać. *Dr. Adam Kozaczka.*

Prof. Redard. **Światło jako środek znieczulający.** (*Ash's Wiener Vierteljahrs-Fachblatt*, 1905). Badając działanie lecznicze światła, doszedł autor do przekonania, że światło niebieskie ma własność znoszenia czucia i bólu. Przy wyjęciu zęba u pewnego pacyenta, wystawionego na światło niebieskie, zauważył Redard, że ten zupełnie nie oddziaływał na ból. Postępowanie jego jest tego rodzaju, że każe pacyentowi wpatrywać się szeroko otwartemi oczami w reflektor niklowy, jakim jest zaopatrzona niebieska

lampka elektryczna. Lampka ta powinna być oddalona od pacyenta na 10—15 ctm. Choremu powinno się zapowiedzieć, że nie będzie czuł najmniejszego bolu, jeśli szeroko otwartemi oczami będzie stale wpatrywał się w światło. Przytem należy wykluczyć światło dzienne, przykrywając lampkę i głowę pacyenta półjedwabną niebieską materyą. Znieczulenie występuje po 2—3 minutach; jeżeli zaś niema skutku, to chyba należy przypuścić, że chory zamykał oczy. Znieczulenie trwa krótko. Metodę tę starano się wytłómaczyć, jako pewien rodzaj hipnozy, jednak autor sprzeciwia się temu zapatrywaniu na podstawie analogicznych doświadczeń ze światłem innego rodzaju, n. p. żółtem i czerwonem, które się okazały bez wpływu. W jaki sposób światło to działa na ustrój, dotąd nie rozstrzygnięto. Autor skłania się do teoryi, że działanie to udziela się mózgowi zapomocą nerwu wzrokowego. Metodę swą popiera on doświadczeniami na chorych. Przytacza cztery przypadki, gdzie znieczulenie nastąpiło po $1^1/_2$—2 minut i objawiało się najpierw rozszerzeniem źrenic i uspokojeniem się chorego, jak przy zasypianiu. Jednej z pacyentek bardzo niespokojnej, autor był w stanie wyjąć, po takiem znieczuleniu, zupełnie wygodnie i bez bolu 5 zębów.

Dr. Adam Kozaczka.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. G. Mann. **O użyteczności odczynu orcynowego Neumanna przy badaniu moczu na cukier.** (*Berl. klinische Wochenschrift*, 1905, Nr. 9). Niedawno podał Neumann zmianę próby orcynowej, która umożliwia w prosty sposób przez barwny odczyn odróżniać poszczególne heksozy między sobą i oddzielnie heksozy od pentoz. Autor robił w myśl wskazówek Neumanna następujące badania: 1) badał czyste roztwory dekstrozy, lewulozy, galaktozy i arabinozy; 2) mocze dotkniętych cukrzycą; 3) przypadki lewulozuryi odżywczej; 4) mocze pacyentów, u których z pewnością można było wykluczyć cukrzycę; 5) mocze, które zawierały składniki, mogące ewentualnie utrudnić wystąpienie odczynu. Na tej podstawie dochodzi do wniosku, że modyfikacya Neumanna próby orcynowej jest odpowiednią kontrolą wyniku w niepewnych przypadkach i jest nader czułą próbą, a nadto ma tę zaletę, że posługując się jedną tylko, łatwo uskutecznić się dającą próbą, możemy odróżnić od siebie cały szereg rozmaitych gatunków cukru. Moczany, fosforany i barwiki żółciowe nie wpływają na wynik odczynu. Co do białka, należałoby w wątpliwych przypadkach przed rozpoczęciem próby usunąć je przez strącenie i dodanie kwasu octowego.

Dr. Blassberg.

Heubner. **Dalszy przyczynek do poznania równowagi energijnej u oseska.** (*Jahrb. f. Kind.*, Tom 61, marzec, 1905). Pięciodniowe doświadczenie u chłopca $5^1/_2$-miesięcznego, bardzo silnego, wykazało bardzo znaczne utraty dzienne w postaci bezwodnika węglowego i wody przy równoczesnem gromadzeniu azotu. Utraty te były wywołane wzmożoną pracą mięśniową dziecka, które protestowało energicznie przeciw warunkom, w jakie je dla przeprowadzenia doświadczenia wstawiono.

Lewkowicz.

A. Bergeron. **O prątku Kocha we krwi dotkniętych gruźlicą.** (*La Presse medicale*, 1905, Nr. 17). Mimo dawno już powziętego przekonania, że krążenie prątków Kocha we krwi osób, dotkniętych gruźlicą, jest zjawiskiem wyjątkowem, zwróciło się wielu badaczy do ponownego badania tej kwestyi, od chwili, gdy pewnej liczbie autorów, dzięki nowej technice, polegającej na zaszczepianiu znacznej ilości krwi w dużych ilościach bulionu, udało się u wielu chorych, dotkniętych durem, wykazać wybitny rozplem prątków Ebertha we krwi. Autor w doświadczeniach swoich wstrzykiwał morskim świnkom świeżą krew przed skrzepnięciem w ilości 5—15 cm^3, otrzymaną z nakłucia żyły u człowieka lub z serca królika i badał, względnie sekcyonował świnki w miesiąc do sześciu tygodni później. Na podstawie całej seryi doświadczeń dochodzi do wniosku, że prątki Kocha z reguły we krwi się nie rozmnażają, a wprowadzone bezpośrednio do narządu krążenia przebywają tam przelotnie tylko i w drobnych ilościach i wkrótce z krwi znikają, aby się rychło w tkankach osiedlić. Posocznicy w rodzaju durowej niema nigdy w przebiegu gruźlicy.

Dr. Blassberg.

Braunsztein. **W sprawie przemiany materyi u chorych na raka.** (*Wraczebnaja Gazeta*, 1904, Nr. 31). Badania przemiany materyi przez różnych badaczy u chorych na raka dały dotychczas sprzeczne wyniki. Gdy jedni znajdowali zatrzymanie azotu w ustroju tych chorych, drudzy spostrzegali stan wręcz przeciwny, inni wreszcie nie mogli wcale osiągnąć równowagi azotowej u niektórych chorych rakowatych, pomimo obfitego spożywania białkanów. Toż samo spotykamy i w sprawie, dotyczącej przemiany soli; w przeważnej liczbie przypadków zaznaczono zatrzymanie chlorków w ustroju chorych na raka, co niektórzy uważają dotychczas za objaw niemal znamienny (patognomoniczny) dla tego nowotworu. Niektórzy wreszcie zapatrują się na urobilinuryę, jako na bardzo częsty objaw charłactwa rakowego. Wobec tych sprzeczności w poglądach przeprowadził Braunsztein w klinice prof. Leydena szereg badań przemiany materyi u 22 chorych, dotkniętych rakiem; w 9 przypadkach rak znajdował się w żołądku; w 5 — w przełyku; w 3 — w wątrobie: w 1 — w pęcherzyku żółciowym; reszta badań dotyczyła chorych na raka kiszki prostej, otrzewnej, płuc i macicy. W 12 z tych przypadków były powikłania, mianowicie: obrzęki, zapalenia nerek, opłucnej i inne. Zboczenia od normy w wymianie azotu stwierdził B. z 10 badanych przypadków tylko w 3, którzy wykazywali znaczne utraty azotu, względnie rozkład białka tkanek; w jednym z nich utrata N kilkakrotnie przewyższała utratę u osobników zdrowych, poddanych bezwzględnemu głodzeniu. Ten nienormalnie wysoki rozkład białkanów może zależeć tylko od sprawy rakowej. Przeciwnie, wymiana chlorków nie przedstawiała w badaniach B. nic osobliwego. Skąpe wydzielenie chlorków spostrzegał B. tylko w tych przypadkach, w których chlorki były wprowadzane do ustroju z pokarmem w zmniejszonej ilości, lub w razie niedostatecznej czynności nerek lub serca. Przy prawidłowej czynności tych narządów chorzy na razie nietylko nie zatrzymują chlorków w ustroju, lecz przeciwnie — wydzielają je w większej ilości w porównaniu do ilości spożytych z pokarmem, co B. tłumaczy nagromadzeniem się chlorków we krwi w zależności od rozkładu tkanek i następowem wydzieleniem moczem. Przemiana fosforanów szła we wszystkich przypadkach prawie równolegle z przemianą azotu. Stosunek kwasu fosforowego do azotu w moczu przewyższał normy i wahał się między 1:3,9 i 1:5,6, zamiast zwyklego 1:7. Zwiększenia ilości amoniaku B. nie znalazł. Wreszcie badanie 50 chorych wykazało, że rak wszystkich narządów, oprócz wątroby, przebiega bez urobilinuryi nawet w ostatnim okresie choroby, gdy charłactwo jest nader wybitne. Urobilina występuje w moczu w większej ilości, jeśli wystąpi przerzut w wątrobie lub w razie powikłania raka z zapaleniem płuc lub gorączkową sprawą ropną. Rakowi wątroby towarzyszy zawsze wyraźna urobilinurya, obok czystej żółtaczki; urobilinurya ustępuje tylko wtedy, jeśli przewód żółciowy staje się zupełnie niedrożnym.

Witold Orłowski (Ptbg.).

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Aristochinę w krztuścu podawał Deutsch (*Centralbl. f. Kinderh.*, 1905, 3). Z 35 leczonych dzieci u 5 nie było zgoła skutku, a 4 nie mógł D. obserwować dłużej; u reszty wynik miał być dobry, a z nich u 11, którym podano lek już w I. okresie choroby, nawet znakomity: sprawa przebiegała szybko, napady były rzadkie i łagodne. Jeżeli zwykła dawka 0,05—0·1 u osesków, a 0,3 u starszych dzieci 3 × dnia nie wystarczała, dochodził D. do 0·2—0·25 u osesków, a 0·4—0·5 u starszych 3 × dnia bez skutków ubocznych. Skuteczność tego leku w krztuścu przypisuje D. działaniu bakteryobójczemu. Ze względu na nie używał też D. aristochiny w zapaleniu gardła i na podstawie 50 spostrzeżeń twierdzi, że lek ten wprost przecina chorobę. Wreszcie zaleca D. aristochinę jaok ek przeciw zimnicy i przeciwgorączkowy.

B.

Iritis rheumatica leczy Frank (*The Amer. Journ. of Ophth.*, 1904, 6) podając wewnętrznie aspirynę (4 × razy dnia po 0,5) i pędzlując skórę w okolicy oka 50% roztworem oliwnym mezotanu (również 4 × dnia).

B.

Rany leczył Hopmann (*Berliner klin. Wochs.*, 1905, 45) u 1000 przeszło chorych w ciągu lat 4 maścią protargolową, sporządzoną według następującego przepisu: *Protargol 1·5—3·0 solv. in aq. frigidae 5·0, tere cum lanol. anhydr. 12·0, adde vasel fl. am. ad. 30·0 Mfung.* Maść tę, rozsmarowaną na gazie opatrunkowej, stosował H. na świeże rany darte i zgniecenia, oparzenia i żylakowe wrzody goleni, a także w przewlekłym wyprysku sączącym, i podaje, że działa ona przeciwgnilnie, zapobiega zapaleniom, skóry nie drażni, wzmacnia ziarninę i odradzanie się naskórka i wpływa wysuszająco.

L.

Zwolennikiem **wstrzykiwań podspojówkowych** jest Senn (*Arch. f. Augenheilkunde*, 1904, Z. 3), używając do tego roztworu soli kuchennej w opryszczkach i uporczywych wrzodach rogówki, a *hydrarg. oxycyanat.* w zapaleniach siatkówki, naczyniówki i tęczówki, oraz zmętnieniach ciałka szklistego. Dla usunięcia bolów (na 1—3 godzin) dodaje S. do wstrzykiwań $^1/_2$—$^1/_1$ objętości 1% akoiny z wyjątkiem tych przypadków, w których parcie śródoczne jest wzmożone, lub jego wzmożenia należy się obawiać. Wstrzykiwania zaczyna S. od 1 $ctm.^3$ roztworu *hydrarg. oxyanat.* z akoiną, dochodząc do 4 $ctm.^3$.

H.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 5 kwietnia 1905 r.

Przewodniczący: kol. doc. Rutkowski. Obecnych członków 40.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Wybrano jednogłośnie na członków honorowych koll.: Rektora Browicza i prof. Nowaka.

III. Przewodnictwo obejmuje kol. prof. Nowak.

IV. Uchwalono wręczyć p. nadradcy Saaremu adres dziękczynny za ochoczą, a tak pożyteczną pomoc przy budowie Domu Towarzystwa.

V. Wniosek kol. prym. Bogdanika w sprawie dentystów-techników przekazano do załatwienia Izbie lekarskiej.

VI. Uchwalono jednogłośnie zaciągnąć w krakowskiej Kasie Oszczędności dodatkową pożyczkę 2000 koron.

VII. Kol. przewodniczący udziela treści pisma kol. prof. Bujwida, zapraszającego do zwiedzenia jego Zakładu szczepień ochronnych.

VIII. Kol. przewodniczący zawiadamia, że c. k. Namiestnictwo zwraca uwagę Towarzystwa, że cena sprawozdania z II międzynarodowego Kongresu higieny szkolnej w Norymberdze wynosi 36 koron.

IX. Kol. prof. Rosner podaje historyę choroby pacyentki *Z. C.*, lat 23 liczącej. Rodziła 2 razy; po pierwszym porodzie przebyła sprawę zapalną *(pelveoperitonitis)*. Regularność była prawidłową aż do końca lutego 1904, poczem nastąpiła 7-tygodniowa przerwa, zakończona dłuższem krwawieniem, połączonem z napadem bolu w dole po stronie lewej. Badanie 6 czerwca 1904 wykazuje tuż przy rogu lewym macicy guz wielkości małego jaja. Nadto guz jajnikowy nieduży po stronie prawej. Rozpoznano ciążę zamaciczną lewą. Chora nie chciała poddać się wówczas operacyi. W czerwcu i lipcu miesiączka prawidłowa, poczem znowu spóźnienie 10-dniowe; 19 sierpnia 1904 r. napad gwałtownych bolów w dole po stronie lewej z objawami ostrej niedokrewności. Badanie wykazuje prócz poprzednio wykazanych guzów, opór bolesny rozlany w jamie Douglasa, który uznano za krwistek zamaciczny. W początku września 1904 wykonano laparotomię z powodu powtórnego napadu bolów i ostrej niedokrewności. Znaleziono: macica dwurożna z lewym rogiem szczątkowym (*cornu rudimentarium*), w którym znajduje się zmiażdżone krwią jaje płodowe (bez płodu). W końcu brzusznym lewej trąbki guz wielkości śliwki, nurzający się we krwi, wypełniającej jamę Douglasa. W guzie tym drugie, młodsze jaje płodowe, również krwią zmiażdżone. Trąbka nie pęknięta. Wolna krew w jamie brzusznej. Po stronie prawej miednicy guz jajnikowy. — Wycięto przydatki lewe wraz z rogiem szczątkowym (z pozostawieniem jajnika) i guz jajnikowy prawy. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Badanie drobnowidowe wykazuje, że nie ma połączenia między szczątkowym rogiem lewym a macicą. W skrzepach krwi w obu guzach, t. j. w rogu i w brzusznym końcu trąbki, znaleziono kosmki kosmówki. W skrzepie, wypełniającym koniec brzuszny trąbki kosmki te są doskonale zachowane; ich budowa drobnowidowa zgoła niezmieniona; natomiast w skrzepie, wypełniającym róg macicy, kosmki są zmienione, zwyrodniałe, a gdzieniegdzie w postaci t. zw. cieniów kosmków. Dowodzi to, że jajko w rogu jest starsze, a zmiażdżenie nastąpiło zapewne w maju 1904, podczas gdy drugie jajko jest znacznie młodsze, zmiażdżone krwią 19 sierpnia 1904. Zapłodnienie w obu tych ciążach nastąpiło przez zewnętrzną wędrówkę plemnika, gdyż wobec drobnowidowo stwierdzonego braku połączenia między obu rogami macicy plemnik mógł przejść w jednym i drugim przypadku tylko przez prawą trąbkę i otrzewnę do trąbki lewej. Zapłodnienie drugie nastąpiło po zniszczeniu jajka pierwszego tak, że nie mamy tutaj do czynienia z ciążą synchroniczną, t. j. z równoczesnym rozwojem obu jaj.

Następuje demonstracya preparatów mikroskopowych.

W dyskusyi zabierał głos kol. Wojciechowski.

X. Kol. doc. Majewski wygłosił odczyt „O niektórych nowszych sposobach oznaczania refrakcyi“. (Będzie drukowany w całości w dziale wyciągów zbiorowych w „Przeglądzie lekarskim“).

Pisarski, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 24 stycznia 1905 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia kol. przewodniczący otworzył dyskusyę nad kwestyą ustalenia godziny posiedzeń dogodnej dla wszystkich. W sprawie tej przemawiali koll. Boczar, Borzęcki i Krzyształowicz, podając swoje wnioski.

Następnie kol. Borzęcki przedstawił dwie chore z zmianami kiły późnej; u jednej rozległe owrzodzenia na głowie zniszczyły zewnętrzną blaszkę kostną, u drugiej zaś liczne kilaki znajdują się na przedudziu prawem. W dalszym ciągu przedstawił kol. Borzęcki chorego, cierpiącego na kamicę pęcherzową i demonstrował zapomocą wprowadzonego zgłębnika metalowego do pęcherza obecność kamienia. Następnie przedstawił kol. Reiss przypadek słoniowaciny worka mosznowego i prącia. W przypadku tym nie można wykazać właściwej przyczyny usprawiedliwiającej powstanie tego cierpienia. W dalszym ciągu przedstawił kol. Reiss chorą z *trichophytia animalis* w okolicy stawu nadgarstkowego. Wreszcie przedstawił kol. Reiss chorego z *orchitis luetica interstitialis dextra*. Przyrodę kiłową w tym przypadku potwierdza wynik leczenia swoistego, gdyż po trzech tygodniach leczenia jodem i wstrzykiwaniami bursztynianu rtęciowego zmniejszyło się jądro prawe niemal do połowy. — Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Stopczański.

VI. Rozwój medycyny francuskiej w ubiegłych stu latach.

Przyczynek do dziejów medycyny.

Skreślił

Dr. Adam Langie.

> „*La science ne suit pas une ligne droite dans sa marche progressive, elle revient souvent sur elle-même et tout en progressant, semble parfois rentrer en arrière et remonter vers sa source*“. Flammarion.

(Ciąg dalszy.)

6. Inne specyalności.

1. Choroby nerwowe i umysłowe. Obok chirurgii zauważyć się daje w ciągu XIX wieku ogromny postęp neurologii i psychiatryi, dzięki donioslym odkryciom w dziedzinie anatomii, histologii i fizyologii układu nerwowego. Obie te specyalności, śmiało rzec można, są płodem XIX stulecia, a kolebką ich jest Francya. Tutaj to, jak już wyżej wspomniano, jeszcze pod koniec XVIII wieku pierwszy Franciszek Pinel wystąpił śmiało i energicznie w obronie chorych umysłowo, których aż do jego czasów zamykano w zakładach, będących właściwie strasznemi więzieniami, a zamykano nie w celu leczenia, bo sądzono, że sztuka lekarska nic już poradzić nie zdoła, lecz dla odosobnienia ich, jakby zwierząt drapieżnych, od reszty ludzi zdrowych. Zwrot, jaki się dokonał w tych zapatrywaniach pod wpływem i dzięki energii Pinela, który też zasłużył sobie na przydomek dobroczyńcy obłąkanych, dokonał się wprawdzie zwolna i dużo jeszcze upłynęło czasu, zanim w całej Francyi, a za jej przykładem i w sąsiednich krajach zrozumiano, że obłąkani są ludźmi chorymi, których trzeba leczyć nie gwałtem i środkami barbarzyńskimi, lecz raczej łagodną stanowczością i wpływem moralnym; że wielu z nich, uważanym dawniej ryczałtowo za nieuleczalnych, można przecież zdrowie przywrócić, poznawszy zmiany chorobowe, toczące się w ich mózgu i zastosowawszy odpowiednie środki, wskazane przez naukę. Zapatrywania swe zebrał Pinel w dziele, napisanem 1791 roku pod tytułem: »*Sur l'alienation mentale*«, (ostatnie wydanie z 1809 roku). Pamięć Pinela do dziś dnia przypomina obraz pędzla malarza Roberta Fleury, umieszczony w wielkiej sali amfiteatru Salpetrière, przedstawiający uwolnienie obłąkanych z więzów i tortur.

Myśl tę szlachetną i tak doniosłą dla losu nieszczęśliwych szaleńców szerzą odtąd niestrudzenie z równą energią dwaj jego uczniowie i wywalczają wreszcie w całości reformy, jakie zaczął Pinel. Są to Esquirol i Wilhelm Andrzej Ferrus (1784 do 1861).

Jan Dominik Esquirol urodził się w Tuluzie 1772 roku. Od roku 1811 był lekarzem w *Salpetrière* [6]), a od roku 1817 wy-

kłada o chorobach umysłowych. On to skłonił rząd francuski do wyznaczenia w roku 1818 osobnej komisyi, któraby zbadała nadużycia, dziejące się w zakładach dla obłąkanych i obmyśliła potrzebne reformy. W roku 1825 zostaje naczelnym lekarzem paryskiego *Maison des aliénés*. W roku 1830, pozbawiony skutkiem rewolucyi lipcowej urzędu, usuwa się w zacisze domowe do Charrenton i oddaje tam wyłącznie urządzonemu przez siebie prywatnemu zakładowi dla umysłowo chorych, który prowadzi wzorowo aż do śmierci w 1840 roku.

Metody lecznicze chorób nerwowych wzbogaciło dalej odkrycie działania fizyologicznego i leczniczego elektryczności tak, że w drugiej połowie XIX wieku zastosowany nowy ten czynnik do terapii stwarza osobny obszerny bardzo dział elektroterapii. Pod koniec wieku opanowała umysły nowość, wyzyskiwana zrazu przez różnych szarlatanów, a oświetlona należycie ze stanowiska naukowego przez genialnego Charcota i jego szkołę — był to hipnotyzm i poddawanie (sugestya). W ciągu tego samego stulecia wydaje wreszcie Francya dwóch wielkich uczonych, od których datuje się nowa epoka w pojmowaniu wielu objawów chorobowych i leczeniu chorób układu nerwowągo, — datuje się jednem słowem dzisiejsza nowoczesna neuropatologia. Są to Duchenne i Charcot.

Wilhelm Benjamin Duchenne de Boulogne urodził się 1806 roku w Boulogne sur Mer, gdzie aż do roku 1842 praktykował jako lekarz, poczem przeniósł się do Paryża i oddał głównie badaniom nad wartością leczniczą elektryczności, a cenne swe spostrzeżenia zebrał w dziele: »*De la valeur de l'électricité dans le traitement des maladies*« (Paryż, 1850), oraz doświadczeniom nad pobudliwością włókien mięsnych pod wpływem prądu elektrycznego. Jemu też zawdzięczamy liczne badania nad zanikiem mięśni i porażeniem opuszkowem, nad fizyologią ruchu i mimiką twarzy pod wpływem uczuć wewnętrznych. Umarł 1875 roku. Z mnóstwa cennych prac i większych rozpraw, jakie pozostawił, znaczna część zebraną została w wielkiem dziele, mającem doniosłe znaczenie dla elektroterapii, a wydanem po raz ostatni w 1872 roku »*De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique*«.

Jan Marcin Charcot, urodzony 1825 roku w Paryżu. odbywał nauki tamże pod Piorrym i Claude Bernardem, W roku 1860 został mianowany *professeur agrégé*, a w 1862 lekarzem *Salpetrière*, który to szpital zyskał odtąd światową sławę, dzięki jego wykładom, jakie od roku 1866 tam miewał. W roku 1873 zostaje profesorem anatomii patologicznej Uniwersytetu paryskiego, a w 1882 roku obejmuje utworzoną umyślnie dla niego katedrę i kierownictwo kliniki chorób nerwowych w tym samym szpitalu. Umarł 1893 roku. Działalność naukowa Charcota, tak świetna i tak ogromna, wymagałaby osobnej monografii, nie nadaje się więc tutaj do obszernego omawiania; wspomnę tylko, że główne zasługi Charcota polegają na badaniach anatomo-patologicznych układu nerwowego, które wyjaśniły istotę tylu chorób i popchnęły naprzód całą metodę rozpoznawczą i leczniczą. Jemu to zawdzięczamy wyświetlenie mnóstwa zagadek w objawach chorób nerwowych, zestawienie dokładnego obrazu klinicznego tak powikłanej choroby i pod tylu postaciami występującej, jak histerya, należyte objaśnienie zjawisk kataleptycznych i stanów hipnotycznych, wreszcie wykrycie zmian anatomicznych we wszystkich niemal chorobach rdzenia pacierzowego. Większość jego prac wyszła w zbiorowem wydaniu jako »*Oeuvres complètes*« (Paryż, 1886).

Z pomiędzy poprzedników Charcota na uwagę zasługują następujący neurolodzy i psychiatrzy francuscy:

Jan Georget (1795—1828), uczeń Esquirola; Sylwester Blanche (1796—1852), który również zwalcza dawniejsze postępowanie z obłąkanymi; Dawid Richard (1806—1859) w Alzacyi, który pierwszy poleca zatrudniać chorych umysłowo lekkiemi robotami na wolnem powietrzu; August Napoleon Gosselet (1810—1863) w Lille; Honoryusz Aubanel (1810—1863) w Marsylii, autor wielu prac z dziedziny psychiatryi sądowej; Franciszek Bazin (1796—1865) w Bordeaux, autor prac w zakresie anatomii nerwów; Oktawiusz Landry (1826—1865), Jan Maksymilian Parchappe de Vinay (1800—1866), założyciel Towarzystwa lekarsko-psychologicznego i generalny inspektor zakładów leczniczych we Francyi; Meyer Cahen (1823—1866), autor prac o nerwach naczynioruchowych; Aleksy Cérise (1807 do 1869); Jan Piotr Falset (1784—1870), lekarz naczelny w *Salpetrière* przed Charcotem; Benedykt August Morel (1809—1873), zwalczający gorąco system przymusowy w leczeniu umysłowo chorych wspólnie z Jakóbem Józefem Moreau de Tours (1804—1889); Achilles Foville (1799—1878), następca Esquirola w Charrenton.

Wszyscy są autorami tak licznych dzieł, rozpraw i prac naukowych, że wyliczać ich tutaj nie sposób, a założyli pierwsze podwaliny pod wspaniały gmach neurologii francuskiej, który wykończyć i polotem geniuszu ożywić danem było Charcotowi. Z wybitnych zaś lekarzy, współczesnych temu wielkiemu uczonemu, wymienić należy:

Jakób Belhomme (1800—1880), Gérard Marchant (1813—1881), uczeń Esquirola, jeden z najzasłużeńszych psychiatrów francuskich; Paweł Henryk Clozel de Boyer (1852 do 1881), pracował głównie nad lokalizacyą w mózgu; Paweł Briquet (1796—1881); Aleksander Brièrre de Boismont (1797—1881); Józef Artaud (1813—1883) w Lyonie; Jan Baptysta Dumesnil (1812—1884), generalny inspektor zakładów dla obłąkanych we Francyi; Juliusz Józef Lunier (1822 do do 1885); Henryk Legrand du Saulle (1830—1886); Antoni Eugeniusz Billod (1818—1886); Franciszek Gabryel Baillarger (1806—1891) w Ivry: Antoni Emil Blanche (1820—1893); Ludwik Calmeil (1798—1895); Grzegorz Oktawiusz Dujardin Beaumetz (1833—1895), o którym była już mowa wyżej między internistami, autor cennych prac o wiądzie rdzenia, alkoholizmie przewlekłym i zapaleniu rdzenia; Juliusz Bernard Luys (1828—1897), autor znakomitego atlasu anatomicznego układu nerwowego i badacz zjawisk hipnotycznych. Prócz tych cała plejada uczniów szkoły Charcota, żyjących jeszcze i zajmujących wybitne stanowiska w literaturze naukowej.

2. Okulistyka wyrabia się dopiero w ciągu XIX stulecia w samoistną specyalność, wyodrębniając od chirurgii, której dotąd jeden z ubocznych stanowiła działów. Właściwymi twórcami nowoczesnej okulistyki są, jak powszechnie wiadomo, Helmholtz, Albrecht von Graefe, Donders, Jaeger i Arlt.

We Francyi niemal do drugiej połowy XIX wieku stoi ona pod względem naukowym dość nizko, bo na tym samym poziomie, co w wieku XVIII i dopiero powoli przyjmuje teorye wyżej wymienionych uczonych zagranicznych. Wielcy chirurdzy francuscy, jak: Dupuytren, Nélaton, Bonnet, Langier, Delpech, Roux, Velpeau i Lisfranc robią wprawdzie operacye oczne i podają niektóre nowe metody, ale nie są to jeszcze właściwi okuliści w dzisiejszem znaczeniu. A nawet i ci, co przeważnie zajmują się chorobami ocznemi, jak zręczny operator Piotr Demours, lekarz Ludwika XVIII i Karola X, Faur, okulista księcia de Berry, Guillée, dyrektor instytutu ociemniałych w Paryżu, lub Gondret, założyciel kliniki okulistycznej tamże, niewiele tylko przyczynili się do jej naukowego rozwoju. Dopiero jako prawdziwi reformatorzy okulistyki francuskiej, którzy popchnęli naukę tę na nowe tory, wskazane przez szkoły: niemiecką, wiedeńską, włoską i angielską, uchodzą słusznie trzej wybitni lekarze: Stoeber, Carron du Villards i Sichel.

Wiktor Stoeber urodził się 1803 roku w Strasburgu; po ukończeniu medycyny tam i w Paryżu i odbyciu podróży naukowej, w czasie której zapoznał się z postępami okulistyki w Berlinie, Londynie i w Wiedniu u Jaegera i Rosasa, powraca do Paryża, gdzie od roku 1829 jako *professeur agrégé* wydziału lekarskiego wykłada okulistykę. W roku 1845, mianowany zwyczajnym profesorem kliniki okulistycznej, zajmuje katedrę tę aż do śmierci 1871 roku. Do zaznajomienia lekarzy francuskich z ogromnymi postępami okulistyki zagranicznej przyczyniło się dzieło jego: »*Manuel pratique d'ophtalmologie*« (Paryż, 1834).

O wiele wybitniejszym jeszcze pod względem naukowym jest Karol Józef Carron du Villards (1800—1860), uczeń Scarpy w Pawii, a od roku 1834 docent okulistyki w paryskiej *école spéciale ophtalmologique*. Założył w Paryżu ambulatoryum dla chorych na oczy i napisał dwutomowe dzieło, bardzo wówczas będące w użyciu, pod tytułem: »*Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux*« (1838); dalej: »*Recherches médico-chirurgicales sur l'operation de la cataracte*« (1837) »*Guide pratique pour exploration méthodique et symptomatologique de l'oeil*« (1836).

Właściwie jednak i ostatecznie ugruntował we Francyi nowożytne pojęcia szkoły niemieckiej Juliusz Sichel. Urodzony 1802 roku we Frankfurcie, studya odbywał w Tybindze i Berlinie, poczem był asystentem Jaegera w Wiedniu i Schoenleina w Würzburgu. W roku 1829 przybywa do Paryża, gdzie wkrótce zyskuje wielką wziętość, pracując z początku jako kierownik od-

[6]) Gmach wzniesiony w Paryżu przez Ludwika XIII, przeznaczony początkowo na arsenał, zamieniony póżniej na przytułek dla starców i połączony z kliniką chorób nerwowych. wsławioną w medycynie nazwiskami znakomitych lekarzy, którzy w niej pracowali. (*Przypisek autora*).

działu okulistycznego w szpitalu *St-Antoine*, a później we własnej prywatnej klinice. Umarł 1858 roku. Jego to zabiegom zawdzięcza Paryż utworzenie kliniki chorób ocznych w *Hôtel-Dieu*, a z jego szkoły wyszedł cały szereg wybitnych okulistów, jak nasz rodak Szokalski i słynny francuski Desmarres. Pierwszą jego pracą, która utorowała okulistyce drogę do przyszłego rozkwitu we Francyi, jest: »*Propositions générales sur l'ophtalmologie*« (Paryż, 1833). Prócz tego wydał: „*Mémoires et observations sur la choroidite*« (Paryż, 1836) i liczne rozprawy naukowe o jaskrze, zaćmie, garbiakach rogówkowych i t. d.

Odtąd okulistyka francuska, wprowadzona na właściwe tory zaczyna kroczyć za ogólnym postępem w innych krajach, a nazwiska słynnych okulistów z drugiej połowy XIX wieku, jak Ludwik August Desmarres (1810—1882), twórca nowoczesnej szkoły, z której prócz Albrechta von Graefe wyszło wielu żyjących dziś jeszcze okulistów, lub przedwcześnie zmarłych, świadczą niezbicie o bujnym rozwoju i tej także specyalności na ziemi francuskiej.

3. Otologia jest więcej jeszcze, niż okulistyka, dzieckiem XIX wieku, gdyż przedtem znajomość wogóle chorób usznych była tak małą, że nawet na miano specyalności nie zasługuje. We Francyi odznaczyli się na tem polu:

Jan Marya Gaspard Itard (1775—1838), który pierwszy uporządkował choroby uszne w dwutomowem dziele: »*Traité des maladies de l'oreille et de l'audition* (Paryż, 1821) i wydoskonalił katetoryzowanie trąbki Eustachego;

Mikołaj Deleau (1799—1862) utorował drogę do rozpoznawania i leczenia chorób ucha środkowego, wspólnie z Prosperem Menière (1799—1862), autorem rozprawy: »*Mémoires sur des laisions de l'oreille interne*« (1861):

Aleksander Ludwik Paweł Blanchet (1919—1867), autor dwutomowego dzieła o głuchoniemocie wydanego w 1852 roku.

4. Laryngologia. Rozwój tej umiejętności datuje się przedewszystkiem od wprowadzenia w użycie lusterka krtaniowego w 1858 roku przez Jana Nepomucena Czermaka († 1873). Od tego czasu staje się laryngologia, która dotąd stanowiła część medycyny wewnętrznej, lub pod względem operacyjnym chirurgii, samoistną gałęzią wiedzy lekarskiej, a poświęcają się jej coraz liczniejsze rzesze wybitnych lekarzy wszystkich narodowości.

Do rozwoju laryngologii we Francyi przyczynili się swemi cennemi pracami naukowemi:

Emil Isambert (1827—1876), którego badania nad gruźlicą krtani rozświetliły wiele wątpliwych kwestyi;

Karol Fauvel (1830—1876), autor podręcznika chorób gardła i krtani; wreszcie Edward Fournié († 1886).

5. Położnictwo i ginekologia doznają w ciągu XIX-go wieku ogromnego rozwoju, zawdzięczając, podobnie jak chirurgia, postęp ten wprowadzeniu znieczulenia ustroju, ulepszeniu narzędzi i metod operacyjnych, wreszcie wynalezieniu środków przeciwgnilnych i zastosowaniu postępowania aseptycznego przy porodach. Palma pierwszeństwa należy się wprawdzie uczonym nie francuskim, jak: Semmelweiss, Schroeder, Simpson, Sims i Spencer Wells; lecz nowości przez nich głoszone przyjmują się rychło na ziemi francuskiej tak, że i ta specyalność rozwija się tu równie szybko, jak w innych krajach. Wybitniejsi specyaliści francuscy w tym dziale są:

Antoni Dubois († 1837), nadworny położnik cesarzowej Maryi Ludwiki i syn jego Paweł Dubois († 1871), autor: »*Traité complet de l'art des accouchements*« (1849);

Piotr Flamant († 1832) w Strasburgu; Antoni Dugès († 1838), profesor położnictwa w Montpellier; Józef Capuron († 1850), Józef Klaudyusz Récamier († 1856), który wprowadził w powszechne użycie wziernik pochwowy w 1818 roku.

Dalej autorowie bardzo w owym czasie rozpowszechnionych podręczników: Cazeaux († 1862); Chailly-Honoré († 1866) i Jacquemier († 1879).

Jan Aleksander Lejumeau de Kargaradec († 1877), autor: »*Mémoires sur l'auscultation, appliquée à l'etude de la grossesse*« (1822);

Piotr Karol Huguier († 1873), który wzbogacił głównie dział operacyi ginekologicznych, wynalazł sposób sondowania macicy zapomocą swego „histerometru“ i ogłosił wiele prac położniczych i ginekologicznych, podobnie jak Depaul († 1883), autor: »*Leçons de clinique obstetricale*« i Gallard († 1887).

Pomijając żyjących obecnie wybitnych ginekologów i położników francuskich, których nazwiska za wcześnie jeszcze, aby przeszły do historyi, wspomnieć należy na końcu o dwóch słynnych położnych, t. j. o pani Maryi Ludwice Lachapelle († 1821), która była naczelną akuszerką w *Hospice de la Maternité* szpitala *Hôtel-Dieu*[7]) pod dyrekcyą Baudelocque'a († 1810) i spisała swoje pamiętniki, wydane dopiero po jej śmierci pod tytułem: »*Pratique d'accouchements*«, oraz o pani Maryi Annie Wiktoryi Bovin († 1847), autorce wielokrotnie wydawanej książki: »*Memorial de l'art des accouchements*«, napisanej w 1812 roku.

6. Choroby dziecięce wchodziły jeszcze w początku XIX wieku w zakres po części medycyny wewnętrznej, po części położnictwa i dopiero w drugiej połowie tego stulecia, kiedy to zaczęto wznosić wszędzie szpitale i kliniki dla dzieci i stwarzać osobne katedry pedyatryi po uniwersytetach, wyodrębniły się w zamkniętą dla siebie specyalność, a równocześnie i piśmiennictwo tego działu szybko poczęło wzrastać.

W literaturze francuskiej najgłówniejsze są następujące dzieła: »*Traité clinique et pratique des maladies des enfants*« w trzech tomach, ostatnie (trzecie) wydanie z 1884 roku, nagrodzone przez paryską Akademię, a napisane przez Ernesta de Bartez i Fryderyka Rilleta; dalej »*Hygiène de la première enfance*« i »*Clinique de l'hôpital des enfants malades*« Eugeniusza Bouchuta († 1883), wreszcie liczne prace o krzywicy, kile wrodzonej, gośćcu stawowym, chorobach narządu krążenia u dzieci, o t. zw. *paralysis essentialis* i pląsawicy, Juliusza Parrot i Roger'a.

7. Choroby skórne i weneryczne. Z pomiędzy syfilidologów francuskich na pierwszy plan wysuwa się nazwisko Filipa Ricorda (1800—1889), lekarza szpitala *du Midi* w Paryżu, pierwszej powagi między współczesnymi syfilidologami, który tysiącem doświadczeń, dokonanych zapomocą szczepienia, dowiódł, że rzeżączka nie jest jedną z form kiły, jak pierwotnie mniemano. On też poparł powagą swą, chociaż z początku był przeciwnego zdania, — obóz „dualistów“ w walce naukowej „z unitarystami“, która przez długi czas toczyła się we Francyi, — oświadczając się w roku 1857 stanowczo za tem, że wrzód miękki wywołuje zawsze jeden i ten sam rodzaj owrzodzeń i nigdy nie pociąga za sobą ogólnych objawów kiły. Wspólnie z Rolletem, lekarzem lyońskiego szpitala *Antiqualle*, przyczynił się więc do utrwalenia zasad „dualistów“ i pokonania ostatecznego t. zw. „identystów“, według których znów dla rzeżączki, wrzodu miękkiego i twardego istniał tylko jeden przyrzut. Z biegiem czasu na podstawie ścisłych spostrzożeń niektóre pojęcia Ricorda o zaraźliwości kiły uległy zmianie, mimo tego jednak pozostanie on zawsze jednym z najwybitniejszych uczonych, którzy przyczynili się wiele do wyświetlenia istoty i różnych form tej choroby. Wśród licznych jego pism naukowych zasługuje też na uwagę między innemi praca: „*De l'ophtalmie blennorrhagique*“ (1842[8]).

Inni współcześni mu głośni specyaliści są: Hillairent, Leloir, obaj badacze trądu; Feulard, Cazenave, Dubois, Fournier, Cullerier, Baumes i Diday w Lyonie.

Z poprzedników zaś Ricorda zasługują na wzmiankę: Jan Ludwik Alibert († 1837), twórca podziału chorób skórnych, które sklasyfikował według zewnętrznych objawów w rodziny, rodzaje i gatunki; oraz: Wawrzyniec Teodor Biett († 1840), który znów przyjął w podziale tychże chorób zasadę, proponowaną przez lekarzy angielskich, a wprowadził wiele nowości do terapii, jak: kąpiele parowe i kąpiele z dodatkiem środków leczniczych.

8. Medycyna sądowa. Wszystkie zdobycze wieku XIX na polu nauk przyrodniczych, fizyologii doświadczalnej, patologii, anatomii patologicznej, niemniej jak toksykologii i psychiatryi wpłynęły jak najkorzystniej na ukształtowanie medycyny sądowej w dzisiejszem pojęciu, która, jako nauka ścisła jest też wykwitem tego stulecia. We Francyi świetny swój rozwój zawdzięcza ona przedewszystkiem dwom uczonym, którymi są: Orfila i Tardieu.

Józef Bonawentura Orfila, o którym była już wzmianka przy medycynie wewnętrznej, urodził się 1787 w Mahon, nauki pobierał w Madrycie i Paryżu. Od roku 1811 miewał wykłady w uniwersytecie paryskim, gdzie też w r. 1819 został profesorem medycyny sądowej i toksykologii, a w r. 1832 powołany na członka rady zarządzającej szpitalami paryskimi; umarł 1853 roku. Oprócz cennych dzieł z dziedziny toksykologii i chemii lekarskiej, wydał: »*Leçons de médecine légale*« (4 wydania) i »*Traité des exhumations juridiques*« (1830).

[7]) Kilkakrotnie już wspominany *Hôtel-Dieu* jest najstarszym szpitalem nietylko w Paryżu, ale w całej Europie, powstał bowiem w roku 660 za Klodwika II, a w latach 1868—1878 umieszczony w nowym wspaniałym budynku przy placu Tarvis-Nôtre-Dame, kosztował 23 miliony franków, liczy około 600 łóżek i mieszczą się w nim obecnie trzy kliniki. (*Przypisek autora*).

[8]) Na pamiątkę Ricorda nazwano szpital *du Midi* szpitalem jego imienia *Hôpital Ricord*, przed którym stoi ogromny posąg uczonego, dłuta Barriasa. (*Przypisek autora*).

August Tardieu (1818—1879) nauki pobierał w Paryżu, gdzie w r. 1850 został naczelnym lekarzem szpitala *Lariboisière*, w r. 1861 profesorem wydziału lekarskiego, a w r. 1864 przybocznym lekarzem Napoleona III. W r. 1870 objął kierownictwo szpitala *Hôtel-Dieu*. Nazwisko jego spopularyzowały liczne głośne procesa kryminalne, w których brał udział jako rzeczoznawca. Z wielu dzieł, jakie pozostawił, cenną wagę mają prace o otruciach, o uduszeniu, powieszeniu, o dzieciobójstwie i obłąkaniu ze stanowiska medycyny sądowej.

9. Dentystyka stosunkowo najwcześniej właśnie we Francyi zajęła należne jej stanowisko i, wydarta z rąk partaczy, uznaną została za umiejętność lekarską, jak inne specyalności. I podczas gdy nigdzie jeszcze nie było słychać o głośnych dentystach, już we Francyi spotykamy się z następującymi nazwiskami: Taveau, Toirac, Oudet, Laforgue, który wzbogacił literaturę tego działu; Maury, autor pierwszego w Europie podręcznika pod tytułem: »*Traité complet de l'art du dentiste*« i wreszcie Delabarre, który znów pierwszy z Europejczyków zaczął używać w r. 1847 znieczulenia eterowego przy operacyach zębów, wreszcie słynny Magitot († 1897). (Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* Walne Zgromadzenie Kasy chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się dnia 27 maja 1905 r. o godzinie 6 wieczorem we Lwowie w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska, 11, na dole).

Porządek dzienny:

1) Sprawozdanie z ubiegłego roku: sekretarz Dr. Lilien.
2) Sprawozdanie kasowe: skarbnik Dr. Schellenberg.
3) Sprawozdanie Komisyi kontrolującej.
4) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne Zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr. Lilien, sekretarz. *Dr. Festenburg,* przewodniczący.

* *Towarzystwo Samopomocy lekarzy podaje do wiadomości:*

Zarząd Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Wysowej zawiadomił Wydział, że flaszki z tamtejszą wodą mineralną będzie zaopatrywać znaczkami jednohalerzowymi. Przyjmując to zobowiązanie, Wydział Towarzystwa przesyła Zarządowi serdeczne podziękowanie.

Z Wydziału Towarzystwa samopomocy.

Sekretarz: *Dr. Langie.* Prezes: *Dr. Bogdanik.*

Na Fundusz zapomogowy Towarz. samopomocy lekarzy złożyli koll.: Feliks Kalach 14 koron zebranych w ambulatoryum szpitala izraelickiego w Brodach; Adolf Osterschier 14 koron jako nieprzyjęte honoraryum od Dr. A. S. i chirurga O.; Henryk Frostig 13 koron „wygranych (*sic*) za leczenie żony p. B.“

Dr. Langie, sekretarz generalny.

* Dr. Pelczar złożył w Administracyi „Przeglądu lekar.“ sto koron na fundusz wdów i sierót, założony w Towarz. samopomocy lekarzy, — zamiast bukietów dla pacyentek w Truskawcu.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 11 maja.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 3 maja posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. Dr. H. Hirsch przedstawił okaz kamienia, wydobyty z przewodu gruczołu podjęzykowego; 2) kol. Dr. Bier: mówił „O najnowszych metodach fotometryi stosowanych w higienie“. Z powodu spóźnionej pory wykład kol. prof. Wachholza został odłożony do przyszłego posiedzenia.

* Komisya sanitarna m. Krakowa odbyła dnia 3 b. m. pod przewodnictwem prof. Domańskiego posiedzenie, na którem przyjęto do wiadomości pismo namiestnictwa, będące odpowiedzią na stosowne zapytanie władzy miejskiej. W piśmie tem oświadcza namiestnictwo, że nie widzi potrzeby czynienia jakich kroków szczególnych z powodu podniesionego napływu obcych do Krakowa na dzień 8 b. m. i uważa, że środki przeciw zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, przez władzę miejską w Krakowie zastosowane, są zupełnie dostateczne. Fizyk miejski podał do wiadomości, że od ostatniego posiedzenia Komisyi sanitarnej zaszło w mieście 5 przypadków śmierci z zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. W krótkiej dyskusyi nad tym przedmiotem oświadczyli prof. Nowak i doc. Droba, iż za przyczynę choroby, o której mowa, uważają właściwą bakteryę (*meningococcus intracellularis*). W końcu oświadczył prof. Domański, że zamierza na przyszłem posiedzeniu położyć na porządek dzienny sprawę walki z gruźlicą.

* Zjazd balneologiczny odbył się ściśle podług nakreślonego przez inicyatorów programu, a chociaż obydwa dni poświęcił na same tylko odczyty i rozprawy, nie wyczerpał jednak nagromadzonego materyału odczytowego i dziś już trzeba nabrać przekonania, że dwa dni jest za mało, zwłaszcza, że przy zmianie warunków w Królestwie Polskiem Zjazdy następne będą liczniejsze, a z drugiej strony materyał balneologiczny jest tak jednolity, że dzielenie go na sekcye nie jest korzystne. Szczegółowe sprawozdanie z tego Zjazdu ma okazać się w dostępnym dla wszystkich organie Towarzystwa balneologicznego, więc pomijamy go, zaznaczając tylko, że miał on wszystkie cechy zjazdu balneologicznego polskiego w szerokich granicach etnograficznych, że obejmując treścią balneologię umiejętną, przemysł zdrojowiskowy i organizacyę zdrojowisk polskich, objął całokształt spraw balneologii krajowej, której każdy dział był reprezentowany na Zjeździe przez uprawnionych i kompetentnych zastępców.

W oczach naszych rozwija się żywa działalność, zmierzająca do uprzemysłowienia kraju i do zwiększenia swojskiej wytwórczości: nie wziąć udziału w tym ogólnym ruchu ekonomicznym, to znaczyłoby tyle, co poddać się zwątpieniu i gnuśnej rezygnacyi, za które, przynajmniej co się tyczy zdrojowisk, cała odpowiedzialność spadłaby na stan lekarski. Powstanie zatem Towarzystwa balneologicznego, przyszłe zjazdy i wystawy balneologiczne, to bezpośrednie wyniki prawidłowego rozwoju potrzeb i warunków naszego bytu społecznego. Towarz. balneologiczne weszło na Zjeździe świeżo odbytym w bezpośredni stosunek z zorganizowanymi związkami dla rozwoju przemysłu krajowego wogóle, wytworzyło sobie drogi działania i w tem tkwi jego niepodzielna zasługa i uzasadniona nadzieja ogółu, że pracą swoją przyniesie ono pożytek społeczeństwu i nauce.

* W Berlinie odbyła się konferencya, która zastanawiała się nad pisownią wyrazów pochodzenia obcego. Większość oświadczyła się za pisownią fonetyczną, mniejszość — za etymologiczną; tę ostatnią uchwalono jednak zatrzymać dla wyrazów technicznych. Ta dwoistość nie mogła zadowolnić wszystkich, więc uchwalono wybrać specyalną komisyę, na którą włożono obowiązek wynalezienia najprostszej drogi do wybrnięcia z tej zawikłanej sprawy.

Twierdzi się u nas często mylnie, że tylko my Polacy robimy sobie tyle kłopotu z pisownią i wyrazownictwem, gdy inne narody traktują tę sprawę jako podrzędną. W Niemczech istnieje poważne stowarzyszenie, które pracuje nad oczyszczeniem języka od naleciałości obcych.

* W roku bieżącym powstanie w Połądze pierwsza bezpłatna letnia kolonia polska nad morzem dla dzieci skrofulicznych. W pierwszym roku, na początek, do kolonii tej zostanie wysłanych 12 dzieci z Warszawy. Zarząd uzdrowiska dał inicyatywę: do społeczeństwa polskiego należy rozszerzyć to pożyteczne i piękne dzieło.

* Piszą nam z Rzymu: „W d. 26—30 kwietnia odbył się tu V-ty międzynarodowy Kongres psychologii, zastosowanej do fizyologii, neurologii i psychiatryi. Najbardziej zajmującymi były odczyty o nowszych poglądach, Sciamonny i Flechsiga na lokalizacyę funkcyi mózgu; Sommera — o fotografii wyrazu twarzy i zmianie barwy na ton; dalej odczyty o sumieniu Janeta, Solliera i Lombrozy, oraz demonstracye mikroskopowe Courtiera. Z Polaków mieli odczyty: Gilecki z Warszawy, Szczawińska z Paryża, Adamkiewicz z Wiednia i Zanietowski z Krakowa, którego przyrządy zostały zakupione do królewskiego zakładu kinesiterapii. Z powodu niezmiernie zajmujących nowych doświadczeń Sciamonny nad mózgiem małp wybrano komisyę międzynarodową, do której weszli: Flechsig z Lipska, Fano z Florencyi i Hentschen z Stokholmu“.

* Zjazd rentgenowski miał wielkie powodzenie. Uchwalono zawiązać niemieckie Towarzystwo rentgenowskie, do którego mogliby należeć i nie niemcy. Następny Zjazd odbędzie się w Amsterdamie w r. 1908.

* Rosyjski minister oświaty zezwolił Teodorowi Moracewiczowi, liczącemu lat 80, na zdawanie egzaminu lekarskiego w Uniwersytecie kijowskim. Sędziwy kandydat przed kilku dziesiątkami lat był wolnym słuchaczem nauk medycznych w Charkowie, następnie

zwyczajnym studentem w Uniwer. kijowskim. a obecnie po bezprzykładnie długiej przerwie ubiega się o stopień uniwersytecki.

* Między 17 a 22 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim, brodzkim, buczackim, cieszanowskim, czortkowskim (po 1 gm.), dobromilskim (2 gm.), drohobyckim (5 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim (2 gm.), kołomyjskim (4 gm.), liskim, lwowskim, mieleckim, mościskim (po 1 gm.), nadwórniańskim, przemyślańskim (po 3 gm.), rawskim, stanisławowskim, staro-samborskim (po 2 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (4 gm.), tarnopolskim, tłumackim, trembowelskim, turczańskim zaleszczyckim, zborowskim (po 1 gm.), żółkiewskim (5 gm.).

Nekrologia. Dr. Piotr Trzciński, lekarz okręgu sędziszowskiego, zmarł w Krakowie, licząc l. 40. B. prof. fizyologii Eckhard zmarł w Giessen w 84 r. życia.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Barker z Chicago mian. kierownikiem lekar. kliniki w Uniwersytecie John Hopkinsa. Doc. Lübscher mian. prof. tytularnym laryngologii w Bernie. Dr. Böttcher mian. prof. nadzwycz. w Giessen.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 16. Krokiewicz: Działanie lecznicze gryzeryny w gruźlicy płuc. Pawiński i Korzon: O działaniu teocyny w chorobach serca i nerek (c. d.). Bornstein: Z kazuistyki neurologicznej (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 17. Flatau i Sterling: O nowotworach rdzenia (c. d.). Klein: Stan obecny nauki o nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, oraz wyniki badania krwi odnośnych przypadków.

— *Krytyka lekarska* Z. 5. Mutermilch: Hipoteza budowy zarodzi. Biegański: O celowości w zjawiskach biologicznych (dok). Bornstein: Wobec niebezpieczeństwa. Żurakowski: Nieco o walce z cholerą.

— *Przewodnik dentystyczny* Z. 3 i 4. Krakowski: O postępowaniu bezgnilnem przy wyjmowaniu zębów (c. d.). Litwin: Działanie arszeniku i kobaltu na miazgę zębową.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 2. Wajgiel: Szkic fizyograficzny Rymanowa-Zdroju i jego okolicy. — Korespondencye: 1) z Truskawca i 2) z Lubienia.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 3. Skórczewski: Wspomnienia historyczne w drodze do Krynicy. Pelczar: Truskawiec w r. 1905. Ozga: Rozwój Wysowy i jej działanie lecznicze.

— *Lékařské rozhledy* Z. 4. Niederle: Luxace kongenitalni či traumatická? Cisler: Ke kasuistice krváceni po tonsillotomii a extrakci zbytnčlých skořep nosnich. Janke; Nebulor, jeden z nových apparátů inhalačnich.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 18. Rys; Smrtelna otrava po injekci skopolamino-morfiove. Slavik: Vražda opileho muže uřiznutim plodidel a utopenim. Záhadný pachatel se sám 3 leta před vraždou kastroval hřebem v poruše duševni. Duševni stav pachatele (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 34. Marfan: Rumień płonicowaty „metadyfteryczny". Bué: Higiena społeczna. Za i przeciw żłobkom.

Nr. 35. Tuffier: Znieczulenie zapomocą atropomorfiny i chloroformu. Bonnaire: Przyczyny i rozwój ronienia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 18. Bernhardt: O niektórych osobliwych porażeniach obwodowych. Israel: O czynnej limfocytozie i mechanice wywędrowywania. Casper: Rzut oka na chirurgię nerek od czasu wprowadzenia kateteryzacyi moczowodów. Fuld: O odczynie surowiczym Kellinga w rakowatości. Ebstein: Istota kąpieli i ich reforma. Ruhemann: Leczenie nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Heubner: Leczenie kąpielowe w wieku dziecięcym (dok).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 18. Arnold: Znaczenie syntezy, fagocytozy, wydzielania i zwyrodnienia tłuszczu dla wytwarzania się mleka i siary. Pfalz: Znaczenie wzrokowej miarowości dla leczenia krótkiego wzroku. Seggel: W sprawie istoty postępującego krótkowidztwa. Holst: Przyczynek kazuistyczny do etyologii ostrego poprzecznego zapalenia rdzenia w odcinku lędźwiowym. Lomer: Antytyreoidyna Moebiusa w chorobie Basedowa powikłanej z psychozą. Dürig: Przyczynek do leczenia surowicą choroby Basedowa. Rubens: Przypadek ostrej ograniczonej puchliny z białkomoczom ortostatycznym. Neustätter: Ludzka skóra a elektryczność. Tenholt: O chorobie tęgoryjcowej. Paffenholz: Wygodna i prosta strzykawka dla praktyki pedyatrycznej. Lange: Znaczenie zdjęć rentgenowskich dla ortopedyi (dok.). Doerfler: Doświadczenia z zapaleniem wyrostka robaczkowego, z szczególnem uwzględnieniem wczesnej operacyi (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 18. Neugebauer: Przyczynek do leczenia tężca przyrannego wstrzykiwaniami pod oponę twardą. Detre i Sellei: Hemolityczne działanie jadu tężcowego. Nigris: O karmieniu i przyczynach niekarmienia. Schauenstein: Przyczynek do kazuistyki śródbrzusznych guzów więzadła szerokiego macicy. Goldmann: Czy żelazo drogą wcierań dostaje się do ustroju ludzkiego. Pfeiffer: O nekrotycznem działaniu surowicy prawidłowej.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 18. Bassenge i Mayer: Szczepienie ochronne przeciw durowi. Hoffmann: Leczenie niedomogi sercowej. Sachs: O zbiorowem działaniu prawidłowych i wytworzonych przez uodpornienie amboceptorów w hemolizie. Radmann: Uwagi nad nagminnem zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych na Szląsku. Wallbaum: O czynnościowych zaburzeniach nerwowych u telefonistek po wypadkach, spowodowanych elektrycznością. Schaudinn i Hoffmann: O znajdowaniu się prątka krętego (*spirochaete*) w soku gruczołów chłonnych u kiłowatych.

Redakcya otrzymała. Sprawozdanie XXIII-cie Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im Dr. I. Mianowskiego za rok 1904. Biernacki: Co to jest choroba? Nitsch: 1) Doświadczenia z jadem laboratoryjnym wścieklizny. 2) Uwagi nad metodą pasteurowską zapobiegania wściekliźnie.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 18 (od dnia 30/IV do 6/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 22, dziew. 30; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 17, kob. 13; zamiejscowych: męż. 13, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 4, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 4. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 5, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 1, ob. —. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 9. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem**: miejscowych 30, obcych 26.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIV. Kraków 20 Maja 1905. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka słów w sprawie leczenia krwawnic wypadniętych i zgorzelą dotkniętych [1]).

Podał

Dr. Roman Barącz

Docent prywatny chirurgii Uniwer. lwowskiego.

Wypadnięcie i uwięźnięcie guzów krwawniczych wewnętrznych leczy się powszechnie odprowadzeniem przy wysokiem ułożeniu miednicy, ewentualnie przy użyciu miejscowego znieczulenia, a następnie poleca się choremu spokojne leżenie w łóżku przez kilka dni. Jeżeli z powodu nadzwyczajnej bolesności guzy odprowadzić się nie dadzą, stosuje się worek lodowy na okolicę odbytnicy i układa się chorego przy wysokiem ułożeniu miednicy. Jeżeli i wtedy odprowadzenie nie udaje się, rozszerza się otwór stolcowy sposobem Récamiera w uśpieniu chloroformowem, poczem z łatwością dają się guzy odprowadzić (Esmarch). Jak należy postępować przy powikłaniu wypadnięcia guzów krwawniczych zgorzelą, zdania co do odpowiedniego postępowania są podzielone. Większość atoli chirurgów przychyla się do zdania, że operacyi doszczętnej, a nawet odprowadzenia przy tem powikłaniu należy zaniechać i że należy wyczekiwać samoistnego oddzielenia się części zgorzelinowych przy użyciu środków kojących ból i przeciwgnilnych [2]). Esmarch [3]) natomiast radzi wobec zgorzeli guzów krwawniczych forsownie rozszerzyć otwór stolcowy, odprowadzić guzy i wyczekiwać samoistnego oddzielenia się części dotkniętych zgorzelą. Tylko Quenu i Hartmann [4]) w dziele swojem o chorobach odbytnicy polecają w tych przypadkach przystępowanie bezzwłoczne do zabiegu doszczętnego przez użycie żegadła (*cauterium actuale*) według metody Richeta. Autorowie angielscy, a między nimi Henry Smith i Harrison Cripps, polecają w tych przypadkach leczenie wyczekujące.

W ostatnich latach miałem sposobność spostrzegania 3 przypadków wypadnięcia guzów krwawniczych z równoczesnem uwięźnięciem i zgorzelą guzów i we wszystkich 3 zastosowałem operacyę doszczętną zapomocą powszechnie znanej, dawnej metody, wprowadzonej w Anglii przez H. Smitha, a w Niemczech przez B. Langenbecka — spalenia guzów zapomocą termokauteru Paquelina.

Myślą przewodnią tego postępowania było, że mamy tu do czynienia ze zgorzelą, wywołaną wprawdzie wstrzymaniem krążenia krwi, do którego jednak przyłącza się zawsze zakażenie miejscowe. Podobnie, jak przy zgorzeli kończyn wskazanem jest w podobnych razach odjęcie kończyny, ażeby nie dopuścić do zakażenia ogólnego, tak samo i tu przez szybkie usunięcie ogniska posocznicznego możemy zapobiedz ogólnemu zakażeniu ustroju.

Operacyę wykonywałem w sposób następujący: W głębokiem uśpieniu chloroformowem rozszerzałem odbytnicę sposobem Récamiera, przez co usuwałem uwięźnięcie, a guzy wypadały zupełnie. Każdy z guzów dotknięty zgorzelą ujmowałem w kleszcze zaciskające Smitha, o ile możności przy nasadzie, t. j. w pewnej odległości od miejsca dotkniętego zgorzelą, nożem termokauteru amputowałem najpierw część zgorzelinową, a następnie spalałem szypułę guza aż do kleszczy. Odbytnicę tamponowałem lekko gazą jodoformową, chorego pozostawiałem na płynnej dyecie i podawałem mu nalewkę makowcową w celu opóźnienia stolca aż do 6-go lub 7 dnia po operacyi, poczem ranę opatrywałem maścią z azotanem srebrowym. Postępowanie zatem nie różniło się wiele od operacyi niepowikłanych guzów krwawniczych; różnica polegała tylko w tem, że przy operacyi zwykłej spalam guzy całe aż do uciskadła przy użyciu miernego ognia, a tu usuwałem termokauterem najpierw część dotkniętą zgorzelą, a następnie spalałem resztę guza.

Użycie tylko miernego żaru termokauteru jest rzeczą ważną, gdyż strup, powstający wtedy, jest o wiele grubszy, aniżeli po nagłem spaleniu przez użycie palnika rozpalonego do białości. Jeżeliby pewna część guzów nie uległa jeszcze zgorzeli, to należałoby je spalać całkowicie.

Nadmienić tu muszę, że od przeszło 20 lat nie stosuję wcale innej metody operacyi guzów krwawniczych niepowikłanych zgorzelą i zawsze miałem po tym zabiegu bardzo dobre wyniki (nigdy nie zauważyłem ani zwężenia odbytnicy, ani krwotoków, ani też nawrotów choroby).

Przypadki moje były następujące:

1. *H. T.*, 45-letni urzędnik, cierpiał od 10 lat na guzy krwawnicze wewnętrzne z obfitymi krwotokami i nieżytem odbytnicy. Od 3 lat zauważył wypadanie guzów tych przy każdem oddawaniu stolca, przyczem zawsze dawały się one odprowadzić. Przed 3 dniami po forsownym spacerze w górach wypadły guzy ponownie i chory nie mógł ich więcej odprowadzić do odbytnicy, co spowodowało znaczny ból i 3 bezsenne noce. Chorego przywieziono do Lwowa. Wezwany dnia 26/VIII 1900 zastałem go w następującym stanie: Chory niedokrewny, ciepłota 38,5, tętno 100. Wypadnięte guzy krwawnicze przedstawiały obrzęk wielkości jaja gęsiego. Cztery guzy wielkości orzecha włoskiego dotknięte były znacznie posuniętą zgorzelą i wydzielały ciecz posokowatą, mocno cuchnącą. Choremu podano olej rącznikowy, a następnego dnia po obfitych wypróżnieniach stolcowych i przepłókaniu odbytnicy słabym roztworem lysolu, wykonałem operacyę doszczętną w głębokiem

[1]) Podług wykładu wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem dnia 21 października 1904 r.

[2]) Porównaj: Rotter: „Handbuch der praktischen Chirurgie". Tom III, część II, str. 73.

[3]) „Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters". Deutsche Chirurgie. Tom 48. str. 177.

[4]) „Chirurgie du rectum". Tom I. str. 394.

uśpieniu chloroformowem w sposób powyżej podany. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny, ciepłota ciała spadła w 2 dni po operacyi do stopnia prawidłowego. Chory czuje się obecnie zupełnie zdrowym.

II przypadek dotyczył 65-letniego mężczyzny, cierpiącego od 15 lat na guzy krwawnicze, uporczywe krwotoki i nieżyt odbytnicy. Wypadnięcie guzów miał już kilkakrotnie, mógł je atoli zawsze odprowadzić. Dnia 25/XII 1901 r. ponowne wypadnięcie, którego już odprowadzić nie mógł. Zgłosił się do mnie w 3 dni po wypadnięciu z objawami zgorzeli obwodowej. Trzy guzy krwawnicze uległy zgorzeli. Chory gorączkował, ciepłota 38,0, tętno 90. Po odpowiedniem przygotowaniu chorego wykonałem nazajutrz operacyę doszczętną w znieczuleniu miejscowem kokainą. Przebieg po operacyi był zupełnie pomyślny, ciepłota ciała opadła po kilku dniach do stopnia prawidłowego, a chory wyzdrowiał.

III przypadek dotyczył 30-letniej kobiety, będącej w 5 miesiącu ciąży, cierpiącej od kilku lat na guzy krwawnicze, które w ostatnich miesiącach znacznie krwawiły i często wypadały, jednak dawały się zawsze łatwo odprowadzić. Wezwany dnia 12 stycznia 1904 r., zastałem chorą, wijącą się w bolach, gorączkującą. Otwór stolcowy był otoczony wieńcem znacznych guzów, z których 4 uległy dość daleko posuniętej zgorzeli. Części zgorzelą dotknięte czarne, wydzielają obficie ciecz mazistą, posokowatą, mocno cuchnącą. Operacyę doszczętną w uśpieniu chloroformowem wykonałem 13/I 1904; przebieg po operacyi był zupełnie pomyślny, ciepłota ciała spadła w przeciągu kilku dni do stopnia prawidłowego; trwałe wyzdrowienie. Operacya nie spowodowała żadnych szkodliwych następstw dla ciąży.

Na podstawie doświadczenia, zrobionego w przypadkach wyżej przytoczonych, przyszedłem do następujących wniosków:

1. Wyczekiwanie samoistnego oddzielenia się części zgorzelinowych wypadniętych guzów krwawniczych jest nie tylko zupełnie zbytecznem, ale może się stać nawet niebezpiecznem, gdyż przez wessanie ustrojów chorobotwórczych z ogniska zakażonego może nastąpić ogólne zakażenie.

2. W przypadkach takich należy po odpowiedniem przygotowaniu chorego i pola operacyjnego przystępować bezzwłocznie do operacyi doszczętnej zapomocą rozszerzenia odbytnicy, założenia kleszczy zaciskowych i zwęglenia guzów termokauterem.

3. Operacya doszczętna zapomocą termokauteru powinna być w tych przypadkach operacyą wyboru, gdyż skraca znacznie leczenie, usuwa bole i ognisko zakażone, a tem samem zapobiega niebezpieczeństwu ogólnego zakażenia ustroju, a wreszcie zabezpiecza przed możliwymi następowymi krwotokami, które nieraz powstają przy oddzielaniu się części zgorzelinowych.

4. Ciąża nie powinna tu stanowić przeciwwskazania do operacyi doszczętnej; przeciwwskazania będą tu prócz zakażenia ogólnego stanowić te same sprawy chorobowe, które także wobec krwawnic niepowikłanych zgorzelą istnieją, przedewszystkiem zaś choroby nerek i serca.

II. Z zakładu higieny Uniw. Jag. pod dyrekcyą Prof. O. Bujwida.

Pogląd na naukę o wściekliźnie.

Napisał

R. Nitsch, asystent Zakładu.

(Dokończenie.)

Przechodzę w końcu do sprawy zapobiegania wściekliźnie. Opisałem już w krótkich słowach, jak Pasteur doszedł do tego. Metoda przez niego wprowadzona zachowała się dotąd prawie bez zmiany: różne zakłady szczepień ochronnych wprowadziły tylko nieznaczne modyfikacye szematu, podanego przez Pasteura. I tak w jednych zakładach szczepią tylko raz na dzień i trzymają pokąsanych 3—4 tygodni, a nawet dłużej. W innych szczepią 2 razy dziennie i trzymają chorych 10—14 dni. Jedni rozpoczynają szczepienie od rdzeni, poddanych wysychaniu przez 12 lub 10 dni, a kończą na rdzeniach 2-dniowych; inni zaczynają szczepić od rdzeni 8—10-dniowych i kończą na 1 lub 2-dniowych. Jedni używają mleczanki gęstszej, drudzy trochę rzadszej. Właściwie tylko Högyes w Budapeszcie wprowadził modyfikacyą zasadniczą, a mianowicie szczepienie zupełnie świeżymi rdzeniami, ale znacznie rozcieńczonymi. Rozpoczyna on szczepienia od rozcieńczeń 1:10000, a kończy na rozcieńczeniach 1:100 lub 1:200. Jednak metodę Högyesa stosują wyłącznie w Budapeszcie. Wreszcie w ostatnich latach spotyka się często próby otrzymania surowicy przeciw wściekliźnie i zastosowania jej w praktyce. O ile mi wiadomo, najdalej pod tym względem zaszedł Babes w Bukareszcie: w każdym razie poza okres prób leczenia to nie wyszło. Słusznie zatem powiedzieć można, że metoda zapobiegania wściekliźnie, podana przez Pasteura, zachowała się dotąd prawie bez zmiany. W przebiegu lat zaczęło jednak to przypuszczenie zyskiwać coraz więcej zwolenników, że zarazek stały (*virus fixe*) jest nieszkodliwy dla człowieka przy szczepieniu podskórnem. Wskutek tego pojawiać się zaczęły coraz śmielsze próby na ludziach w tym względzie. Ferrán szczepił świeżym rdzeniem (zdaje się jednak, że gotowanym poprzednio) kilkudziesięciu ludzi z dodatnim wynikiem. Bareggi we Włoszech szczepił również świeżym rdzeniem (nie gotowanym). Zmarło mu jednak 5 ludzi wskutek tych szczepień, poczem rząd włoski zamknął jego zakład. Okazało się potem, że Bareggi nie używał stałego zarazka *(virus fixe)*, ale zarazka jeszcze nie ustalonego, który za krótko jeszcze był królikom podoponowo szczepiony (Remlinger). Wreszcie w r. 1902 zaszczepił Wysokowicz w Kijowie kilkudziesięciu osobom ciężko pokąsanym do żyły świeży zarazek z dodatnim wynikiem.

W Zakładzie higieny w Krakowie uczyniono przed 17 miesiącami doświadczenie z zaszczepieniem człowiekowi pod skórę brzucha znacznej ilości mleczanki ze zupełnie świeżego rdzenia, pochodzącego z królika, padłego przed kilku godzinami na wściekliznę laboratoryjną. (Doświadczenie na sobie samym). I to doświadczenie potwierdziło w zupełności przypuszczenie o nieszkodliwości tego zarazka dla człowieka przy podskórnem szczepieniu. Zaczęto tedy szczepić ludzi pokąsanych energiczniej, niż dotąd, mianowicie zaczynano szczepienie od rdzeni 6-dniowych, a kończono na 1-dniowych. Teraz szczepi się jeszcze energiczniej, zaczynając od 5, a nawet 4-dniowych rdzeni i kończąc na 1-dniowych. Od czasu wprowadzenia tych szczepień wynik leczenia nieco się poprawił, jak to okazuje statystyka zakładu prof. Bujwida za ostatnie 2 lata.

W r. 1903 szczepiono osób 556, z tych zmarły 4.
„ „ 1904 „ „ 605 „ „ 4.

Z tego szczepiono w r. 1903:

Metodą dawniejszą, mniej energiczną:
osób 448, z tych zmarły 4.

Metodą wzmocnioną, przed chwilą opisaną:[4])

osób 108, z tych zmarły 0.

W r. 1904 szczepiono metodą dawniejszą, słabszą: [5])

osób 100, z tych zmarły 2 [6]).

Metodą energiczniejszą:

osób 516, z tych zmarły 2,

nadto jedna z tych 2 zmarłych osób (*K. G.* lat 65 z powiatu mieleckiego) przerwała samowolnie leczenie mimo przestróg i odjechała do domu. Kobieta ta nie była zatem szczepiona najsilniejszymi rdzeniami, które stosuje się zawsze w ostatnich dniach. Wskutek tego nie może ona też obciążać naszej statystyki. Z tą poprawką więc mieć będziemy na 515 osób, leczonych wzmocnioną metodą w r. 1904, zmarłą tylko 1 osobę (Zofię Krawcównę lat 11). Połączenie obu statystyk z r. 1903 i 1904 przedstawi się więc w taki sposób:

Metodą słabszą szczepiono:

osób 548, z tych zmarło 6.

Metodą silniejszą szczepiono:

osób 623, z tych zmarła 1.

Ściśle biorąc *K. G.* powinnaby być zaliczoną do kategoryi słabszych szczepień, coby jeszcze więcej podkreśliło tę różnicę.

Niestety w r. 1905, jakkolwiek stosujemy od początku metodę energiczną, mieliśmy już 2 wypadki śmierci. (*J. S.* zachorował, wracając z Zakładu do domu i umarł w Przemyślu, *T. B.* zmarła w Dębicy w kilka dni po opuszczeniu Zakładu). Ciekawą jest rzeczą, że wszystkie te 10 osób zmarłych od r. 1903 na wściekliznę mimo leczenia, były pokąsane w rękę. Nie zmarł zaś ani jeden pokąsany w głowę. Tłómaczymy to sobie w ten sposób, że na pokąsanych w głowę, jako najniebezpieczniej skaleczonych, zwracamy zawsze baczną uwagę i nie żałujemy dla nich obfitej ilości świeżych rdzeni. Na pokąsanych zaś w rękę nie zwraca się baczniejszej uwagi, jako na mniej niebezpieczne skaleczenia. Zwrócił mi na to uwagę kolega Klemensiewicz. Będzie to dla nas również nauką na przyszłość.

W tem stosowaniu leczenia energicznego nie jest odosobniony krakowski Zakład prof. Bujwida. W Wilnie Dr. Orłowski szczepi również znaczne ilości świeżych rdzeni, a w ostatniej swej statystyce, obejmującej 300 wypadków pokąsań przez wilki, podaje i Babes z Bukaresztu, że miał dobre wyniki tam, gdzie stosował bardzo energiczne szczepienie świeżych (1-dniowych) rdzeni.

Na pewne więc powiedzieć można, że tą drogą pójdzie dalszy postęp w sprawie zapobiegania wściekliźnie. Prawdopodobnie już za kilka lat nie będzie się więcej używać starszych rdzeni i będzie się stosować zupełnie świeże. Oczywiście przyczyni się to także do znacznego skrócenia czasu leczenia, który dzisiaj wynosi jeszcze przynajmniej 10 dni, a średnio 2—3 tygodni, a nawet 30 dni.

Na podstawie doświadczeń Orłowskiego, Babesa i naszych można również uważać za płonną tę obawę, przytaczaną przez niektórych autorów, że chociaż zarazek wścieklizny stałej jest nieszkodliwy dla człowieka, to jednak toksyna, czyli jad, wytwarzany przez ten zarazek, a znajdujący się w znacznej ilości w rdzeniu, może być niebezpieczny. I dlatego, sądzą ci autorowie, nie można będzie stosować szczepienia większej ilości świeżego rdzenia. Praktyka lat ostatnich wykazała, że była to obawa czysto teoretyczna. Już setkom osób szczepiono świeży rdzeń 2-, 1- a nawet 0-dniowy w wielkich stosunkowo ilościach bez najmniejszych powikłań.

W końcu tego szkicu należałoby zwrócić uwagę kierowników zakładów szczepień ochronnych na konieczną potrzebę robienia sekcyi każdego królika, którego rdzeń ma służyć do szczepienia ludziom. Właściwie rozumie się to samo przez się, ale z doświadczenia wiadomo, że bardzo często zaniedbuje się tego obowiązku. Kto wie, czy to zaniedbanie nie stało się przyczyną niejednej smutnej komplikacyi. Nie powinno się szczepić ludziom żadnego rdzenia, jeśli sekcya królika nie wykazała całkiem prawidłowego stanu reszty ustroju.

Dnia 31. X. 1904 r. padł w Zakładzie krakowskim królik, zaszczepiony przed 246 dniami podskórnie zarazkiem stałym. Sekcya wykazała rozległe zmiany gruźlicze w płucach, kątnicy, nerkach, jądrach, w stawach dwóch kończyn i na łopatce; mniejsze zmiany w śledzionie i w jelitach. Rdzeń i mózg nie okazywały makroskopowo żadnych zmian. Ponieważ ten królik był szczepiony przed 8 miesiącami stałym zarazkiem, pragnąłem więc przekonać się, jaki wynik da dalsze podoponowe zaszczepienie jego rdzenia. Zaszczepiłem więc kawałek rdzenia przedłużonego pod oponę 2 królikom: Jeden z nich zginął 28. XII., t. j. po 58 dniach, a sekcya wykazała bardzo znaczne zmiany gruźlicze w mózgu i na podstawie półkul (*meningitis basilaris*) [7]). Drugi królik padł dnia 4. II. 1905, t. j. po 96 dniach. Sekcya wykazała rozległe zmiany gruźlicze w płucach, śledzionie i nerkach. Mózg zaś i rdzeń przedstawiał się na oko prawidłowo. Rozpoznanie makroskopowe stwierdzone zostało w obydwóch przypadkach badaniem na prątki.

Jest to więc dowód, że nawet gruźlicę możnaby ludziom przeszczepić zapomocą rdzenia makroskopowo prawidłowego, jeżeli królik, z którego rdzeń ten pochodził, okazywał zmiany gruźlicze w innych narządach.

Prócz tego w ostatnich miesiącach stwierdziłem raz ropne zapalenie otrzewnej u królika, którego rdzeń już w kolbki zawieszono, celem szczepienia ludziom. Drugi raz sekcya wykazała stan zapalny w płucach i obfitą mętną wypocinę w jamach opłucnych. U trzeciego znowu królika wykazano ograniczony ropień w mózgu. Zauważyć należy, że wszystkie te króliki zginęły całkiem typowo po 8 dniach na wściekliznę i że rdzeń ich nie okazywał makroskopowo żadnych zmian.

A zatem dokładna sekcya królików, których rdzeń ma być szczepiony ludziom, powinna być obowiązkiem wszystkich zakładów pasterowskich.

Jeżeli teraz, dobiegłszy do końca rozprawki, rzucimy okiem wstecz, to stwierdzimy dwa główne zjawiska, w których streszcza się cały rozwój, jaki odbyła nauka o wściekliźnie w ostatnich kilku latach. Te dwa zjawiska są: odkrycie Negriego i poznanie nieszkodliwości dla człowieka zarazka stałego przy podskórnem szczepieniu. Odkrycie Negriego jest ogromnej wagi dla teoryi wścieklizny i zdoła

[4]) Od dnia 8. IX. do 31. XII. 1903.

[5]) Od dnia 1. I. do 14. III. 1904.

[6]) *M. Ch.*, lat 14 z pow. Cieszanowskiego i *J. L.*, lat 72 z pow. Miechowskiego w Królestwie.

[7]) W innych narządach zmian nie wykryto.

prawdopodobnie wkrótce oświetlić te mroki, w których pogrążona była etyologia tej choroby. Poznanie zaś nieszkodliwości zarazka stałego posiada wielkie znaczenie praktyczne i pozwoli prawdopodobnie wkrótce uratować życie wielu z tych pokąsanych, którzy przy dawnej metodzie szczepienia byliby na śmierć skazani. Być może również, że poznanie to umożliwi lekarzom szczepienie pokąsanych na miejscu, po sprowadzeniu szczepionki z zakładu.

III. Oceny i sprawozdania.

O. Heubner. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** *(I. Bd. mit 47 Abbildungen im Text u. einer Tafel.* Lipsk, nakładem J. Ambrosiusa Bartha 1903. Stron VIII + 716. Cena broszur. M. 17).

Znany pedyatra berliński, a przedtem profesor w Lipsku, czyni w tej pracy wyznanie, w jaki sposób naucza i kształci słuchaczów, a zarazem dzieli się z czytelnikiem znacznym zasobem swego obfitego doświadczenia pedyatrycznego. Myśl ogłoszenia plonu długoletniego doświadczenia i nagromadzenia bogatego materyału powziął autor jeszcze przed 14 laty, lecz różne inne zadania i zajęcia odciągnęły go od tego zamiaru tak, że dopiero w październiku 1903, w dniu uroczystego otwarcia nowej Kliniki chorób dziecięcych w Berlinie, mógł się ukazać pierwszy tom jego podręcznika. Z każdego słowa bije samodzielny pogląd doświadczonego pedyatry, klinicysty i nauczyciela, a wszystko to z jednoczesnem uwzględnieniem wyników spostrzeżeń i badań teoretycznych innych badaczy. Przy każdej niemal chorobie uwzględnione zostały w szerokiej mierze jej etyologia bakteryologiczna z ilustracyami drobnowidowego obrazu odpowiednich bakteryi. Przedstawiane są również wyniki badań krwi w różnych chorobach dziecięcych.

Wydany dotychczas tom pierwszy podzielił Heubner na sześć części, z których pierwsza jako wstęp, przedstawia rozwój i fizyologię narządów oseska, jakoteż zarys badania dzieci chorych. Przytoczę tu tylko nieco z tego, co mówi H. o ciepłocie i jej mierzeniu u dzieci. U małych dzieci, a nawet u starszych, najdokładniej mierzy się ciepłotę, a także i najszybciej, w odbytnicy. Jeśli dla jakichkolwiek powodów nie chcemy użyć tego sposobu, n. p. w niektórych chorobach jelit, należy się zawsze jeszcze pierwszeństwo pachwinie przed pachą. Ciepłomierz, posmarowany czysta oliwą lub waseliną, wprowadza się głęboko do odbytnicy, aż poza zwieracz zewnętrzny, t. j. 5—6 cm. głęboko w kierunku osi podłużnej ciała i zostawia się tam przez trzy minuty, podczas gdy w zamkniętej pasze dopiero po kwadransie osiąga się ciepłotę krwi. Po każdem mierzeniu w odbytnicy należy ciepłomierz jak najsumienniej oczyścić, a w szpitalach przyrząd ten powinien być osobny dla każdego dziecka. Ciepłota prawidłowa u dzieci waha się przy mierzeniu w odbytnicy między 36·8 a 37·8, to znaczy w czasie zwolnienia okresowego, nad ranem i przedpołudniem ciepłota nie powinna przekraczać 37·2, wieczorem zaś może dosięgnąć 37·8, nawet 37·9, nie przekraczając jeszcze normy. Przy mierzeniu w pasze należy wszelkie stopnie wziąć niżej o 0·5°. Niektóre twierdzenia nowsze, jakoby ciepłota wieczorna u dzieci, wynosząca 37·2—37·3, nie była już prawidłową, są mylne i pochodzą prawdopodobnie z mierzeń niedostatecznie i nie dość długo przeprowadzonych. Ciepłota u dzieci o wiele więcej się waha ku górze i dołowi, niż u dorosłych. U wcześniaków bardzo łatwo spada niżej normy; u noworodków zdarzają się bardzo często stany gorączkowe, którym nie towarzyszą zresztą żadne inne objawy.

Część druga książki poświęcona chorobom noworodków, w szczególności zaś opisane są w osobnych rozdziałach czaszka z szczerbami (*Lückenschädel*), zapalenie sutków, zapalenie rzeżączkowe spojówek u noworodków. Dokładnie opisane są choroby pępka i wogóle cały podręcznik jest dobrze ułożony, gdyż każda choroba została przedstawioną w osobnym rozdziale. Z chorób noworodków wspomnieć jeszcze należy o ostrem zwyrodnieniu tłuszczowem, czyli chorobie Buhla, rzadkiej i zresztą jeszcze nie dokładnie zbadanej zmianie, jakoteż o rzadkiej chorobie Winkla, nie mającej dotychczas ważnego znaczenia praktycznego, a której głównym objawem w przypadkach opisanych jest rozpad ciałek czerwonych krwi.

Część trzecia zajmuje się chorobami osesków; ważną część tego rozdziału zajmują choroby narządu trawiennego i drgawki, a pomiędzy pierwszemi osobno omawiane są zaburzenia czynności trawiennych dzieci, karmionych piersią, jakoteż wrodzone zwężenie odźwiernika osesków. Do opisu drgawek dołączył autor obraz kurczu głośni i tężyczkę małych dzieci; krótkie historye chorób ułatwiają lepsze zrozumienie treści. Jako osobną chorobę omówił autor „zapalenie ropne wielu błon surowiczych *(polyserositis purulenta)*“. Przyczyną tego zapalenia ropnego jest zazwyczaj dwoinka zapalenia płuc, dlatego wydaje się prawdopodobnem, że mamy w tych przypadkach do czynienia z zakażeniem, wychodzącem z płuc. Choroba ta zresztą nie ogranicza się, jak się zdaje, do samych osesków.

Część czwarta, najobszerniejsza w tym tomie, zawiera ostre choroby zakaźne. Omawiane są tu: ospa i szczepienie ochronne krowianką; dokładnie są opisane różne powikłania błonicy i zestawione w osobnych działach. W leczeniu duru brzusznego H. oddaje pierwsze miejsce leczeniu wodą, lecz nie kąpielom zimnym, a tylko ciepłym na 32—35° C., trwającym 5—10 minut i połączonym z zimnemi zlewaniami 1—$1^1/_2$ l. wody na 6—12° C. Celem kąpieli i zlewań nie jest obniżenie gorączki, lecz stan durowy i objawy nerwowe. Prócz tego autor stosuje często zmieniane okłady, pokrywające przednią część tułowia, od szyi do ud. W celu zwalczania wysokiej gorączki podaje H. podczas zwolnienia rannego wielkie dawki chininy 0·3—0·6. W jednym rozdziale uwzględnił autor także mór, w którym rokowanie u dzieci zdaje się być wogóle nieco lepszem. Dla zupełności powinien był także i dur osutkowy opisać, zdarzający się bądź co bądź u dzieci starszych i mający u nas większą ważność, niż mór. Jako choroby zakaźne opisane są w dalszym ciągu: ostry gościec stawowy, pląsawica zwykła *(ch. minor)*, nagminne zapalenie opon mózgowych i ślinianki przyusznej, róża, grypa, krztusiec i zimnica. Co do ostrego gośćca stawowego, to nie sądzę, ażeby był on w pierwszych latach życia tak bardzo rzadkim, jak twierdzi Heubner. Za najprawdopodobniejszą przyczynę krztuśca uznaje H. prątki małe, podobne do prątków grypy, które Czaplewski z Królewca opisał w r. 1897. Wrażliwość na krztusiec istnieje już bardzo wcześnie i H. widział zakażenia tą chorobą, występujące wkrótce po urodzeniu.

Wypada jeszcze wymienić kilka zdań z opisu grypy u dzieci.

Choroba ta przebiega u dzieci najczęściej w postaci jednodniowej wysokiej gorączki, a bole tak ważne zajmują tu miejsce, że osesek w grypie bardzo często płacze, a szczególnie jest bardzo niespokojny w nocy. Lecz te gwałtowne objawy podmiotowe i gorączka szybko ustępują i wychodzą na jaw wyraźne zaburzenia w narządzie oddechowym, t. j. ostry nieżyt nosa i oskrzeli. Właściwem dla grypy dziecięcej jest częste przejście nieżytu na jamę bębenkową, przyczem błona bębenkowa ulega zawsze zapaleniu krwotocznemu. Powikłanie to u oseska jest tak częste, że można je prawie uznać za znamienne. Dlatego w każdym przypadku niewyraźnej gorączki u osesków należy zbadać błonę bębenkową i ewentualnie ją nakłuć. Nieraz w grypie dzieci występuje niezwykła i ciężka do przezwyciężenia śpiączka, stan prawie letargiczny, utrzymujący się przez kilka dni, który jednak kończy się dobrze, a Heubner zaleca wtedy ciepłe kąpiele z zimnemi zlewaniami.

Część piątą dzieła swego poświęcił Heubner prze-

wlekłym chorobom zakaźnym, t. j. gruźlicy, zołzom i kile wrodzonej. H. sądzi, że pojęcie zołzów pokrywa się z pojęciem gruźlicy, mimo to jednak uważa za stosowne zatrzymanie wyrazu zołzy, gdyż oznacza on rzeczywiście właściwą wiekowi dziecięcemu postać gruźlicy, która dość często przybiera niespostrzeżenie inne formy przebiegu, lecz dla swej nadzwyczajnej częstości zasługuje na szczególne wyodrębnienie. Płuca i u dzieci są najczęstszemi wrotami wtargnięcia prątka gruźliczego, rzadziej natomiast jelita, które prawie zawsze ulegają zakażeniu następowemu, powstałemu z połykanych plwocin. Nie ulega jednak wątpliwości, że zdarzają się i pierwotne zakażenia jelit. Przy żywieniu dzieci gruźliczych i zołzowych baczyć należy na przysparzanie im pokarmów dobrze strawnych o wysokiej wartości pożywnej, przyczem tłuszcze i węglowodany wielką powinny odgrywać rolę. Dlatego H. nie uważa za stosowne, by zołzowym zalecać dyetę przeważnie białkową, gdyż przeciwnie mięso i jaja są lepiej wyzyskane, jeśli są spożyte równocześnie i obficie z węglowodanami, a więc bułką, ziemniakami i innemi mącznemi leguminami. Jarzyny zielone, owoce, miód i t. p. przysparzają znowu ustrojowi cukru i soli organicznych. Tłuszcz podaje się pod postacią mleka, dobrego i świeżego masła, śmietany i tranu. W sferach mniej zamożnych podajemy z ciał białkowatych ser słodki (twaróg), a tłuszcz w postaci słoniny, kiełbasy i t. d., znów w połączeniu z chlebem, ziemniakami, sałatą, kwaśnymi ogórkami i t. p. Prócz hartowania zaleca się tym osobnikom pobyt nad morzem lub w górach i kąpiele solankowe. Gdzie zaś kąpiele solankowe nie są wykonalne, albo jeśli istnieje obawa przed zbyt silnie drażniącym ich skutkiem, można w podobnym celu polecać wcierania mydła szarego według Kapessera. W gruźlicy gruczołów chłonnych należy je wyłuszczać jedynie tylko w razie tak znacznego przerostu jednego lub kilku gruczołów, że powodują one oszpecenie lub inne niedogodności, gdyż Hagenbach spostrzegał kilkakrotnie po wyłuszczeniu gruczołów zołzowych wystąpienie gruźliczego zapalenia opon mózgowych, a zdarza się także, że po wyłuszczeniu gruczołów powstają świeże ich obrzęki na tej samej lub przeciwnej stronie szyi. Oczywiście, że gdzie nastąpiło zropienie gruczołów, należy je niebawem i szeroko przecinać.

Część szósta obejmuje choroby wzrostu, krzywicę i chorobę Barlowa. Tom ten zakończa wykaz nazwisk i alfabetyczny spis rzeczy. Prócz licznych ilustracyi książka odznacza się wybornym drukiem i dobrym papierem. Mimowoli nasuwa się czytelnikowi tego podręcznika Heubnera porównanie go z rozpowszechnioną książką Henocha, uchodzącą dotychczas niemal za najlepszy podręcznik chorób dziecięcych. Czy Heubner swą książką przewyższył Henocha? Stanowczo nie! Prawda, że podręcznik Heubnera odpowiada więcej wynikom najnowszych badań naukowych, że uwzględnia w zupełności bakteryologię i hematologię, że podział chorób jest więcej szczegółowy i że omawia wreszcie liczne choroby, których niema w książce Henocha (ospa, grypa, mór i inne rzadsze choroby); lecz styl Henocha jest żywy i potoczysty, czyta się gładko i przyjemnie i właśnie dla tego żywego i barwnego przedstawienia rzeczy czytelnik wiele więcej zatrzyma w pamięci. Styl Heubnera jest sucho-naukowy i niezawsze celuje nadzwyczajną poprawnością języka. Książka Heubnera w całości będzie też o wiele droższa i obszerniejsza, niż książka Henocha, gdyż w tomie drugim mają się jeszcze ukazać choroby jamy ustnej i dróg oddechowych, choroby mózgu, rdzenia i nerwice, choroby serca i naczyń, narządów moczowo-płciowych, narządów trawiennych w późniejszym wieku dziecięcym, wreszcie choroby skóry.

Dr. J. Fels.

V. Wyciągi.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. A. Stein. **O porażeniu nerwu twarzowego i podjęzykowego po porodzie odbytym siłami przyrody.** (*Zentralblatt f. Gyn.*, 1885, Nr. 1895, Nr. 11). Osoba młoda, krzywicza, której miednica jednak nie okazywała innych zboczeń oprócz nieznacznego zgrubienia na tylnej ścianie spojenia łonowego, urodziła po 21 godzinach płód donoszony, ważący 2500 grm., w położeniu czaszkowem I. Płód ten okazywał objawy porażenia nerwu twarzowego i podjęzykowego lewego, a w okolicy lewego wyrostka sutkowego obrzęk ciastowaty wielkości czereśni. Po 8 dniach objawy porażenia nerwu twarzowego ustąpiły, a po 13 także podjęzykowego. W piśmiennictwie znalazł S. tylko 2 przypadki, podobne do opisanego. Jako przyczynę porażenia nerwu w czasie porodu wogóle uważać można silny ucisk na pień jego, obrzęk lub krwiak dokoła nerwu. W swoim przypadku tłómaczy S. porażenie uciskiem pni nerwowych przez krwiaki, z których jeden widoczny był ponad wyrostkiem sutkowym lewym i ustąpił po 8 dniach, drugi zaś musiał leżeć na podstawie czaszki, uciskając jedynie na pień nerwu podjęzykowego, którego porażenie ustąpiło później, po 13 dniach. Ponieważ strona porażona, lewa, przesuwała się w czasie porodu koło wzgórka wcale nie sterczącego, a poród nie trwał zbyt długo, więc S. skłonny jest uważać za bezpośrednią przyczynę powstania obu krwiaków ucisk, wywarty ze strony lewego ramienia kości łonowej na lewą połowę twarzy podczas podpierania międzykrocza, które trwało około kwadransa.

B. Wojciechowski.

L. Gigli. **Cięcie łonowe jest operacyą chirurgicznie niepoprawną.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 11). Pouczający artykuł polemiczny, wywołany świeżem wystąpieniem P. Zweifla w obronie cięcia łonowego. Z. dowodzi, że rana chrząstki równie dobrze się goi, jak rana kości, jeśli tylko przestrzega się bezgnilnego postępowania i z tego powodu uważa za rzecz prostszą i wygodniejszą otwarcie spojenia łonowego, niż przepiłowanie kości obok spojenia. G. zwraca uwagę na fałszywy punkt widzenia swego przeciwnika, gdyż aczkolwiek każdy na możność zgojenia się chrząstki zgodzić się musi, jednak w tym przypadku nie chodzi wcale o przecięcie chrząstki, lecz o otwarcie rozmyślne zdrowego stawu. Jeżeli się doda, że, jak to sam Z. przyznaje, przeprowadzenie postępowania bezgnilnego napotyka przy cięciu łonowem na dwie trudności, że w tych warunkach zawsze lepiej przebiegają rany kości, aniżeli chrząstki, a tembardziej zabiegi, połączone z otwarciem stawu, to wyższość operacyi Gigliego, pubotomii, staje się odrazu zrozumiałą. Wprawdzie poprawiła się dziś znacznie statystyka symfyseotomii w porównaniu z erą przedantyseptyczną, lecz wyniki te są o wiele gorsze od dotychczasowych wyników po operacyi Gigliego (60 przypadków wygojonych przez rychłozrost) i niema uzasadnionej czemkolwiek nadziei, aby na przyszłość im dorównały.

B. Wojciechowski.

Puppe. **O poronieniu zbrodniczem.** (*Mon. f. Geburtsh. und Gynäk.* Bd. XXI, H. 3, 1905). Opierając się na 28 przypadkach poronienia, w których autor zmuszonym był interweniować jako znawca sądowy, roztrząsa on w niniejszej publikacyi swoje spostrzeżenia. Pomiędzy spędzaczami płodu, którzy najczęściej rekrutują się z położnych i skazańców, wyróżnić można dwie grupy: zawodowych spędzaczy i okolicznościowych. Pierwsi używają do wywoływania sztucznego poronienia najczęściej środków zewnętrznych, mechanicznych, jak przekłucie pęcherza płodowego, wstrzykiwania płynu do pochwy i macicy — drudzy środków wewnętrznych, jak aloës, octan ołowiowy, napar z jałowca sawiny, szafran sproszkowany, krople cynamonowe i t. d. Do przekłucia pęcherza płodowego najczęściej używają cewników, jakkolwiek znane są przypadki, gdzie używano kawałków drzewa, owiniętych w płótno. Do wstrzykiwań natomiast używają strzykawek cynowych z odpowiedniemi nasadami kauczukowemi giętkiemi do wprowadzenia do ujścia zewnętrznego, dalej balonów gumowych, irygatorów. Zazwyczaj wszystkie te czynności, a zwłaszcza wstrzykiwania, robione są na osobie siedzącej, najczęściej na 2 rozstawionych krzesłach, by dostęp do części rodnych był lepszym, osoba natomiast spędzająca płód klęczy. Po wstrzyknięciu płynu, o ile tenże dostał się między jajo płodowe a ścianę macicy, występowało tejże samej nocy lub też następnego dnia krwawienie, a wkrótce potem wydalenie jaja płodowego; w jednym tylko przypadku jajo płodowe odeszło dopiero 6 dnia. Z pomiędzy tych 28 przypadków, 3 skończyły się niepomyślnie — dwa śmiercią (z tych jeden tuż zaraz po wstrzyknięciu płynu — zator powietrzny), jeden przewlekłem zakażeniem połogowem. Nierzadko zawodowi spędzacze płodu łączą podobne wstrzykiwania równocześnie z innymi zabiegami, jak gorące kąpiele nasiadowe, gorące kąpiele na nogi i mięsienie kiszki stolcowej.

Dr. Cetnarowski.

Dr. Fleischmann. **Przyczynek do sprawy samowyleczenia nabłoniaka kosmkowego.** (*Mon. f. Geburtsh. und Gynäk.* Bd. XXI, H. 3, 1905). Autor opisuje wyleczenie przypadku

nabłoniaka, mimo, że nowotwór nie został w całości usuniętym, a to z powodu, że przy skrobaniu macicy przyszło do przedarcia ściany w miejscu usadowienia nacieku nowotworowego. Chora, ciesząc się w międzyczasie zupełnem zdrowiem, zastępuje w dwa lata po skrobance. Siedem tygodni przed końcem ciąży poród bliźniaczy; a ponieważ popłód mimo rozmaitych zabiegów odejść nie chciał, dostaje się znowu w ręce autora, a ten miał sposobność przy oddzielaniu łożyska obmacać całe wnętrze macicy i przekonać się, że rzeczywiście w tem miejscu, gdzie swego czasu nastąpiło przedarcie, znajduje się zagłębienie w ścianie macicy, pokryte od zewnątrz tylko blaszką otrzewnej, z nacieku zaś nowotworowego natomiast ani śladu. Autor, przytaczając jeszcze 10 innych przypadków z piśmiennictwa, w których również przyszło do wyleczenia po niezupełnym zabiegu, zastanawia się nad tem, jak sobie to należy tłómaczyć. Tłómaczenie Greina, że w każdym z tych przypadków nowotwór został w zupełności usunięty, nie przemawia mu do przekonania — zwłaszcza gdy spogląda na swój własny przypadek; również nie może się zgodzić na tłómaczenie Velitsa, że w tych przypadkach miało się do czynienia z samymi dobrotliwymi nowotworami, bo według tych cech mikroskopowych, jakie charakteryzują złośliwego nabłoniaka, nowotwór przypadku Hörmanna posiadał je w zupełności. Najwięcej jeszcze tłómaczyłoby mu twierdzenie Schmaucha, Scholtena, Veita, że ustrój matki wśród pewnych, a nam bliżej nieznanych warunków jest w stanie wytwarzać pewne substancye ochronne, np. „syncytiolysinę, która jest w stanie rozpuszczać pierwiastki nowotworowe. *Dr. Cetnarowski.*

Küstner. **Przyczynek do wskazań i sposobu sztucznego czynienia kobiety bezpłodną.** (*Mon. f. Geburtsh. und Gynäk.* Bd. XXI, H. 3, 1905). Sztuczne ubezpłodnienie kobiety powinno mieć miejsce tylko wtedy, jeżeli jest prawdziwie ważne wskazanie i jeżeli uzyskało się pod tym względem zgodę, tak ze strony kobiety, jakoteż jej męża. Do wskazań bezwzględnych należy zaliczyć zupełne ścieśnienie miednicy, gruźlicę płuc, przewlekłe zapalenie nerek i zabiegi operacyjne, po których zastąpienie byłoby połączone z niebezpieczeństwem dla matki. By wynik tego zabiegu był zupełnym, winno się zawsze wycinać, obydwie trąbki w całej ich długości, prócz tego wyciąć jeszcze klinowato w macicy część śródścienną trąbki, ranę w macicy dokładnie zaszyć i ewentualnie pokryć jeszcze plastycznie. Zabieg winno się zawsze robić, o ile to jest możliwem, przez otwarcie jamy brzusznej, gdyż tylko w ten sposób można robić łatwo, dobrze i czysto. Do takich wniosków dochodzi Küstner na podstawie własnych spostrzeżeń w tym kierunku i w tym celu przytacza dwa przypadki, gdzie skutkiem umocowanego tyłozgięcia macicy i z powodu niezgodzenia się chorej na zabieg od góry, musiał przystąpić do przyszycia macicy do pochwy (*vaginaefixatio*), operacya zaś ta, jako taka, stanowi według niego wskazanie do ubezpłodnienia kobiety. Mimo podwiązania obustronnego trąbek i częściowego wycięcia ich w odcinku przymacicznym, mimo pokrycia, otrzewną ujścia macicznego trąbek, mógł stwierdzić w obu przypadkach po pewnym czasie ciążę maciczną. Przyjście jej do skutku tłómaczy sobie Küstner w ten sposób, że z jednej strony po rozpuszczeniu się podwiązki, otwór w trąbce znowu stał się drożnym — z drugiej strony szwy, założone powierzchownie na otrzewnę na rogu macicy, musiały poprzecinać, popuszczać, a temsamem otworzyć na nowo ujście maciczne tak, że nic nie stało na przeszkodzie do zapłodnienia, jeżeli się weźmie jeszcze w rachubę możność przenoszenia się jaja po otrzewnej. *Dr. Cetnarowski.*

Dr. Lovrich. **O wydobyciu płodu sposobem Muellera.** (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* Band XXI, H. 3, 1905). Z pomiędzy fizyologicznych położeń płodu, położenie pośladkowe zewzględu na wysoką śmiertelność płodów jest jednem z najniekorzystniejszych. Śmiertelność ta spowodowaną jest zazwyczaj z jednej strony przewlekającem się rodzeniem barków, jak również trudnem wytaczaniem się główki, z drugiej strony przyczyna tkwi w zaburzeniach krążenia łożyskowego, które ma miejsce z powodu nagłego zmniejszenia się macicy po wydaleniu pośladków i grzbietu płodu. Z tymi niekorzystnymi czynnikami każdy, kto przystępuje do ręcznego wydobycia płodu, liczyć się musi i swoje starania wytężyć w tym kierunku, by im wedle sił i możności przeciwdziałać. Jednym z ważnych czynników, przeciągających wydobycie płodu, a tem samem przyczyniających się do jego obumarcia, jest trudność w urodzeniu barków i wysunięciu się rączek ku górze. Według autora, który w tym przypadku opiera się na bardzo poważnym materyale, bo aż 237 przypadkach wydobycia płodu, najodpowiedniejszym sposobem do urodzenia barków i rączek ma być sposób, podany przez Muellera. Wydobycie barków i rączek sposobem Muellera odbywa się jak następuje: ściąga się tułów dziecka, zwróconego linią pachową ku wykonującemu zabieg, silnie ku dołowi, by ściągnąć przednią łopatkę do próżni miednicy, a stąd pod spojenie łonowe, następnie ciągnąc, podnosi się płód tak długo ku górze, aż i tylna łopatka zstąpi do próżni miednicy. — Z chwilą kiedy to nastąpiło, obniża się płód znowu ku dołowi, ciągnąc równocześnie tak długo, dopóki nie urodzi się przednia łopatka. Po urodzeniu się przedniej łopatki dalsze wytoczenie barków nie natrafia na większe trudności, albowiem następowo nie wstawia się już wymiar „biakromialny", natomiast tylko „kolloakromialny". — W ten sposób, wykonując wahadłowe ruchy płodem, można wytoczyć i odwinięte rączki ku górze. W każdym razie, gdyby nawet tym sposobem nie udało się wytoczyć odwiniętych ku górze rączek, natrafia się przy uwolnieniu na lepsze warunki, gdyż po urodzeniu przedniej łopatki dostęp do rączek jest łatwiejszy. Przeglądając zestawiony przez siebie materyał, dochodzi autor do następujących wniosków: Wydobycie barków i rączek sposobem Muellera trwa krócej, niż dawniejszym sposobem Magnusa, a tem samem mniej naraża dziecko na duszenie się, względnie śmierć. Ze względu na to, że przy tym sposobie w razie wywinięcia rączek często nie potrzeba ich osobno uwalniać, a więc nie potrzeba wprowadzać ręki do pochwy, tem samem chroni się po części matkę przed zakażeniem. Obrażenia tak płodów jak i matki przy tym sposobie są znacznie rzadsze i mniejsze. *Dr. Cetnarowski.*

Dr. Falk. **Najnowsze kierunki w dyetetyce połogu.** (*Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*, 1905, Nr. 385). Falk w niniejszej rozprawce daje nam obraz i ocenę krytyczną najnowszych kierunków w dyetetyce połogu, przechodząc po kolei od chwili rozwiązania kobiety. Obecnie przeważa kierunek, propagowany przez Bumma, Stratza i samego autora, by tuż zaraz po porodzie w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z chudemi i wiotkiemi powłokami brzusznemi, lub też z bardzo tłustemi, dawać opaskę na brzuch, by nie dopuścić do rozstępu mięśni. Z chwilą kiedy położnica opuszcza łóżko, w każdym przypadku dostać powinna opaskę; czas noszenia opaski jest rozmaitym; w każdym razie winna ją nosić przeciętnie przez 6 tygodni. Celem wzmocnienia powłók brzusznych Wild, Asch i inni polecają ćwiczenia, które położnica, począwszy od 12 dnia połogu rano i wieczór wykonywać powinna 3 do 10 razy dziennie. Ćwiczenia te polegają na powolnem podnoszeniu głowy i górnej części ciała i opuszczaniu takowych. Gellhorn, Falk, polecają prócz tego, począwszy od 3—5 dnia połogu, t. zw. taniec egipski brzucha, polegający na powolnem kurczeniu i zwiotczaniu poszczególnych mięśni brzucha. Co się tyczy metod, zdążających do wzmocnienia rozszerzonego przez poród międzykrocza, jak również ściągnięcia się pochwy, — to tutaj można zanotować sposób, podany przez Thure Brandta, t. zw. „Knippningarna", polegający na tem, że położnica, począwszy od 4—5 dnia, uniósłszy nieco kolana ku górze, — wykonywa skurcz mięśniami międzykrocza — jak gdyby chciała powstrzymać oddanie moczu i stolca. W ten sposób ćwiczy położnica rano i wieczór 1—10 razy przez szereg tygodni. Celem ściągnięcia się pochwy, używają przestrzykiwań pochwy silnie rozcieńczonym płynem Lugola (25° C). Co się tyczy żywienia położnicy, to zauważyć się daje, że sposób żywienia przez pierwszych parę dni samymi płynami, powoli ale skutecznie zostaje wypieranym. Jedni podają mięso odrazu już pierwszego dnia, — inni, jak n. p. Winckel, dopiero 4-go dnia, ale w każdym razie już pierwszego dnia jaja, bułki — i to w dość obfitej ilości. Jakość pokarmu wpływa w wysokim stopniu na ilościową, a do pewnego stopnia i jakościową wydatność mleka, a w tym kierunku przeprowadzone doświadczenia wykazały, że obfite mieszane pożywienie daje najlepsze wyniki. Co się tyczy sposobów, zdążających do zapobiegania zapaleniu gruczołu sutkowego, to każda prawie klinika, każdy podręcznik, innym hołduje przepisom. — Jedni polecają na cały czas połogu trzymanie na piersiach stałego okładu z 4% roczynem kwasu borowego, inni — dwukrotne dziennie przemywania wodą gorącą i 60% alkoholem, — inni doradzają podobne przemywania tuż przed, jakoteż po karmieniu, — oraz czyszczenie ust noworodka kwasem borowym przed każdem karmieniem — i mycie rąk przez położnicę przed każdem karmieniem i t. d. Co się tyczy czyszczenia u położnic, to używają najczęściej letniej przegotowanej wody i 1% ciepłego lysolu. Podkłady i wata winny być jak najczęściej zmieniane. Ciepłota ma być mierzoną częściej, aniżeli 2 razy dziennie, gdyż w ten sposób można łatwo przeoczyć dziennie *maximum* ciepłoty. Kiedy położnica może wstać z łóżka? Na to większość położników (Olshausen, Schatz, Schauta, Ahlfeld, Fehling) zgadza się, że średnio między 12 a 14 dniem, mimo, że nie brak głosów przeciwnych (Küstner, Döderlein, Giglio), którzy dają znacznie wcześniejszy termin, bo przy porodach prawidłowych u osób zdrowych już 5-ty dzień. Co się tyczy ułożenia na bok, to jedni pozwalają już w 2-gim dniu (Fehling), inni dopiero w 5-ym. Co się tyczy samego Falka, to ten trzyma położnicę 17—20 dni w łóżku, pozwala wstać dopiero wtedy, gdy przez 3 dni odchody nie mają najmniejszej domieszki krwawej. *Dr. Cetnarowski.*

PEDYATRYA. Hochsinger. **Uwagi nad dyszeniem pochodzenia grasiczego u dzieci.** (*Revue mens. des mal. d'enf.* 1905, III). Autor zwraca uwagę — w odniesieniu do spostrzeżenia Marfana (p. ref. „Przegl. lek.“ Nr 12) — na swą monografię z r. 1904, w której zebrał 26 przypadków przerostu grasicy; z tych 20 przedstawiało obraz dyszenia wrodzonego. Do wykazania przerostu posługiwał się autor w pierwszym rzędzie radiografią. *Lewkowicz.*

Auché i Campana. **Stan zwieraczy w chorobie Littlea** (*także*). Dwa przypadki choroby Littlea (kurczowe porażenie dziecięce pochodzenia mózgowego), niepowikłane wybitniejszem niedołęstwem umysłowem, mimoto z niemożnością zatrzymania moczu i kału. *Lewkowicz.*

Escherich. **Podstawy i cele nowożytnej pedyatryi.** (*Wykład na Zjeździe w St. Louis i Jahrb. f. Kinderh.* T. 61, luty, 1905). Po rzucie oka na rozwój pedyatryi i przeglądzie stosowanych w tej nauce nowszych sposobów badania, przystępuje autor do próby sformułowania ogólnych poglądów i praw dla rozwoju dziecięcego ustroju i ich stosunku do powstawania dziecięcych chorób. Wbrew dość ogólnie przyjętemu zapatrywaniu, według którego największa energia życiowa spadałaby się ze szczytem rozwoju czynnościowego w średnim wieku życia, przyjmuje autor, że potencyał życiowy (tj. zdolność każdego tworu żyjącego utrzymania się w swej odrębności zapomocą przyswajania i przeróbki energii) jest najwyższym w zapłodnionej komórce, a następnie zużywa się w ciągu życia częściowo na wzrost ustroju, częściowo na utrzymanie życia (1-sze prawo wzrostu). Popiera to zapatrywanie okoliczność, że natężenie spraw przemiany materyi, obliczone na jednostkę masy ciała, jest tem większe, im mniejszy, temsamem im młodszym jest ustrój. Na to samo wskazuje szybkość wzrostu. Chorobowość i śmiertelność jest w dzieciństwie znaczna, gdyż narządy nie są jeszcze rozwinięte i czynnościowy rozwój każdego poszczególnego narządu odbywa się, jeżeli za miarą weźmiemy bezwzględną wysokość jego sprawności, w wieku dziecięcym w linii wstępującej, która jednak dla każdego narządu ma osobny przebieg, naogół bardziej stromy, niż krzywa wzrostu (długości ciała). (2-gie prawo wzrostu). Wzrost poszczególnych narządów odbywa się nierównocześnie i ze zmieniającem się nasileniem, niejako pchnięciami, a następstwo zależne jest od większego lub mniejszego znaczenia rozwijających się narządów dla utrzymania, względnie ochrony dziecięcego życia (3-cie prawo wzrostu).

Autor przechodzi poszczególne fazy wieku dziecięcego i cechujący je rozwój pewnych systemów narządowych: I. Niemowlęctwo (*infantia*), dzielące się na: 1) okres noworodka (1 tydzień życia, przystosowanie się do życia pozamacicznego); 2) okres oseska (1-szy rok życia, wyłączne pożywienie mleczne, silny przyrost ciała, szybki rozwój mózgu); 3) okres zębowania mlecznego (2—5 rok życia, rozwój kośćca, wyuczenie się mowy i chodu). II. Właściwy wiek dziecięcy (*pueritia*), od 6 roku życia: kształcenie mięśni, wzmaganie się czynnościowej wydatności, a wolniejszy wzrost. III. Pokwitanie (*pubertas*) u chłopców od 16-go, u dziewcząt od 13-go roku życia. Powstanie popędu płciowego, rozwój drugorzędnych cech płciowych, u dziewcząt pojawienie się miesiączki. Każdy z tych okresów ma osobną, do pewnego stopnia, patalogię, którą autor szybko przebiega, wymaga odrębnej opieki, osobnych starań zapobiegawczych, wreszcie, w razie pojawienia się chorób, zastosowanego do wieku leczenia. *Lewkowicz.*

Weyl. **Przyczynek do znajomości meningokoka wewnątrzkomórkowego** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, luty, 1905). Autor potwierdza zdanie Heubnera, że meningokok, wyhodowany w różnym czasie z tego samego przypadku, może się co do barwienia sposobem Grama zachowywać rozmaicie, co więcej, że te same hodowle mogą początkowo odbarwić się, a przy dalszem hodowaniu nie odbarwiać się. Zastrzykując kilkakrotnie tej samej kozie meningokoki odbarwiające się do opon zapomocą odwróconego nakłucia lędźwiowego, otrzymał autor zapalenie opon z ciężkimi objawami ogólnymi, chodziło jednak więcej o działanie jadów, niż o zakażenie, gdyż meningokoki szybko z worka oponowego znikały. *Lewkowicz.*

Hippius. **Badania biologiczne nad pasteryzowaniem mleka.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, luty, 1905). W ostatnich czasach zaznacza się dążenie, żeby mleku, używanemu do żywienia osesków, zachować rodzime własności mleka surowego. Równocześnie jednak zachodzi konieczność wyjałowienia mleka w stopniu praktycznie dostatecznym, a to przedewszystkiem ze względu na możliwość zachowania się w niem prątka gruźliczego. Autor sądzi, że oba cele dają się bardzo dobrze osiągnąć przez zastosowanie pasteryzowania przez $^1/_2$—1 godziny i przy ciepłocie nie przekraczającej granic między 60 — 65° C. Prątki gruźlicze na pewno zostają zabite, jeżeli tylko nie utworzy się na powierzchni błonka, dająca im osłonkę białkową, błonka zaś nie tworzy się przy zwykłem wyjaławianiu flaszkowem. Co się tyczy własności mleka wytwarzania u zwierząt przy stosowaniu podskórnem swoistej surowicy strącającej („laktoserum“), to ta i przez gotowanie nie ulega zmianie. Siła bakteryobójcza mleka, nawet po długotrwałem ogrzaniu do 60—65° jest jeszcze bardzo znaczną, po krótkotrwałem ogrzaniu do 85° zmniejsza się znacznie, choć nie znika. Zaczyn utleniający, oksydaza, ulega zniszczeniu przy 76°, pozostaje zaś czynnym nawet po dłuższem ogrzewaniu przy 60—65°. Zaczyn rozszczepiający tłuszcze, lipaza, wytrzymuje posteryzowanie między 60—63°, przez ogrzanie mleka do 64° staje się nieczynnym. Zaczyn, rozszczepiający salol, nie wytrzymuje ciepłot pasteryzacyjnych. Zaczyny rozpuszczające białko (proteolityczne) pozostają czynne w mleku pasteryzowanem, a ulegają zniszczeniu dopiero przy gotowaniu. Zaczyn amylolityczny (diastaza) mleka kobiecego opiera się działaniu ciepłoty między 60—65°, niszczeje jednak przy 75.

Najkorzystniejsze byłoby pasteryzowanie przy 60—62° przez godzinę, mniej korzystne przy 63—65% przez $^1/_2$ godziny. Pasteryzowanie takie daje się przeprowadzić w gospodarstwie domowem łatwo, jeżeli wysokość ciepłoty kontroluje się termometrem; trudniej przy pasteryzowaniu w mleczarniach. *Lewkowicz.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Prof. Posner i dr. Rapaport. **Wydzielina gruczołu krokowego a stan jego zapalny.** (*Deutsche med. Wochens.*, 1905, 13). Autorowie w swej pracy usiłowali wykazać, w jaki sposób i gdzie w gruczole krokowym tworzą się kulki (ziarna gruczołu krokowego) lecytynowe i dlaczego w razie stanu zapalnego brak ich jest w wydzielinie gruczołowej lub zmniejsza się ich ilość. Na podstawie licznych badań histologicznych przekonali się, że w wytwarzaniu kulek lecytynowych bierze udział przybłonek gruczołowy, że proces ten odbywa się tak samo, jak w gruczole sutkowym przy wytwarzaniu kulek tłuszczowych, i że błędnem było dotychczasowe zapatrywanie, jakoby kulki lecytynowe powstawały dopiero w przewodach gruczołowych przy rozpadzie złuszczonych komórek, gdyż wytwarzanie kulek lecytynowych jest czynnością żywotną komórek gruczołowych i odbywa się w samych komórkach. Przy stanach zapalnych gruczołu krokowego ciałka białe, nagromadzone w przewodach gruczołowych, pochłaniają wytworzone już kulki lecytynowe, które zapomocą odpowiedniego barwienia można w wydzielinie wykazać wewnątrz ciałek białych. W wielu zaś przypadkach stanów zapalnych gruczołu krokowego zastój wydzieliny, spowodowany osłabieniem mięśni gruczołowych, głównie przyczynia się do podtrzymania sprawy chorobowej i dlatego w tych przypadkach wskazane są zabiegi takie (n. p. mięsienie, elektryzowanie), które wpływają mechanicznie na sam gruczoł krokowy, wzmagając jego czynność wydzielniczą. *Stopczański.*

Stegmann. **Kosmetyczne leczenie blizn poospowych wstrzykiwaniami waseliny.** (*Wiener klinische Wochenschrift*, 13, 1905). W przypadkach blizn wciągniętych, pozostałych po ospie na twarzy, cień, padający od brzegów blizny, czyni ją więcej wyraźną i szpecącą. Aby temu zapobiedz, Stegmann zastrzyknął u swego chorego wazelinę według sposobu Gersunego, wskutek czego, wyrównywując wciągnięcie, usunął cień, padający od brzegów blizn, co tak zmniejszyło wyrazistość zarysów tych blizn, że tylko z małej odległości można je było dostrzedz. *Stopczański.*

LARYNGOLOGIA. G. Finder. **O miejscowych środkach znieczulających i kojących ból. — Ozena.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 8, 1905). Ze środków znieczulających w zakresie chorób nosa i krtani zasługuje na wyszczególnienie po pierwsze kokaina i od niej pochodne przetwory nowsze, jak holokokaina, eukaina A i B, mające tę wspólną zaletę, iż znieczulają i ułatwiają nieraz rozpoznanie w chorobach jamy nosowej, a różniące się od kokainy tem, iż są mniej trujące i łatwiej dają się wyjałowić, nie tracąc i po wyjałowieniu nic na swej użyteczności. Stosowanie kokainy w 25% roztworze wyskokowym, poleconym przez Pieniążka, zasługuje na uznanie, gdyż mimo silniejszego działania nie występują własności trujące w tej mierze, co przy użyciu roztworów wodnistych. Tak samo i 1‰ roztwór adrenaliny lub suprareniny wzmaga korzystne zalety kokainy; szczególnie w zabiegach operacyjnych w nosie, stosowany w wstrzykiwaniach razem z $^1/_2$% kokainą po 2 krople na każdy centymetr sześcienny. W najnowszych czasach operatorowie posługują się przy zabiegach śródnosowych yohimbiną lub stowainą (Haike, Strübbel-Fourneau); te dwa środki znieczulają błony śluzowe tak samo, jak kokaina, nie zwężając przytem naczyń krwionośnych, ani nie ściągając tkanki, która to własność kokainy nieraz utrudnia, a nawet uniemożliwia zakładanie ostrej pętli w celu wydobycia przerosłej muszli, lub t. p. Obecnie stosują też stowainę jako środek uśmierzający ból przy owrzodzeniach i zranieniach błony śluzowej górnych przewodów oddechowych, tak samo jak ortoform, mentol lub kombinacyę mentolu z orto-

formem, olejkiem migdałowym i żółtkiem w formie zawiesiny; temu samemu celowi doskonale też odpowiada anestezyna, działająca miejscowo najskuteczniej i najdłużej, a będąca przytem ze wszystkich najmniej szkodliwa. Krokiem naprzód w leczeniu dotychczasowem cuchnącego nieżytu nosa (ozaena) są wstrzykiwania śródmiąższowe parafiny, polegające na zasadzie mechanicznego zwężania jamy nosowej; przekonano się bowiem, iż stan podmiotowy chorych, którzy nosili zatykadła (obturatory), stosunkowo rychło się poprawił; z tego punktu widzenia Brindel wstrzykiwał u 70 osób, chorych na taki nieżyt, w dolne zanikłe muszle płynną parafinę i osiągnąwszy w ten sposób zmniejszenie światła przewodu nosowego, stwierdzał prawie zawsze, iż cuchnienie i wytwarzanie się strupów ustało, a oddychanie nosem było mniej uciążliwem; przekonano się też, iż wskutek odczynu zapalnego, towarzyszącego wstrzykiwaniom, tkanka stwardniała podlega zmianom odrodczym. Niebezpieczeństwo połączone z powyższym zabiegiem, mianowicie powstawanie zapalenia żył twarzowych, jak to 2 razy miało miejsce u chorych Brindla, da się wykluczyć, postępując przytem według metody Lagardea, polegającej na tem, iż nie płynna, tylko na pół miękka parafina zbitości maści, dostaje się do odnośnej tkanki. Broeckaert zrobił w tym celu strzykawkę własnego pomysłu, przy pomocy której unika się zupełnie powstania zatorów, obrzęków i poparzeń, składając dowolnie parafinę tam, gdzie jest pożądana. Byłoby bardzo wskazanem, żeby ta metoda znalazła rozpowszechnienie i to nietylko ze względu, iż usuwa dokuczliwe objawy choroby wyżej wspomnianej, ale zapobiega też usposobieniu do gruźlicy, jakiej się ci chorzy dość często nabawiają. Alexander doszedł bowiem na podstawie swych badań do wniosku, iż nos takich chorych nietylko nie spełnia swoj czynności fizyologicznej jako sączek dla bakteryi, ale stając się niejako hodowlą różnych drobnoustrojów stanowi trwałe ognisko zakaźne u tych osób. Z tego też punktu widzenia nie są wcale uzasadnione zabiegi krwawe w jamie nosowej, pociągające za sobą zanik błony śluzowej i pozbawiające tem samem nos jego ochrony fizyologicznej. *Korm.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Validol jest związkiem 30% mentolu z 70% kwasu kozłkowego, wytworzonym w tym celu, aby zastąpić zwykłe przetwory kozłka lekiem trwalszym i chemicznie czystszym. Meyer (*Deutsche Aerzte-Ztg.*, 1904, 19) próbował go w kilku przypadkach histeryi i neurastenii i uważa go za dzielne *analepticum;* nadto skutecznym bywa walidol w 45—50% przypadków choroby morskiej, co potwierdza również Wolf (*Medico*, 1904, 49). Klonk (*Med. Herald*, 1904, luty) użył tego leku u 67 chorych. Oprócz histeryi i nerwobolów stosował go K. w nieżytach nosa, krtani i gardła zapomocą pędzlowań, jakoteż objawowo przeciw nudnościom, wymiotom i t. p. w toku ostrego nieżytu żołądka, rwy żołądkowej, w wymiotach ciężarnych (5—10 kropli na cukrze), i podaje, że lek ten działa w tych przypadkach skutecznie. *Zm.*

Fortoina, uzyskana przez działanie formaldehydu na kotoinę, jest lekiem przeciwbiegunkowym, w przeciwieństwie do innych ani nie porażającym ruchów jelit (jak makowiec), ani nie działającym ściągająco, lecz przez rozszerzenie naczyń mającym poprawiać odżywienie ściany jelitowej i jej czynność resorbcyjną. Ten rodzaj działania fortoiny sprawia, że jest ona przeciwwskazaną wobec skłonności do krwotoków jelitowych, wobec owrzodzeń (dur!), oraz w gwałtownych ostrych, jak i w zastoinowych nieżytach jelit; wskazaną zaś jest we wszystkich innych nieżytach przewlekłych, nie wyjmując spraw gruźliczych. Winterberg (*Mediz. Blätter* 1905, 6) trzymając się tych wskazań i przeciwwskazań, leczył ze skutkiem 23 przypadki nieżytów jelit, z tego 11 gruźliczych. Wyleczenie następowało po 1—2 tygodni podawania 3—4 × dnia po 0,2 fortoiny. *Zm.*

Gorączkę połogową, wywołaną przez paciorkowce, leczył **surowicą** paciorkowcową Menzera Doc. Burckhard (*Reichs. Medic. Anz.*, 1905, 3) w 8 przypadkach. Pierwszego dnia wstrzykiwano 20, następnych po 10 ctm.³; ogółem zaś 20—50 ctm³. W jednym przypadku surowica wcale nie działała; w innych 7 wywarła na przebieg wyraźny wpływ korzystny. *M.*

Fibrolizyna jest związkiem tiosynaminy z salicylanem sodowym, wytworzonym świeżo przez Mendla (*Therap. Monatsh.*, 1905, 2), a w przeciwieństwie do tiosynaminy łatwo rozpuszczalnym w wodzie. Ponieważ jednak roczyny te łatwo się rozkładają, przeto w handlu wprowadzono je w zalutowanych flaszeczkach, w których dobrze się utrzymują. W jednej flaszeczce zawarty roczyn odpowiada 0·2 tiosynaminy. Fibrolizynę stosuje się, wstrzykując roczyn podskórnie lub w mięśnie, co chorzy dobrze znoszą, a nawet do żył można lek ten wstrzykiwać bez obawy złych skutków, zyskując przy tem na szybkości działania. Fibrozylina działa podobnie, jak tiosynamina, rozluźniająco na chorobowo powstałą tkankę włóknistą, zapobiegając jej kurczeniu się. Powstałych już jednak zbitych blizn i sztywnych bliznowatych zwężeń i fibrolizyna, podobnie jak tiosynamina, bez pomocy czynników mechanicznych nie usuwa. Do wstrzykiwań podskórnych i do mięśni używał M. pełnej dawki (jednej flaszeczki) roczynu fibrolizyny, powtarzając wstrzyknięcia co 2—3 dni i dochodząc czasem aż do 50 wstrzyknięć. Skutków ubocznych nigdy nie było. Wyniki u 30 chorych otrzymać miał M. pomyślne. *M.*

Wrzody podudzia goją się według Cebego (*Allg. med. Centralzeit.*, 1905, 3), nawet u ludzi starych i po długiem trwaniu, bardzo szybko (w ciągu 10 dni) pod działaniem kseroformu. Tegoż zdania jest Toff (*tamże*, 1905, 1), zalecający nadto ten lek gorąco jako zasypkę u noworodków. *H.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne Tow. w dniu 12 kwietnia 1905 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 45.

I. Z powodu wielkiej liczby zgłoszonych demonstracyi protokół z poprzedniego posiedzenia postanowiono odczytać na następnem posiedzeniu.

II. Kol. Prof. Kader przedstawia chorą z tężyczką następową po operacyi wola. Tężyczka wystąpiła drugiego dnia po operacyi; różniła się ona od opisanych przypadków tem, że trwała bez przerwy, a nie napadowo; zajmowała mięśnie kończyn górnych, dolnych i w mniejszym stopniu mięśnie twarzy, przełyku, krtani i przeponę. Chora nie spała wcale prawie 50 godzin. Obecnie pod wpływem zażywania pastylek gruczołowych i narkotyków objawy ustępują szybko. Jednak objaw Trousseau'a i Chvostka da się jeszcze wykazać. Jest to drugi przypadek tężyczki na 165 przypadków wola, operowanych w klinice prelegenta. Właściwej przyczyny powstawania tężyczki pooperacyjnej nie znamy. W ostatnich czasach wyrażono przypuszczenie, że powstaje ona po usunięciu tak zwanych ciałek przybłonkowych (*Epithelkörperchen*) z wola. Są to dodatkowe gruczoły i ma ich być 4. Leżą po 2 przy wejściu tętnicy tarczowatej dolnej do gruczołu. — W demonstrowanym przypadku prelegent usunął cały dolny płat, ale tylko po stronie lewej; po prawej zaś zostawił dużo gruczołu. Wyjęcie stosunkowo zdrowego gruczołu (przypadki wiedeńskie) wywołuje zwykle tężyczkę, natomiast zwyrodnienie jego (berneńskie Kochera) — charłactwo. To samo spostrzegał ostatnimi czasy Lanz (Amsterdam) na zwierzętach. Prelegent operuje wole swojem cięciem elipsowatem, schodzącem aż do wykrojenia mostka. Podwiązuje wszystkie naczynia, także *art. ima* i żyły dodatkowe, następnie wycina płaty, obszywa kikuty katgutem i oswobadza tchawicę. Aseptyka kliniki dozwala na to, że prelegent żadnego wola nie drenuje, lecz zaszywa. Wyniki bardzo dobre, jak to z przedstawionych 7 przypadków, operowanych w ciągu ostatnich 14 dni, w różnych fazach po operacyi (demonstracya chorych) można się przekonać. Chorzy w 10 do 14 dni opuszczają klinikę. Po operacyi zakłada się mały opatrunek z pasty kauczukowej, którą prelegent stosuje obecnie na wszystkie zeszyte rany. (Demonstracya). W dalszym ciągu przedstawia kol. Kader przypadek 2 ogromnych ropni gruczołu krokowego, które wywołały zatrzymanie moczu przez ucisk na cewkę od zewnątrz. Nacięcie gruczołu od międzykrocza. W ropie gronkowce. Dalej przypadek przetok moczowych, leczonych nacięciem cewki zewnętrznem i *sectio alta* cięcie poprzeczne, dalej przypadek skrytego jądra, operowanego sposobem Tomaszewskiego zapomocą wyciągadła na nodze pacyenta (demonstracye chorego i fotografii). W końcu dwa przypadki gastroenterostomii z powodu raka żołądka, w których prelegent wykonał połączenie żołądka z jelitem podług własnej metody. Sposób ten daje znakomite wyniki; błędnego koła (*circulus vitiosus*) po operacyi prelegent na 52 przypadki nie spostrzegał nigdy. Sposób prelegenta upraszcza zabieg w wysokim stopniu, usuwa potrzebę enteroanastomozy, jejunostomii lub gastrostomii zupełnie.

III. Kol. Klęsk demonstruje: a) chorą, operowaną przez prof. Kadera w klinice z powodu skrętu jelita esowatego. Przypadek o tyle zajmujący, że chora przez 11 dni nie chciała się zdecydować na operacyę. Jelito grube było rozdęte do rozmiarów uda ludzkiego. Po odkręceniu prof. Kader przymocował pętlę łukowato do otrzewnej ściennej. b) Przypadek zadzierżgnięcia (*strangulatio*) jelita cienkiego. Chory był leczony gdzieindziej przez 11 dni z powodu niezupełnej niedrożności jelit, poczem, wypuszczony do domu, zgłosił się do kliniki wewnętrznej, gdzie kol. Latkowski rozpoznał niedrożność jelit cienkich i przysłał chorego do operacyi. Prelegent przystąpił do laparotomii i znalazł w połowie jelit cienkich postronek, zaciskający okrężnie jelito, a biegnący od krezki z jednej strony do drugiej. Po usunięciu postronka część chorą jelita częściowo obumarłą wgłobił i obszył szwem surowiczym. Chory 14 dnia po operacyi opuścił klinikę uzdrowiony. c) Przypadek pęknięcia jelita cienkiego i krezki z wydobyciem się treści do jamy otrzewnowej, operowany przez prof. Kadera w 4 godziny po wypadku. Chory doznał tego wypadku w sposób dość ciekawy, mianowicie prąd powietrza przy wybuchu dynamitu uderzył go w tłocznię brzuszną; stan pacyenta był zupełnie dobry, a tylko silne napięcie mięśni brzucha, mały wysięk po bokach i brak stłumienia wątroby, wzbudziły podejrzenie uszkodzenia któregoś z narządów jamy brzusznej. W wypadkach takich szybkie rozpoznanie i operacya odrazu wykonana, decyduje tylko o życiu chorego. d) Przypadek rany kłutej brzucha w podżebrzu lewem z wypadnięciem rozległem sieci. Pacyent zrazu na zabieg się nie zgodził i dopiero 2-go dnia, gdy wystąpiła silna gorączka, wymioty i wzdęcie brzucha, dał zezwolenie. Prelegent wykonał laparotomię, wyciął sieć, ponieważ były już jednak wybitne objawy zapalenia otrzewnej, rany nie zeszył w całości, lecz zatamponował. Pacyent przebył w czasie zdrowienia zawały i zapalenie płuc.

W końcu nadmienia autor, że wszystkie przypadki zajęcia otrzewnej leczone były zapobiegawczemi i następowemi podskórnemi wlewaniami fizyologicznych rozczynów soli kuchennej. Przypadki te, podobnie jak inne w klinice, operowane były w znieczuleniu lędzwiowym.

Kol. Prof. Kader zwraca na ten ostatni szczegół uwagę, podnosząc dobre działanie tych wlewań, podnoszących wybitnie leukocytozę w jamie otrzewnowej, jak to z pracy Majewskiego, asystenta kliniki, wynika.

III. Kol. Prof. Jaworski przedstawia chorą (l. 28) z białaczką rzekomą ostrą (*pseudoleucemia lymphatica acuta*), u której przed 4-ma miesiącami pojawił się z objawami dreszczów i gorączki obrzęk gruczołów pachowych. Obecnie zaś przedstawiają się ogromne obrzęki gruczołów wielkości pięści pod obydwiema pachami i po obu stronach szyi. Gruczoły są niebolesne, dość twarde, skóra na nich niezmieniona i przesuwalna, kończyna prawa górna z powodu ucisku na naczynie — obrzękła. Cechującem w tym przypadku jest, że obydwa sutki są powiększone, prawy w czwórnasób; powiększenie składa się z pojedynczych twardych guzów niebolesnych. Wątroba i śledziona mało co powiększona. W jamie opłucnowej prawej aż do grzebienia łopatki znajduje się płyn, co stwierdzono także przez prześwietlanie X-promieniami. Nakłucie opłucnej wykazało płyn zapalny, zawierający około 40000 ciałek białych (neutrochłonnych) w 1 m^0. We krwi leukocytoza neutrochłonna zwiększa się stale od 12.000—30.000 (91% neutrochłonnych, a 9% limfocytów); ilość zaś krwinek czerwonych opada od 3 milionów na $2\frac{1}{2}$ miliona. Składników krwi, cechujących białaczkę prawdziwą, niema. Chora od początku gorączkuje z nieregularnemi wzniesieniami do 39°.

Drugi przypadek, dotyczący 22-letniego włościanina, który do listopada z. r. czuł się zupełnie zdrów, nigdy niechorując, i został wzięty do wojska. Powołany do ćwiczeń wojskowych w listopadzie po 2 tygodniach musztry doznał duszności i zmęczenia tak, że przebywszy jeszcze przez dwa tygodnie w szpitalu wojskowym został zupełnie od służby wojskowej uwolniony. Objawy podmiotowe, z powodu których chory nie jest zdolny do pracy, trwają i obecnie. Przedmiotowo obszar wypuku stłumionego nad sercem okazuje się w czwórnasób powiększony, sięga na prawo do linii mostkowej prawej, na lewo do linii pachowej, gdzie znajduje się niewzmocnione uderzenie końca serca, a ku górze do górnego brzegu trzeciego żebra. Prześwietlenie X-promieniami potwierdza wyniki wypuku. Tony serca głuche, nigdzie szmerów niema. Okolica klatki piersiowej nad sercem nieco wypukłona bez widocznych wstrząśnień. Tętno drobne, miękkie i nieregularne, zmienne, 80—90 uderzeń. Na sfigmogramie zwraca uwagę nizkość fali i nieregularność. Ilość moczu 600—900 $c.^3$ na dobę bez białka. Obrzęków niema, wątroba nieznacznie powiększona. Ciepłota prawidłowa. W przeciągu sześciotygodniowego pobytu w klinice przebył chory dwa razy zator płucny, z tarciem w opłucnej prawej, plwocinami krwawemi, gorączką do 38.5. i zapadem tak, że trzeba było wstrzykiwać kamforę. Prelegent uważa ten u nas rzadki przypadek jako samorodny przerost serca z następującą niedomogą wskutek przemęczenia (*hypertrophia myocardii idiopathica subs. insuff. cordis*) i zwraca uwagę na podobieństwo przebiegu klinicznego z monachijskiem „Bierherz". Chory jednak nie nadużywał napojów wyskokowych.

Trzeci przypadek przedstawia *syringomyelię* u 32-letniego mężczyzny, odznaczającą się wysokiem usadowieniem zmian chorobowych, a mianowicie w rdzeniu szyjnym, w rdzeniu przedłużonym aż do mostu Warola. Sprawa trwała od lat 5 i jest przeważnie lewostronną. Lewa ręka i 2 palce na niej cieńsze, niż na prawej; mięśnie ramienia i barku wiotsze, ścieńczałe bez odczynu zwyrodnienia. Podobne zaniki wykazuje lewy łuk podniebienny, który zwisa przy ruchach połykowych. Wskutek niedowładu mięśni połykowych gardła po stronie lewej, istnieje utrudnienie połykania tak, że chory może kęs tylko wtedy połknąć, jeżeli zwróci twarz ku stronie lewej. Głos chorego ochrypły, z powodu, jak wziernikowanie, wykonane przez kol. Nowotnego wykazało, porażenia głośni po stronie lewej. Badanie czucia okazuje jego rozszczepienie: lokalizacya i czucie dotyku jakoteż zborność ruchów wszędzie utrzymane. Natomiast niema uczucia bólu (*analgesia*) po stronie lewej na kończynie górnej (szczególnie na palcach zaniklych), na barku, plecach, szyi, twarzy, głowie, gałce ocznej, błonie śluzowej policzka, dziąseł i podniebienia lewego. Chory niema również uczucia smaku po stronie lewej jamy ustnej. Znieczulenie po stronie prawej jest o wiele mniejsze. Uczucia ciepła po stronie lewej w wymienionych okolicach zupełnie brakuje (*thermoanesthesia*) tak, że chory okazuje kilka blizn po oparzeniach, doznanych przy grzaniu się przy piecu. Po stronie zaś prawej (na plecach) istnieje czucie opaczne, t. j. chory czuje rurkę z gorącą wodą jako zimną i przeciwnie. Źrenice są zwężone, lewa więcej, niż prawa, oddziaływują na światło. Odruchy ścięgniste po stronie lewej wygórowane. Prelegent wyłącza w tym przypadku histeryę, zanik mięśni postępujący, zapalenie przewlekłe opon rdzeniowych i uważa przypadek za syringomyelię za równoczesnem, a rzadkiem zajęciem jąder nerwów mózgowych (*hypoglossus, vagus, glossopharyngeus, facialis, trigeminus*).

Koll. Jaworski i Korolewicz przedstawiają próbę Strasburgera badania kału na bilirubinę, polegającą na tem, że nalewa się zgęszczonego rozczynu sublimatu na rozdrobniony z wodą świeży kał i pozostawia do dnia następnego. Jeżeli barwa kału się nie zmienia, to brakuje w nim barwika żółciowego (stolce acholiczne); jeżeli staje się ceglasto-czerwoną, to znajduje się tylko prawidłowy barwik kału: hydrobilina czyli urobilina (stolce prawidłowe); jeżeli powstaje barwa kału lub śluzu zielona całkowicie lub miejscami, to kał zawiera niezmieniony barwik żółci: bilirubinę, co pochodzi od zmian w jelicie cienkiem i wskazuje na jego zajęcie. Prelegenci zaznaczają następnie, że próby, które przedsięwzięli z 4-ma moczami cukrzycowymi w klinice według metody K. Strzyżowskiego, a polegającej na zabarwieniu moczu zielonkowato-fluoryzującem po dodaniu do niego formaliny, nie udały się, chociaż w 3 przypadkach mocz pochodził od chorych, którzy wskutek cukrzycy zmarli, a odczyn podany przez Strzyżowskiego ma właśnie pojawiać się w moczach ciężkich przypadków, kończących się niepomyślnie.

Koll. Jaworski i Korolewicz przedstawiają wyniki nad badaniami krwi w wydzielinach metodą F. Schillinga, która polega na tem, że do kilku kropel wody utlenionej (20% *hydrogenium hyperoxydatum*) dodaje się badanej na krew cieczy; w razie jej obecności następuje burzenie (wytwarzanie się tlenu). Próba okazała się dla badania treści żołądkowej, kału, płynów, otrzymanych przez nakłucie, niepewną i dwuznaczną, gdyż nie tylko krew, lecz i włóknik, jakoteż ropa, sprawiają burzenie. Tylko dla badania moczu można używać wody utlenionej w tym kierunku, że jeżeli mocz sprawia wytwarzanie baniek z wodą utlenioną, to można przypuszczać, że w nim znajduje się albo ropa, albo krew (hemoglobina).

Kol. Jaworski przedstawia wyniki, jakie otrzymał z kol. Szurkiem z podawania weronalu przeciw potom nocnym u suchotników według polecenia Hellmutha Ulrici. U 8 pocących się suchotników kliniki tutejszej podawano weronal późno wieczorem (9-ta godzina) po 0·30 gr., a jeżeli poty jeszcze nad ranem występowały, to jeszcze o północy taką samą dawkę; chorzy nietylko spali, ale i niepocili się. W przypadkach szybko postępującego rozpadu płuc weronal nie działał.

Kol. Jaworski w czterech przypadkach płonicy, spostrzeganych w klinice z kol. Szurkiem, podawał według polecenia Buttersacka po 0·25—0·5 urotropiny dwa razy dziennie w czasie choroby, aby zapobiedz następowemu zapaleniu nerek. Pomimo to w dwóch przypadkach po płonicy pojawił się białkomocz.

W odpowiedzi koll. Hirschowi i Bierowi powołuje się kol. Jaworski na swoje wyjaśnienia, wypowiedziane podczas demonstracyi.

IV. Kol. Latkowski przedstawia: 1) Chorą, *J. K.*, lat 46 liczącą, z niedomykalnością zastawki dwukończystej i zwężeniem ujścia żylnego w okresie niewyrównania, która przed 20 laty przebyła ostre zapalenie stawów gośćcowe. Od 6-ciu miesięcy chora doznaje objawów niedomogi mięśnia sercowego, cechującej się dusznością tak znaczną, że chora leżeć nie może w łóżku, tylko jest zmuszoną siedzieć, dalej doznaje bicia serca obok nudności, braku łaknienia, odbijań, i cierpi na bezsenność. Badanie w dniu 7/II b. r. wykazało obok 2 szmerów nad koniuszkiem i podstawą serca i obok powiększenia i rozszerzenia serca, przeważnie prawego, obrzęk wątroby, twarde deskowate obrzęki kończyn dolnych, obrzęk kości krzyżowej, płyn wolny w brzuchu, przesięki w obu jamach opłucnowych, w osierdziu i białkomocz. (Ciężar ciała chorej 68 klg. L. odd. 38, tętna 110). Chorej tej podawano prawie wszystkie środki sercowe. Od 7/II do 17/II podawano digalen w ilości $^1/_2$—1 miligr. 3 razy dz., przyczem obrzęki wzrosły (ciężar ciała 72,300 gr.), ilość moczu była małą (300 m.^{3} na dobę c. g. 1.035—24). Podczas podawania przetworów naparstnicy (napar i proszek liści 0,30 dziennie); od 17/II—27/II ilość moczu się zwiększyła do 1500 cm.^{2}, obrzęki jednak i duszność trwały dalej. (Ciężar ciała 72,700 gr.). Dopiero podczas podawania od 17/II—14/III teocyny 0.75 dziennie nastała znaczna poprawa. Obrzęki ustąpiły, ciężar ciała spadł o 16 klg.; ilość moczu wynosiła 2000—4000 cm.^{3}, c. g. moczu 1.012—1015; duszność była znacznie mniejsza, bezsenność ustąpiła. Chora skarżyła się tylko na uczucie ściągania w całem ciele i niepokój, doznawała też często bicia serca. Przy podawaniu aguryny od 14/III do 23/III (3 grm. dz.) ilość moczu była nieco mniejsza, 2500—3500 cm ^{3}, c. g. moczu 1,012, obrzęków ubyło jeszcze 3 klg. Jeżeli chorej odstawiono agurynę lub teocynę na 1—2 dni, ilość moczu zaraz malała; przy podaniu nalewki strofantu, „diagitalysatum“ Bürgera, „dialysatum digitalis“ Golaza, kofeiny sodowo-salicylowej nie było również widać dodatniego wpływu na ilość moczu, zachowanie się serca i obrzęki. W dyecie uwzględniono ograniczenie wprowadzania płynów. Przy powtórnem podaniu teocyny 24/III—31/III ilość moczu również była większą, niż przy agurynie i dochodziła do 4 litrów; chora jednak dostała po 5 dniach podawania wymiotów tak silnych i częstych, iż musiano wstrzymać podawanie wszelkich leków, a przedewszystkiem teocyny. Po dwudniowej przerwie podano „diagitalysatum“ Bürgera. Osłabienie serca jednak wskutek powtarzających się wymiotów (do 6/IV) było tak znaczne, iż musiano wstrzykiwać kamforę. Gdy zauważono zapad, podano agurynę, którą chora dotąd zażywa i przyczem znów stan się poprawił. Tętno (90) obecnie jest lepiej napięte, obrzęków prawie niema, duszność zupełnie ustąpiła, obrzęk wątroby znacznie mniejszy. Oznaczenie jednak punktu marznięcia krwi i moczu wykazuje: $\delta = 0,63^0$ C, $\Delta = 0,46^0$ C. czyli, że zagęszczenie krwi jest za wysokie pomimo dużej ilości moczu, a w moczu wydziela się za mała ilość części stałych, co wskazuje jeszcze na niedomogę mięśnia sercowego.

2. Chory *J. Sz.*, lat 48, (*Crises gastriques luetiques*), wyrobnik, doznaje od roku bicia serca po zmęczeniu, często kaszle, od 3 miesięcy miewa bole w dołku podsercowym, którym towarzyszą wymioty. Przypady te po spożyciu pokarmów stałych wzmagają się tak, iż chory nie może nic jeść, wskutek czego wychudł znacznie i osłabł. Chory przebył przed 20 laty kiłę. Badanie wykazuje objawy niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, zwężenie źrenic i nierówność ich, oraz bliznę na prąciu w okolicy więzadełka po wrzodzie pierwotnym kiłowym.

Odruchy kolanowe wygórowane, prawy więcej niż lewy, zmian innych w narządzie nerwowym nie znaleziono. Badanie żołądka wykazało niedomogę wydzielniczą, zupełny brak kwasu solnego wolnego na szczycie trawienia, przy nizkiej kwasocie ogólnej (3 po pr. białkowej), siłę ruchową żołądka prawidłową. Przez pierwsze 2 tygodnie pobytu chorego w klinice stan jego się poprawiał pod wpływem dyety płynnej (stałych pokarmów chory nie mógł przyjmować) i środków przeciw—nerwowych. Chory miewał prawie codzień napady silnych bolów w dołku podsercowym z wymiotami, trwającymi czasem kilka godzin, poczem czuł się ogromnie osłabionym i nawet w czasie wolnym od napadów nie miał wcale łaknienia. Odżywienie chorego bardzo podupadło tak, iż w przeciągu 2 tygodni stracił 3 klg. wagi. Ponieważ przypady te nie odpowiadały żadnej chorobie żołądka ze zmianami anatomicznemi, a badanie treści żołądkowej również choroby takiej nie wykazywało, z drugiej strony nie można było odnieść objawów tych do zmian w żołądku na tle choroby serca, gdyż niedomogi mięśnia sercowego i objawów zastoju żylnego nie było, przeto uważałem zmiany te za *crises gastriques* na tle kiłowem. Rozpoznanie *crises gastriques tabetiques* niema obecnie w tym przypadku należytego uzasadnienia, gdyż żadnych zmian, przemawiających za wiądem rdzenia, pomimo dokładnego badania nie można wykazać dotychczas. Za tłem kiłowem świadczy tutaj i skutek leczenia rtęcią i jodem. Po 10 wcieraniach napady bolów i wymiotów zupełnie ustąpiły i obecnie chory czuje się zupełnie dobrze. W ciągu zaś 3 tygodni leczenia przeciwkiłowego przybrał 7 klg. na wadze. Badanie treści żołądkowej wykazuje stosunki prawidłowe.

3. Chory *J. I.* (*Concretio pericardii c. dislocatione cordis in indiv. c. insuff. valv. semilunar. aortae*), lat 48 liczący, malarz pokojowy, przebył przed 20 laty zapalenie stawów, które powtarzało się 3-krotnie (przed 10. 8 i 5 laty) i było powikłane zapaleniem osierdzia i opłucnej prawego płuca. Przed 20 laty spadł z wysokości 12 metrów. Od 3 lat miewa napady dusznicy bolesnej, pojawiające się początkowo co 2—3 tygodni, obecnie co 1—2 dni. Przed rokiem miał przebyć silny krwotok płucny. Chory ten okazuje przemieszczenie serca ku stronie prawej z przyrośnięciem osierdzia do klatki piersiowej, za czem przemawia stłumienie serca, przekraczające prawy brzeg mostka na 4 cm., skurczowe wypuklanie się i rozkurczowe zapadanie 3 i 4-go międzyżebrza po prawej stronie mostka, nabrzmiewanie żył szyjnych przy wdechu, tętno słabnące i znikające przy wdechu (*pulsus parodoxus*), nieporuszalność serca przy zmianie położenia, przerost komórki prawej (wstrząsanie w dołku podsercowym), znaczna sinica, obrzęk wątroby. Obok tego nad tętnicą główną słychać rozkurczowy szmer obok 2 tonów, przerost serca lewego, nad tętnicą udową przy ucisku 2 szmery, tętnienie tętnic stopowych grzbietowych i tętnic palcowych; objawy te świadczą o niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej. Utrzymanie 2-go tonu nad tętnicą główną świadczy o niewielkim stopniu niedomykalności, która może być przez przemieszczenie serca i skręcenie naczyń w części wyrównywaną. Badanie promieniami Röntgena potwierdza, iż serce jest przemieszczone i znacznie powiększone w obu wymiarach. Przerost komórki prawej obok sinicy i obrzęku wątroby jest następstwem przyrośnięcia osierdzia do klatki piersiowej.

4. *F. M.*, lat 19 liczący, wyrobnik, przebył dur brzuszny przed 9 laty, ospę przed 7 laty; przez kilka lat uprawiał samogwałt. Miewa od czasu duru napady bicia serca z uczuciem bolu w okolicy serca i uczuciem lęku, obok tego ma mieć, szczególnie po samogwałcie, uczucie trętwienia lewej połowy ciała i kurcze tężcowe w prawej kończynie górnej. Badanie wykazuje powiększenie serca miernego stopnia, tony serca głuche, szmerów nie słychać, tętno nieregularne, wybitnie trojacze, jak to stwierdzić można na sfigmogramie. Pod wpływem digalenu nieregularność tętna zmniejszyła się znacznie. Objawy te przemawiają za zwyrodnieniem mięśnia sercowego i rozszerzeniem serca po przebyciu chorób zakaźnych i w następstwie samogwałtu. *Dilatatio musculi cordis c. degeneratione in indiv. masturbant. post. morb. infectios.*

VI. Kol. Mięsowicz demonstrował dwa przypadki choroby Basedowa. Pierwszy z nich jest bardzo ciekawy z powodu zaników mięśniowych, obejmujących kończyny górne, oraz zmian śluzakowatych, rozwijających się na kończynach dolnych. Tak zmiany mięśniowe, przypominające umiejscowieniem *atrophia muscul. progr. spinalis*, jak i zmiany skóry kończyn dolnych, mają w odnośnym przypadku znaczenie dlatego, że mogą służyć jako materyał do rozjaśnienia patogenezy choroby Basedowa. Drugi przypadek, ciekawy ze względów dyagnostycznych, przedstawia końcowy okres przebiegu choroby Basedowa. Rozpoznanie ugruntowało badanie przewodnictwa skóry dla prądu galwanicznego. W obu przypadkach poznawano rodagen i antityreoidynę Möbiusa bez wyraźnego dodatniego skutku.

VII. W dyskusyi zabierali głos kol. Hirsch i prelegenci.

Pisarski, sekretarz doroczny.

VII. Rozwój medycyny francuskiej w ubiegłych stu latach.

Przyczynek do dziejów medycyny.

Skreślił

Dr. Adam Langie.

„La science ne suit pas une ligne droite dans sa marche progressive, elle revient souvent sur elle-même et tout en progressant, semble parfois rentrer en arrière et remonter vers sa source“. Flammarion.

(Dokończenie.)

7. Pomocnicze nauki lekarskie.

Anatomia wykazuje również w XIX wieku wybitny ogólny postęp dzięki rozwojowi histologii, ulepszeniom technicznej strony mikroskopu, nowo wynalezionym sposobom utrwalania i barwienia tkanek, jak niemniej robienia, przechowywania i ochraniania od zniszczenia preparatów, nastrzykiwania układu naczyniowego, wreszcie mikrofotografii. Jakkolwiek palmę pierwszeństwa dzierżą tu przeważnie uczeni innych narodów, to i we Francyi nie brak głośnych anatomów. Do najwybitniejszych w pierwszej połowie stulecia należą: Piotr Augustyn Béclard († 1828), autor dzieła: »*Éléments d'anatomie générale*« (Paryż, 1823); Grzegorz Ludwik Duvernoy († 1835); Hipolit Cloquet († 1840), którego »*Traité d'anatomie descriptive*« doczekało się aż sześciu wydań, ostatnie z 1835 roku; Gilbert Breschet († 1845), autor cennych prac, dotyczących budowy anatomicznej ucha; Joachim Henryk Dutrochet († 1847), znany z badań swych nad komórkami wątrobowemi i autor dzieła: »*Recherches anatomiques et physiologiques*«; wreszcie Henryk Ducrotay de Blanville († 1850). Tutaj też wspomnieć wypada o słynnym na cały świat uczonym: chociaż był on właściwie zoologiem, lecz pracami swemi przyczynił się niemało do postępów anatomii ludzkiej, a mianowicie o Grzegorzu Cuvier († 1832), którego »*Leçons d'anatomie comparée*«, wielokrotnie wydawane, wchodzą po części w zakres działu, o którym obecnie mówimy.

W drugiej zaś połowie wieku notuje historya anatomii francuskiej przedewszystkiem następujące nazwiska: Stefan August Serres († 1868), znany z prac nad anatomią układu nerwowego; Alfred Donné († 1878), pracował głównie w histologii i wydał: »*Cours de microscopie complémentaire*«, oraz liczne prace o budowie błon śluzowych; Karol Filip Robin († 1885), jeden z najwybitniejszych histologów; Filibert Konstanty Sappey († 1896), autor 3-tomowego dzieła: »*Traité d'anatomie descriptive*«; wreszcie: Lereboullet, Cornil, Ranvier i Poulet w Lyonie, lub zasłużony głównie w dziedzinie embryologii: Jakób Wiktor Coste.

Fizyologia weszła od połowy mniej więcej XIX stulecia na zupełnie nowe tory, opierając się odtąd na doświadczeniach, dokonywanych na żywych zwierzętach, na nowych odkryciach chemii i fizyki, a zawdzięcza to przedewszystkiem uczonym francuskim, którzy, jak już wspomniano w jednym z pierwszych rozdziałów, stworzyli właściwie dzisiejszą fizyologię doświadczalną, wskazali jej całkiem nowe metody badania i pracami swojemi, pełnemi ścisłości przyrodniczej, wpłynęli ogromnie na całokształt nauk lekarskich. Badaczami tymi, z których nazwiskami łączą się na zawsze najdonioślejszej wagi odkrycia fizyologiczne, są: Franciszek Magendie (1783—1855). Urodzony w Bordeaux, nauki pobierał w Paryżu, gdzie wkrótce po otrzymaniu dyplomu został prosektorem i lekarzem szpitala *Hôtel-Dieu*, a w roku 1831 profesorem *Collège de France*. Śmiało nazwać go można pierwszym twórcą nowoczesnej fizyologii, którą wzbogacił licznemi odkryciami i podziwu godnemi doświadczeniami, jak n. p. doświadczenia nad przedniemi korzeniami nerwów rdzeniowych. Z licznych prac, jakie pozostawił, trudno nie wymienić tak wybornych, jak: »*Précis élémentaire de physiologie*« (Paryż, 1816—4-te wydanie z 1836); »*Leçons sur les phénomènes de la vie*« (4 tomy, 1838) i inne, dotyczące czynności układu nerwowego, o płynie mózgowo-rdzeniowym i t. d. Marya Jan Piotr Flourens. Urodzony 1794 roku w Maurilhan, medycynę studyuje w Montpellier, poczem przybywa do Paryża. Tu w roku 1833 zostaje sekretarzem Akademii, a w roku 1835 profesorem *Collège de France*. W roku 1838 wybrany deputowanym do parlamentu, otrzymuje tytuł para Francyi, umiera w Montgeron pod Paryżem 1867 roku. Pozostawił mnóstwo epokowych dla fizyologii prac, z tych 20 obszernych dzieł. Większość ich odkrywa całkiem nowe horyzonty w sprawach, dotyczących czynności układu nerwowego (»*Expériences sur le système nerveux*«, 1825), jak niemniej rozwoju i odżywiania kości (*Théorie expérimentale de la formation des os*. 1847). Powszechnie też znane i cenione są jego: badania nad rolą móżdżku przy ruchach, nad znaczeniem wzgórka czworaczego dla wzroku, doświadczenie nad działaniem eteru i chloroformu na półkule mózgowe, jego teorya o »*noeud vital*« i t. d., wreszcie cenne jego dzieło: »*De la vie et de l'intelligence*« (1857). Klaudyusz Bernard; urodził się w St.-Julien 1813 r., pobierał nauki lekarskie w Paryżu i tutaj to został profesorem uniwersytetu 1854 roku, a w rok potem, 1855 roku objął katedrę fizyologii doświadczalnej w *Collège de France*. Za Napoleona III-go zasiadł w senacie; umarł 1878 w Paryżu. Z mnóstwa prac naukowych, jakie pozostawił, pierwsze miejsce zajmują: badania nad trawieniem w żołądku i jelitach, nad śliną, krążeniem krwi, oddychaniem, czynnością wątroby, sokiem trzustkowym, nerwem spółczulnym, ciepłem zwierzęcem, cukrzycą, którą zdołał wywołać doświadczalnie u zwierząt przez uraz pewnych części mózgu. Z całego szeregu dzieł wybitnych wymienię tu tylko: »*Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine*« (1850); »*Introduction a l'étude de la médecine expérimentale*« (1865) i »*Leçons de physiologie opératoire*« (1879). Paweł Broca, właściwie antropolog i chirurg, który jednak pracami swemi wzbogacił również fizyologię, a nieśmiertelnem w nauce uczynił nazwisko swe przez odkrycie ośrodka mowy w mózgu. Urodził się 1824 roku w St.-Foy la Grande, był profesorem patologii chirurgicznej wydziału lekarskiego; od roku 1866 członkiem Akademii. W roku 1859 założył paryskie Towarzystwo antropologiczne, w którem sprawował urząd sekretarza aż do końca życia. Prócz tego on to założył 1867 roku pierwszą w Paryżu pracownię antropologiczną, przy której później w 1876 roku powstała osobna szkoła antropologii; on wreszcie jest twórcą założonego w 1872 roku Towarzystwa: *Association française pour l'avancement des sciences*. Na kilka miesięcy przed śmiercią, która nastąpiła 1880 roku, został członkiem senatu. Pisał bardzo wiele, przeważnie dzieł antropologicznych i chirurgicznych, a pozostawił też wyborny »*Atlas d'anatomie descriptive du corps humain*«. Wspaniały posąg bronzowy dłuta Choppina wznosi się ku wiecznej pamięci Broki na *Boulevard St.-Germain* przed gmachem *Ecole de médecine* w Paryżu. Paweł Bert, urodzony 1833 w Auxerre, studyuje medycynę w Paryżu. W roku 1866 zostaje profesorem w Bordeaux i odtąd poświęca się fizyologii. W roku 1869 powołany na katedrę fizyologii w paryskim *Faculté des sciences*, otrzymał w 1875 r. wielką nagrodę Akademii francuskiej 20,000 franków za badania i prace barometryczne. Od roku 1876, wybrany do parlamentu, rzucił się w wir polityki, a w roku 1881 zostaje ministrem w gabinecie Gambetty, z którym razem musiał ustąpić w 1882 roku. Umarł w Tonkinie 1886 roku na stanowisku generalnego rezydenta tej posiadłości francuskiej. Z dzieł jego zasługują na uwagę: wielkie dzieło: »*La pression barometrique*« (Paryż, 1877), w którem wykazuje i tłómaczy wpływ wysokich ciśnień powietrza na ustrój zwierzęcy i roślinny; »*Revue des travaux d'anatomie et de physiologie, publiés en France*« (1866) i dwutomowe »*Notes d'anatomie et de physiologie comparées*« (1870). Karol Edward Brown-Séquard urodził się 1818 roku na wyspie Mauritius, nauki pobierał w Paryżu. Od roku 1840 poświęcił się wyłącznie badaniom fizyologicznym i chorób układu nerwowego. Po powrocie z Ameryki, gdzie dłuższy czas przebywał, zostaje 1869 roku mianowany *professeur agrégé* wydziału lekarskiego w Paryżu, a w roku 1878 profesorem fizyologii doświadczalnej w *Collège de France*. Umarł 1894 roku. Rozliczne, niezmiernie doniosłe prace, dotyczące głównie czynności mięśni, rdzenia pacierzowego, zwojów nerwowych, narządu krążenia, jak również badania nad składem krwi, ogłaszał częścią po angielsku, częścią po francusku. W roku 1858 zaczął wydawać »*Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*«, a od roku 1868 wspólnie z Charcotem »*Archives de physiologie normale et pathologique*«. Prócz tych najwybitniejszych pionierów nowoczesnej fizyologii, dzielnie wspomagają ich: Duchenne, o którym była mowa przy chorobach nerwowych; Juliusz Béclard († 1887); Franciszek Longet († 1871) i inni, z których wielu jeszcze żyje i dziś dalej w wytkniętym raz kierunku pracuje.

8. Higiena.

Jakkolwiek sztuka ochraniania zdrowia ludzkiego i zapobiegania chorobom sięga bardzo odległych czasów, bo czasów Mojżesza, jakkolwiek w dziełach Hipokratesa, Celzusa i Ga-

lona — dopatrzeć się można pewnych wyraźnych wskazówek higienicznych, to jednak higiena w tem pojęciu co dzisiaj, jako rozległa, na ścisłych zasadach oparta nauka, jest istotnie nauką, powstałą dopiero w czasach najnowszych. Rozkwitła ona w prawdziwą umiejętność dopiero wtedy, gdy wielkie odkrycia na polu chemii, fizyki, fizyologii, nauk przyrodniczych i technicznych dostarczyły jej poddostatkiem materyału i silnych podstaw naukowych. Odtąd, a więc znów od wieku XIX-go, stała się higiena ową umiejętnością, która uczy nas nietylko — jak się wyraził jeden z autorów francuskich, *»vivre mieux sa vie«*, lecz wyświadcza największe dobrodziejstwo społeczeństwu, chroniąc zdrowie jednostek i całych narodów, ten skarb najdroższy, bez którego *»il n'y a rien de réel, rien de durable, rien de possible«*. Człowiek chory nie może pełnić swych obowiązków zawodowych, ani służyć ojczyźnie, ani wychować dobrze dzieci, ani być podporą starości swych rodziców. Więc też higiena ze wszystkich nauk lekarskich związana najściślej z żywotnymi interesami ludzkości, krzewi się bujnie w ciągu ubiegłego stulecia wszędzie tam, gdzie ziarna kultury kiełkują. Pod tym względem jedno z pierwszych miejsc zajmuje Francya, ojczyzna wielkiego Pasteura, którego imię dzięki genialnym odkryciom, co nowe rzuciły światło na istotę chorób zakaźnych, łączy się z rozwojem higieny, jak z tylu innemi gałęziami wiedzy lekarskiej.

Istnienie urzędowej higieny publicznej, czyli jak dawniej nazywano policyi sanitarnej, datuje się we Francyi od roku 1802, kiedy to prefekt policyi Dubois założył pierwszą „Radę zdrowia“ (*»Conseil de salubrité«*) w Paryżu, jako instytucyę stałą, mającą zajmować się zdrowotnością publiczną. Za przykładem stolicy poszły niebawem inne większe miasta Francyi. W Lyonie powstaje *Conseil de salubrité* w 1822 roku, a wkrótce potem także w Marsylii, Lille, Nantes i Bordeaux. Z biegiem czasu, w miarę postępów higieny, powstają wszędzie *Conseils d'hygiène publique*, z których w roku 1851 wyłania się *Comité consultatif d'hygiène publique*. Odtąd zaczynają zbierać się kongresy higieniczne krajowe i międzynarodowe, powstaje cała literatura, poświęcona sprawom zdrowotności, rząd i inicyatywa prywatna czynią wszystko, aby higienę rozpowszechnić, a lekarze, chemicy, inżynierowie, ekonomiści i mężowie stanu wytrwale wspólnemi pracują siłami, żeby nauka ta nie pozostała martwą tylko teoryą, lecz przeniknęła do głębi społeczeństwo francuskie. Bodźcem silnym, jaki wszystkim tym ludziom zasłużonym dodaje otuchy, jest przekonanie, że rozpowszechniając jej zasady, działają dla dobra swego narodu i pewność, że są one w stanie ochronić ludność, przyczynić się do jej fizycznego rozwoju, wzmocnić siły i przedłużyć przeciętne lata życia jednostek. Wprawdzie i tu napotkała higiena zrazu przeciwników, którzy lekkomyślnie wołali: *»où il-y-a de l'hygiène il n'y a pas de plaisir«*; ale pionierzy jej odpowiadali słusznie: *»Où il-y-a hygiène, il-y-a santé et pas de santé, pas de plaisir«*. Od jakich lat trzydziestu higiena wreszcie zdołała przekonać opornych i dziś już tak władze miejskie, jak Izba deputowanych i ministrowie uznali, że jest ona najużyteczniejszą i najpotężniejszą z umiejętności lekarskich, że koniecznie umieścić ją należy w szeregu *»des grands intérêts sociaux dont les gouvernements doivent s'occuper«* (Rochard). A pierwszym praktycznym owocem tego był wniesiony w parlamencie projekt ustawy 1887 roku, mającej na celu utworzenie w Paryżu „Dyrekcyi zdrowia publicznego (*»Direction de la santé publique«*).

Jak szybkim krokiem kroczyła w ostatnich lat dziesiątkach ubiegłego stulecia higiena we Francyi, przekonać się można było podczas wszechświatowej wystawy paryskiej w 1900 r., gdzie w pałacu wojskowości urządzona wystawa wszystkich jej zdobyczy i najnowszych urządzeń, dawała jasny przegląd imponującej całości. Rozpatrując się w niej nieco więcej szczegółowo, można było przyznać słuszność zdaniu jednego z autorów francuskich, który wyraził się, że: *»peu de sciences ont marché d'un pas aussi rapide et réalise autant de conquetes en si peu d'années«*. A jeżeli i dziś jeszcze umiejętność ta spotyka we Francyi przy zastosowaniu praktycznem pewne trudności w wielkim przemyśle, to jedynie skutkiem bezgranicznej chciwości grosza i sobkostwa wielkich kapitalistów, którzy bronią się przeciw jej humanitarnym zarządzeniom. Oni więcej stokroć cenią złoto, niż życie i zdrowie robotnika, który złoto to dla nich wyłącznie wydziera krwawą swą pracą z głębi kopalni lub z pośród trybów machin fabrycznych I pod tym względem nasuwa się uwaga, wypowiedziana przy innej sposobności przez jednego z wybitnych polskich pisarzy, że „żaden wiek nie był tak egoistycznym i pełnym obłudy, chociaż nad kolebką jego powiewały najpiękniejsze sztandary — spadkobierca on bowiem majestatu ludu...“ a jednak rządzi dziś światem nie majestat ów, lecz ten, kto ma najwięcej złota, choćby był istotą bezduszną i bezmyślną, płazem raczej niż człowiekiem. Zakres, jaki dziś objęła higiena, zarówno pod względem ściśle naukowym, jak i zastosowania urządzeń publicznych i prywatnych, jest tak ogromny, że przedstawiając tu tylko ogólny zarys historyczny rozwoju medycyny, ograniczyć się musimy do wymienienia jedynie nazwisk najwybitniejszych higienistów francuskich. Tymi są: Jan Noel Hallé († 1822); Alekander Jan Baptysta Parent-Duchatelet († 1836) autor dzieł: o prostytucyi, o higienie publicznej i jeden z założycieli *»Annales d'hygiène publique«*, które to pismo zaczęło wychodzić w 1829 roku; Antoni Labarraque († 1850); Hipolit Royer-Collard († 1850) profesor higieny w uniwersytecie paryskim; Józef Henryk Réveillé-Parise († 1852), autor między innemi słynnego dzieła: „*Traité de la vieillesse hygiènique*“ i „*Hygiène oculaire*“; Mateusz Franciszek Audouard († 1856); Ludwik Franciszek Benoiston de Chateauneuf († 1856); Ludwik René Villermé († 1863); Franciszek Ribes († 1864) profesor higieny w Montpellier, autor głośnego dzieła: *»Traité d'hygiène thérapeutique«*; Adolf Trebuchet († 1865), który, chociaż nie był lekarzem, przyczynił się wielce do poprawienia stosunków zdrowotnych miasta Paryża, jako szef *Conseil de salubrité*; Jan Chrystyan Boudin († 1867), higienista wojskowy, wielce zasłużony około poprawy stosunków zdrowotnych w koszarach i więzieniach, pisarz nadzwyczaj płodny, pozostawił bardzo wiele cennych dzieł i rozpraw, a przez długie lata był naczelnym redaktorem *»Annales d'hygiène publique«*; Edward Adolf Duchesne († 1869); Amadeusz Lefèvre († 1869) lekarz marynarki francuskiej; August Frydoryk Dutroutau († 1872) lekarz wojskowy, który w dziele swem, uwieńczonem nagrodą, przedstawił choroby Europejczyków w strefach gorących i sposoby zapobiegawcze; Michał Lévy († 1872) autor bardzo rozpowszechnionej książki: „*Traité d'hygiène publique et privée*“, pięciokrotnie wydawanej; Jakób Alfons Gérard († 1874) znakomity higienista, redaktor od 1845 r. „*Annales d'hygiène*“; August Gabryel Vernois († 1877), autor licznych prac z zakresu higieny różnych zawodów; Paweł Jolly († 1879); Ludwik August Rapp († 1881), lekarz wojskowy, przyczynił się wiele do przekształcenia na sposób nowoczesny wojskowej służby zdrowia; Sulpicius Antoni Fauvel († 1881), którego zasługą jest zorganizowanie międzynarodowej komisyi i służby zdrowia w Turcyi dla ochrony krajów europejskich przed nawiedzeniem ich zarazą moru i cholery; Jan Baptysta Hillairet († 1882); Ludwik Adolf Bertillon († 1883); Prosper Lucas († 1885) i reszta żyjących jeszcze wybitnych higienistów, których nazwiska dopiero kiedyś później przejdą do historyi.

Higiena też podała cenne wskazówki do urządzenia odpowiedniego szpitali paryskich, zakładów leczniczych i sal operacyjnych, mogących służyć za wzór. Obecnie większością szpitali paryskich zarządza *»l'Assistance Publique«*, instytucya, której budżet roczny na zakłady lecznicze wynosi 36 milionów franków. Szpitale, pozostające pod jej generalnym zarządem, są: *Hôtel-Dieu*, *Pitié*, *Charité*, *St.-Antoine*, *St.-Louis*, dalej: *Hôpital Necker*, *Andral*, *Beaujon*, *Bichet*, *Broca*, *Cochin*, *Lariboisière*, *Broussais*, *Ricord*, *Laennec*, *Tenon*, *Trousseau*, *Hôpital des Enfants-Malades* i dwa *Maisons d'accouchement*. Ze szpitali tych wychodzi rocznie przeciętnie 50,000 mężczyzn i 40,000 kobiet, a około 18,000 dzieci; liczba zgonów wynosi przeciętnie 7,000 mężczyzn, 5,000 kobiet i 3,000 dzieci. Prócz tego istnieje w Paryżu całe mnóstwo domów zdrowia publicznych, jak np. znakomicie prowadzone: *Maison municipale de santé*, *Maison des Hospitaliers de St. Jean-de-Dieu*, *Maison des Dames Augustines de Meaux*, *Maison Rivet*, *l'Etablissement hydro-therapique d'Auteuil* i liczne prywatne kliniki lub inne szpitale, nie będące już w zarządzie *Assistance publique*.

9. Louis Pasteur.

Dnia 27 grudnia 1822 r. w Dôle (departament Jura) urodził się człowiek, którego zwłoki, gdy po 73 latach pełnego zasług dokonał żywota, złożone zostały na wieczny spoczynek w mauzoleum Instytutu jego imienia. Mowę pogrzebową zakończył ówczesny minister oświaty Rambaud temi pamiętnemi słowy: „... jak owe groby, na których ongi widziano spełniające się cuda, tak miejsce to i gmach ten otoczone będą na zawsze aureolą. Pozostaną one źródłem dla przyszłych zdobyczy naukowych, z których ludzkość kiedykolwiek będzie korzystać, a każdy nowy promień sławy złotym plaskiem splynie na grobowiec ten i ten gmach, którego gościnne bodwoje otworem stały dla wielkiej, prawdziwej nauki. U stóp sarkofagu Pasteura przez długie lata spotykać się będą: wdzięczność całej ludzkości z wdzięcznością jego najbliższej ojczyzny“. — I prawdę szczerą powiedział przedstawiciel rządu francuskiego, bo człowiek ów, którego prochy tak wymownie żegnał, był nietylko genialnym uczonym, lecz sama przyroda uświęciła go na mistrza: on miał oczy, uszy i serce dla zjawisk zewnętrznych otwarte, więc też

świat wokoło niego, tak bogaty i pełen osnowy, nie był mu stepem głuchym i martwym. On miał wiarę niezłomną, że nauka i pokój zwyciężą ciemnotę i wojnę, że narody dojdą kiedyś do wspólnego porozumienia, nie dla tego, aby niszczyć, lecz aby budować, i że przyszłość należeć będzie do tych, którzy najwięcej uczynią dla cierpiącej ludzkości. Więc jak niegdyś o Juliuszu Cezarze wyraził się Szekspir, tak i o nim powiedzieć można: nie mało uczonych minie, nim drugi Pasteur się narodzi.

Wszystkim, nawet nie lekarzom, wiadomo, jaki przewrót prace jego i badania wywołały w dotychczasowych pojęciach naukowych medycyny, ile dobroczynnych wprowadziły czynników do leczenia najgroźniejszych, bo szerzących się zakaźnie chorób, ile nowych sposobów ochrony zdrowia podały higienie. A trzeba było istotnie prawdziwego geniuszu, aby człowiek ten, który sam o sobie powiedział, że jest *»étranger aux connaissances médicales«*, dokonał tylu epokowych dla wiedzy lekarskiej odkryć. I trzeba było prawdziwego geniuszu, aby nie będąc właściwie ani specyalistą w badaniach drobnowidowych, ani bakteryologiem w dzisiejszem tego słowa znaczeniu, wykonać to wszystko, co on wykonał. Na ostatniej wystawie paryskiej 1900 r. zebrano przyrządy, jakich używał do swych badań Pasteur, tak proste i pierwotne w porównaniu z późniejszymi, będącymi ostatnim wyrazem techniki. To też patrząc na nie, myślącemu człowiekowi nasuwało się mimowoli zdanie, wypowiedziane przytem przez Delosierea, że widok ich to: *»spectacle aussi suggestif, aussi générateur des reflexions, que la vue du chapeau de Napóléon I, ou du berceau du roi de Rome«*.

Ocena całej olbrzymiej działalności naukowej Pasteura przekracza ramy niniejszej rozprawy i czeka na pióro wytrawniejsze, więc tylko pozwolę sobie tutaj nakreślić szkic mały i w kilku punktach zebrać zwięźle to, co nieśmiertelnym blaskiem opromienia jego imię.

Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że Pasteur dał właściwy początek nowoczesnej nauce o drobnoustrojach (*Théorie des germes*), która do głębi wstrząsnęła podstawami całego rozległego obszaru umiejętności lekarskich. On to dowiódł, że w przyrodzie nie istnieje samorództwo, obalając błędną teoryę o *generatio aequivoca* bakteryi, że fermentacya i gnicie „towarzyszy nie śmierci, lecz życiu“, że drobnoustroje, wywołujące choroby zakaźne, można odosobnić, hodować sztucznie i zaszczepiwszy żywemu ustrojowi, tę samą wywołać chorobę. On wreszcie zdołał ich siłę chorobotwórczą osłabić różnymi sposobami, a przez szczepienie tak osłabionych uczynić ustrój odpornym na zakażenie i ochronić w ten sposób od najcięższych, najstraszniejszych chorób. A we wszystkie te badania wprowadził niezbędną ścisłość i ożywił je niezwykłą bystrością spostrzegawczą swego niepospolitego umysłu.

Wielkie odkrycia Pasteura otworzyły dopiero oczy innym na niezmierzone, nietknięte jeszcze ugory dalszych badań i nowych doświadczeń, a zastosowane w praktyce stały się prawdziwem dobrodziejstwem ludzkości. Lister sam przyznaje, że do wprowadzenia w chirurgii nowego opatrunku, który wywołał znany zwrot w całej dziedzinie operacyjnej, natchnęły go wyniki badań pasterowskich. Niemieccy bakteryolodzy, z Robertem Kochem na czele, większą część swych odkryć późniejszych oparli też na zasadach, głoszonych przez Pasteura.

Rozpatrując się w szczegółach prac pasteurowskich, możemy sobie wyrobić dopiero pojęcie o wielkiej ich doniosłości. Przedewszystkiem występuje on z witalistyczną zasadą kiśnienia i gnicia, udowadnia, że procesy te, tak znane i niezbędne w przyrodzie, wywołane zostają przez czynność pewnych drobnoustrojów; dowodzi, że fermentacya mleczna, masłowa i octowa dokonywa się pod ich wpływem.

W r. 1857 ogłasza odkrycie, że przemiana cukru mlecznego w kwas mleczny dokonywa się pod działaniem właściwego fermentu, który nazwał „nowemi drożdżami“ w odróżnieniu od drożdży znanych już, a wywołujących fermentacyę piwa. Wkrótce potem udowadnia, że i kwas winny rozkładają pewne fermenty na kwasy, z których jeden fermentuje, drugi nie.

Objaśnia działanie t. zw. *fleur du vin* i *fleur du vinaigre*, czyli *mycoderma vini* i *mycoderma aceti*, a w związku z tem robi cały szereg doświadczeń nad rozkładem wina, dochodzi do odkrycia drobnoustrojów, które rozkład ten wywołują, opisuje je i hoduje sztucznie, a znalazłszy przyczynę t. zw. kwaśnienia wina, podaje proste i pewne sposoby zapobiegawcze (pasteryzowanie wina).

W roku 1858 robi cenne spostrzeżenia nad rozwojem drożdży, wykazuje, z czego się one składają i w jakich warunkach mogą żyć lub ginąć i podaje normalny płyn odżywczy dla hodowania ich.

Przy sposobności badań nad fermentacyą masłową odkrywa ferment, który może żyć bez powietrza, a nawet, że tlen wprost mu szkodzi i powoli zabija. Wkrótce odkrywa drugi podobny ferment winianu wapna (1863 roku). Przedstawia więc naukowemu światu rzecz całkiem nową i niezmiernie ciekawą: że istnieją bakterye, które dopiero wtedy mogą się rozwijać, gdy je pozbawimy tlenu, podaje sposoby hodowania ich i pierwszy na tej podstawie wprowadza podział drobnoustrojów na bakterye anaërobowe (beztlenowce) i bakterye aërobowe (tlenowce).

Niezmiernie ważne też są jego spostrzeżenia nad chorobą jedwabników, tą plagą hodowców, która epidemicznie niszczyła całe mnóstwo jedwabniczych kolonii.

Wynajduje metody hodowania bakteryi wąglika, dowodząc niezbicie, że śmiertelna ta choroba wywołaną bywa jedynie przez bakterye. W toku tych doświadczeń wykazuje, że istnieje jeszcze drugi zarazek, bardzo podobny do wąglikowego, a jednak inny, który nazwał *»vibrion séptique«*, a który wywołuje posocznicę.

Przy pomocy obmyślonego przez siebie sączka (filtra) do przesączania drobnoustrojów i pożywki odżywczej do hodowania bakteryi, podaje pierwszą metodę rozdzielania i otrzymywania czystych hodowli, która, jakkolwiek bardzo trudna technicznie i mozolna, a później dopiero przez innych badaczy uproszczona, posłużyła mu do wykonania wszystkich dalszych wiekopomnych odkryć. Wreszcie w roku 1880 zadziwia świat cały odkryciem, dokonanem najpierw na bakteryach t. zw. cholery kur, że siła chorobotwórcza drobnoustrojów tych słabnie pod pewnymi, ściśle dającymi się określić warunkami, przyczem one same ani nie giną, ani nie zmieniają swego wejrzenia. Wkrótce po tem pierwszem, niesłychanie dla dalszych badań doniosłem odkryciu, znajduje, że i prątek wąglika można w odpowiedni sposób osłabić. Odtąd zaczyna się cały szereg doświadczeń Pasteura nad sposobami osłabienia jadów chorobotwórczych, uwieńczony tak wspaniałem odkryciem, jak ochronne szczepienie wścieklizny.

Pierwsze próby uodpornienia żywego ustroju przez szczepienie jadu chorobotwórczego wykonał na świniach, szczepiąc im z dodatnim wynikiem bakterye choroby, zwanej *mal rouge des porcs*. Podnietę do doświadczeń w tym kierunku dało Pasteurowi spostrzeżenie, które uszłoby uwagi niejednego mniej bystrego badacza, mianowicie, że w cholerze kurzej, wywołanej szczepieniem z hodowli sztucznych, zarazek działa tem silniej, im świeższą jest hodowla, a po pięciu n. p. tygodniach nie zabija już kury, tylko powoduje lżejszą, krótkotrwałą chorobę. Robi więc dalej próby z innymi zarazkami i przekonywa się, że krew zwierząt, dotkniętych wąglikiem, ogrzana do pewnego stopnia i wstrzyknięta zwierzęciu zdrowemu, nie sprowadza już śmierci, a tylko wywołuje gorączkę. Zachęcony tem, śledzi ciągle i odnajduje różne czynniki, które w ten sam sposób osłabiająco wpływają na siłę bakteryi. Idąc niestrudzenie coraz dalej i robiąc coraz to nowe z ogromnym nakładem pracy podejmowane doświadczenia, dochodzi wreszcie do najdonioślejszego odkrycia. Przedewszystkiem wykazuje, że we wściekliźnie zarazek dostaje się do ustroju drogą nerwów i ogarnia tylko ośrodki, t. j. mózg i rdzeń pacierzowy, że go można przez wysuszenie osłabić, a zaszczepiwszy tak osłabiony nawet po ukąszeniu, zapobiedz wybuchowi choroby. Gdy szczepienia, wykonane w Instytucie Pasteura przez szereg lat, dowiodły, że z zaszczepionych 21,631 osób pokąsanych umarło tylko 99, czyli 0·45%, metoda szczepienia wścieklizny przyjętą została powszechnie, jako największe dobrodziejstwo nowoczesnej medycyny.

Dzięki tym wszystkim nadzwyczajnym odkryciom Instytut Pasteura w Paryżu staje się miejscem pielgrzymek lekarzy i przyrodników całego świata, a urządzony wzorowo i wyposażony bogato, jest po dziś dzień ogniskiem najżywotniejszych, najciekawszych badań naukowych, które dalej prowadzą po śmierci mistrza: Duclaux, Chamberlan, Roux, Miecznikow i inni. A ta szkoła, stworzona geniuszem wielkiego człowieka, przyniesie nam z pewnością nie jedno, bo: *I morgen er atter en dag*[9]).

A teraz kilka dat z życiorysu znakomitego uczonego: Urodzony 1822 r. jako syn garbarza, nauki pobiera w Besançon; od r. 1843 uczęszcza do *l'Ecole normale* w Paryżu, w której 1847 r. zostaje asystentem i na tem już stanowisku dokonywa swych pierwszych głośnych badań nad polaryzacyą. W 26-tym roku życia 1848 r. powołany na katedrę fizyki w liceum w Dijon; w rok później zostaje profesorem chemii w Strasburgu; w r. 1854 organizuje w Lille nowo utworzony *Faculté des sciences*. W r. 1857 obejmuje kierownictwo *Ecole normale* w Paryżu, a w r. 1863 zostaje profesorem geologii, fizyki i chemii w szkole sztuk pięknych. W roku 1867 mianowany profesorem chemii w Sorbonie, 1868 dyrektorem fizyologiczno-chemicznego laboratoryum w *Ecole des hautes études*,

[9]) Słowa Waldemara IV, króla Danii z XIV w., znaczą: I jutro jeszcze będzie dzień. (*Przypisek autora*).

a w r. 1889 dyrektorem utworzonego ze składek publicznych słynnego paryskiego *Institut Pasteur*.

Dzieł naukowych ogłosił według *Revue scientifique* 198, z których epokowe znaczenie mają: »*Nouvel exemple de fermentation determinée par des animalcules infusoires pouvant vivre sans oxygène libre*« (Paryż 1863); »*Etudes sur le vin, ses maladies etc.*« (Paryż 1866, drugie wydanie z 1872); »*Etudes sur le vinaigre, ses maladies etc.*« (Paryż 1868); »*Etudes sur la maladie des vers à soie*« (Paryż 1870); »*Etudes sur la bière*« (Paryż 1876) i cały cykl prac, dotyczących różnych chorób zakaźnych ludzi i zwierząt, a wreszcie wścieklizny.

Umarł 1895 r. w Paryżu. Zwłyki jego złożone zostały tymczasowo w podziemiach katedry *Nôtre-Dame*, skąd dn. 26 grudnia 1896 r. przewieziono je uroczyście do krypty, urządzonej w Instytucie Pasteurowskim przy *rue Dutot*. Krypta ta, będąca olśniewającem a poważnem dziełem sztuki, jest godnem miejscem spoczynku wielkiego człowieka. Ściany jej białe, marmurowe, o szerokich żyłach czarnych; pilastry z marmuru zielonego podtrzymują sklepienie, pokryte wspaniałą mozajką, przedstawiającą alegorycznie prace i doświadczenia, którym zmarły całe swe życie poświęcił. W środku stoi nizki gładki sarkofag z czarnego marmuru, a na nim wyryte tylko dwa wyrazy: Louis Pasteur, lecz zdobią go one więcej, niż wszystkie tytuły i godności. Patrzącemu na ten grobowiec uczonego mimowoli przychodzi na myśl inny sarkofag, wzniesiony pod złoconą kopułą Pałacu Inwalidów: otaczają go zdobyte sztandary, które ongi łopotały nad krwawemi polami bitew, a teraz cicho zwisają nad trumną cesarza, co berło świata dzierżył i jednem skinieniem na śmierć słał tysiące, pełne sił i życia i młodości. Spoczął w najbliższem sąsiedztwie dobroczynnego schroniska wysłużonych obrońców ojczyzny, którzy smutno czekają rychło i dla nich ostatnia wybije godzina. A tamten — śpi wiecznym snem również wśród swoich najbliższych, lecz tam w górze nad jego grobowcem wre dalej w całej pełni zbawienna dla ludzkości praca, bo on w niej życie iskrą geniuszu swego rozniecił.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* Dr. Serkowski z Łodzi zawiadamia, że w pracowni swojej urządza dla lekarzy kurs praktyczny bakteryologicznego rozpoznawania cholery, dla grupy pierwszej od dnia 22 maja, dla drugiej — od dnia 2 czerwca. Program tych zajęć jest następujący: 1) wyosobnianie przecinkowców cholerycznych; 2) różniczkowanie ich; 3) objaw Pfeiffera; 4) aglutynacya; 5) serodyagnostyka cholery; 6) sposoby przygotowania szczepionek przeciwcholerycznych i szczepień ochronnych; 7) zasady praktycznego odkażania.

Towarzystwo samopomocy lekarzy: Na fundusz zapomogowy, istniejący przy tem Towarzystwie, złożył Dr. Józef Roth z Krempny 40 koron, zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr. Brilla.

Dr. Langie, sekretarz generalny.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 18 maja.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 10 b. m. posiedzenie nadzwyczajne. Przewodniczący wyraził w imieniu Towarzystwa słowa szczerej wdzięczności i uznania kol. Wrzoskowi za dotychczasowe sumienne i umiejętne sprawowanie urzędu bibliotekarza Towarzystwa. Kol. Jan Landau jednomyślnie został wybrany bibliotekarzem. Następnie odbyły się odczyty: kol. Rosnera: „O bolach międzymiesiączkowych" i kol. Borzęckiego: „Kiedy możemy osobnikowi, który przebył kiłę, pozwolić na zawarcie związków małżeńskich".

* Dr. Jan Piltz, którego mianowanie na stanowisko profesora psychiatryi w Uniw. Jagiell. zostało urzędownie ogłoszone, odbył dnia 16 b. m. wykład wstępny przy licznym udziale lekarzy miejscowych i młodzieży.

* Dr. Jan Mierzejewski, b. profesor psychiatryi w Petersburgu, otrzymał order białego orła.

* Towarzystwo lekarskie w Wilnie odmówiło wzięcia udziału w cyklu wykładów publicznych o cholerze, nie życząc sobie obowiązkowego poddawania odczytów pod cenzurę policyjną.

* Wyszło z druku XXXII Sprawozdanie Towarz. opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie, z którego dowiadujemy się, że w r. 1904 leczono w szpitalu św. Ludwika chorych stałych 1378, przychodnich 6355. Z tych ostatnich było prawidłowo rozwiniętych 4121, gruźliczych — 662, zołzowatych — 764, krzywiczych — 765, kiłowatych — 43. Porady chirurgicznej zasięgało osób 1377: z tych przyjęto do stałego leczenia 288; ambulatoryjnie wykonano operacyi 658; założono opatrunków — 212; na chorych stałych wykonano 305 zabiegów operacyjnych. W oddziale chorób zakaźnych leczono na błonicę surowicą przeciwbłoniczą prof. Bujwida osób 245, z których 65,5% wyszło wyleczonych, 32,6% zmarło, 2,9% pozostało na r. 1905. Intubacyę wykonano 126 razy, następową tracheotomię 9 razy. Na płonicę leczono 196 dzieci, z których wyzdrowiało 70%, zmarło 25,5%, pozostało na rok 1905 — 4,5%. Roczna śmiertelność ogólna wynosiła w r. 1904 — 33%.

Sprawozdanie nastręcza nam jeszcze następujące uwagi:

1) Ambulatoryum kliniczne wzrasta z każdym rokiem:

rok 1901 . . .	5,474	chorych
„ 1902 . . .	5,646	„
„ 1903 . . .	6,229	„
„ 1904 . . .	6,355	„

2) Szpital św. Ludwika nie jest ściśle biorąc jedynie krakowskim szpitalem, przeważa w nim liczba chorych zamiejscowych, a przewaga ta najwyraźniej występuje w oddziale chorób zakaźnych, co do których można powiedzieć, iż w szpitalu św. Ludwika znajdują schronienie chorzy prawie z całej zachodniej Galicyi.

3) Obok kliniki zasługuje na wzmiankę oddział chirurgiczny, gdzie leczono stałych chorych 305, a oprócz tego wykonano ambulatoryjnie 658 zabiegów operacyjnych i założono 212 trwałych opatrunków (gipsowych i innych).

4) Oddział chorób zakaźnych był w r. 1904 przepełniony: leczono na błonicę 245 chorych (z tych 170 zamiejscowych), na płonicę 196 chorych (z tych 115 zamiejscowych).

5. Kolonia w Rabce rozwija się nader pomyślnie: w roku sprawozdawczym było 141 dzieci, a tej liczby nigdy przedtem nie było.

* Ustawa o Radzie szkolnej krajowej, uchwalona przez Sejm galicyjski podczas ubiegłej sesyi, wchodzi w życie z dniem 10 czerwca. W składzie tej Rady szkolnej, zorganizowanej podług uchwały sejmowej, nie będzie zasiadać lekarz, niema też go w spisie osób, przedstawionych cesarzowi do zatwierdzenia na stanowiska członków Rady. I chyba przypadkowi przypisać to trzeba będzie, jeśli Rady miejskie Lwowa i Krakowa, wybierające po jednym delegacie do Rady szkolnej, zechcą do niej wprowadzić lekarza; natomiast pozostanie zupełne i zdumiewające zapoznanie przez Sejm zasady, że stanowisko lekarza w Radzie szkolnej jest wprost niezbędne, że w wychowaniu publicznem rozwój cielesny jest częścią równorzędną z rozwojem umysłowym, a ochrona zdrowia młodzieży, zwłaszcza w naszych tak niehigienicznych budynkach szkolnych, jest postulatem sumienia, wypływającym z ustawy, obowiązującej Radę szkolną krajową. Nie wiemy jakie stanowisko zajęli lekarze-posłowie, gdy sprawa ważyła się w Sejmie; odczuwamy jednak cierpko, że pomimo ich powagi mogła przejść uchwała ze stanowiska społecznego tak wadliwa, tak nielicująca z elementarnemi potrzebami wychowania publicznego.

* Między 23 a 29 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, (1 gm.), brzeżańskim (3 gm.), czortkowskim (1 gm.), drohobyckim, horodeńskim (po 2 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (4 gm.), kamioneckim (5 gm.), kołomyjskim (2 gm.), liskim, nadwórniańskim, niskim (po 1 gm.), nowosądeckim, przemyskim (po 2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), rohatyńskim, śniatyńskim (po 1 gm.), staro-samborskim, stryjskim (po 4 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (2 gm.), zaleszczyckim (3 gm.), zborowskim (2 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (3 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Luthje mian. został prof. nadzwyczajnym i kierownikiem klinicznego ambulatoryum w Erlandzie.

Nekrologia. Dr. Leon Dudrewicz, ordynator warszaw. szpitala dla dzieci, zmarł w 66 r. życia. Szkoły średnie ukończył w Warszawie, uniwersytet — w Moskwie, a doktoryzował się w Warszawie roku 1863. Po skończeniu uniwersytetu trudnił się wykonawstwem lekarskiem w Kałuszynie, a od roku 1868 osiadł w Warszawie, gdzie życia dokonał. Wykształcony wszechstronnie, ogłosił drukiem kilkanaście roz-

praw z różnych gałęzi medycyny. Dr. Edward Brill zmarł w Żmigrodzie d. 5 maja. Dr. Everett Dutton, należący do szkoły lekarskiej „międzyzwrotnikowej“ w Liwerpolu, zmarł na wyprawie naukowej w Kasongo (kraj Congo), licząc lat 29. Pozostawił znakomite badania nad śpiączką negrów (*trypanosomiasis*) a w ostatnim czasie pracował nad chorobą „tick fever“, grasującą w Afryce równikowej; na krótko przed śmiercią doniósł, że wraz z Toddem udowodnił drogą szczepień z człowieka na małpy, że chorobę tę wywołuje gatunek prątka krętego (*spirochaete*).

Bibliografia

— *Nowiny lekarskie* Nr. 5. Kostanecki: Descensus testiculorum. Lemberger: O rozkładzie chloroformu podczas stosowania go przy narkozie.

— *Zdrowie* Nr. 5. Brunner: Zasady walki z cholerą. Chmielińska: O bezpłatnych zabawach dzieci ubogich. Polak: O nowym sposobie przyrządzania krowianki.

— *Medycyna* Nr. 18. Flatau i Sterling: O nowotworach rdzenia (c. d.). Klein: Stan obecny nauki o nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, oraz wyniki badania krwi odnośnych przypadków dokonanego przez autora (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 17. Brunner: Przyczynek do hodowli beztlenowców. Krokiewicz: Działanie lecznicze gryzeryny w gruźlicy płuc (dok.). Pawiński i Korzon: O działaniu teocyny w chorobach serca i nerek (dok.).

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. I. Bikeles i Gizelt: Fizyologiczne doświadczenia na psach. Męczkowski: Historya szpitali św. Ducha i św. Trójcy w Kaliszu. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce (c. d.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 3 (poświęcony przeważnie Zjazdowi balneogicznemu). Praschil: Kilka słów o kąpielach słonecznych. Dłuski: Sanatoryum dla chorych piersiowo w Zakopanem.

— *Głos lekarzy* Nr. 10 zawiera: Stosunek lekarzy zdrojowych do lekarzy ordynujących. — Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.) — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi (c. d.). — Feileton.

— *Przegląd felczerski* Nr. 9 zawiera: Cholera. — Re- transi implantacya zębów. — Leczenie gorączki u chorych na gruźlicę płuc.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 19. Kimla: Latentní hypoplasie vrozenó složitých orgánů žlazových při vrožene přijici. Hynek: Haemovoluminimetr co přistoj ku makroskopické diagnostice krevních onemocnění. Pexa: Serotherapie při spále a několik připadův, antiscarlatinosním serem Bujwidovým lečených. Slavik: Druhá výroční zpráva léčebného ustavu k léčení paprsky světetnými i t. d. w Praze.

— *Sborník klinický* Č. 4. Pitha: O nádorech placentárních. Vanýsek: Význam expiračni retardace pulsu, orthostaciské tachykardie Thomayerovy a Erbenova příznaku.

— *La Presse médicale* Nr. 36. Chauffard: Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych na tle meningokoka. Jarvis: Obecna epidemia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Ameryce.

Nr. 37. Landouzy: Choroba królewska. Uzdrawiające dotykanie gruczołów zołzowych przez królów dawnej Francyi i Anglii. Courmont: Lecznica przeciwgruźlicza w Lugdunie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 19. Rubner: Przemówienie przy otwarciu higienicznego Instytutu w Berlinie. Ehrlich i Sachs: Mechanizm działania antyamboceptorów. Grawitz: Choroby krwi a balneologia. Prausnitz: W sprawie różniczkowania mętwika cholery a mętwików podobnych do cholerycznych zapomocą badania agaru krwi. Hoffmann i Marx: Przyczynek do poznania znamion Quinquauda. Steinsberg: Leczenie miażdżycy tętnic. Fisch: Leczenie kąpielowe przy chorobach serca i zaburzeniach wyrównania. Immelmann: Ortofotografia serca.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 19. Singer: Rzekome zapalenie wyrostka robaczkowego a ból krętniczokątniczy (*ileocoecalis*). Zeitner: Rytmiczne tętniące poruszanie głowy (objaw Musseta) w chorobie Bassedowa. Favarger: Przyczynek do etyologii osłabienia mięśnia sercowego. Kühnel: Przypadek przebicia zserowaciałego gruczołu zaoskrzelowego do przełyku i prawego oskrzela głównego.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 19. Gerhardt: Patogeneza żółtaczki. Forssner: O możliwości rozróżniania zapomocą odczynu precypitynowego wyosobnionych ciał białkowatych, zwłaszcza płynów, zawierających białko a pochodzących z tego samego ustroju. Wegele: W sprawie rozszerzenia żołądka z zwiotczenia. Hucter: Krwionercze (*haemonephrosis*) a rak nerki. Bittorf: Pochodzenie szmeru sercowo-płucne, czy też z zagięcia aorty? Zarazem uchyłek aorty z pociągania przez gruźlicze gruczoły. Denker: Leczenie gorączki siennej. Lommel: Leczenie białaczki istotnej i rzekomej promieniami Röntgena. Scheben: Przyczynek do skuteczności operacyi Edebohlsa. Schläpfer: Wpływ wibracyi na czucie przy faradyzacyi. Schlachta. Chemiczne naśladowanie biologicznego działania promieni.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 19. König: O raku. Noorden: Leczenie otyłości. Sasaki: Doświadczenia nad znaczeniem istot wyciągowych mięsa dla trawienia żołądkowego. Neisser: Doświadczenia nad przenoszeniem się kiły na małpy. Prowazek: Badania nad istotą czynnika w krowiance.

Redakcya otrzymała. XXXII-cie sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 19 (od dnia 7/V do 13/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 30, dziew. 24; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 26, kob. 22; zamiejscowych: męż. 9, kob. 6.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 4, obcych —. 2) gruźlica: miej. 14, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 5, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 3, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem**: miejscowych 48, obcych 15.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne.

(Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr. **Brodzki Jan.**

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr. **Riedmüller B.**, b. asyst. klin. chir. Uniw. Jag., lekarz oddziału dermatol. szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Dr. **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag.. lek. zakł.

Kosów.

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.

Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr. **Askenazy Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr. **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „Pod Kosynierem").
Dr. **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").

Maryówka pod Lwowem,

sanatoryum i zakład wodoleczniczy.

Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Rabka.

Dr. **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr. **Wajgiel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu na Miedziusiu.
Dr. **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr. **Zuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.

Dr. **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr. **Pelczar Zenon.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.

Dr. **Dłuski Kaz.**, Dyrektor Sanatoryum dla piersiowo chorych (4—5 g.).
Dr. **Dłuska Bron.**, Sanatoryum (wtorek, czwartek, sobota 5—6 g.).

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Biarritz.

Dr. **Bohdanowicz A.**, (Villa Enia) (zimą **Nizza** 11. Boulv. Victor Hugo).

Cieplice trenczyńskie.

Dr. **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr. **Wobr**, lekarz zakł. (zimą **Lussinpiccolo**).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen").

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" IV)

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie, słoneczne i piaskowe).

Dr. **Oransz M.**, (Polak), specyalista chor. dzieci i ortopedyi.

Karlsbad.

Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kostecki**, (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva") (przez cały rok).

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr. **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Marienbad.

Dr. **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr. **Kaufmann Michał**, („Villa Lissa").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder R.**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.

Dr. **Jankowski Fr.**

Wiesbaden.

Dr. **Simon Aleks.**, (z Warszawy), właściciel lecznicy fizyk.

Rok XLIV. Kraków 27 Maja 1905. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych i ich znaczenie w naukach lekarskich.

Podali

Prof. W. Jaworski i **Dr. K. Flis**, asystent kliniki.

(Rzecz wykonana w czerwcu, lipcu i sierpniu 1904 w pracowniach kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell. R. Dw. Prof. Edwarda Korczyńskiego).

Miejscem wszelkich procesów życiowych, tak prawidłowych, jak patologicznych, w ustroju zwierzęcym lub roślinnym jest komórka. To jest podstawą dzisiejszej fizyologii i patologii.

Komórka zwierzęca i roślinna mają zasadniczo tę samą budowę. Składa się ona z pierwoszcza i jądra, a nieliczne komórki bez jąder, jakie dzisiaj znamy, są tylko albo czasowym okresem rozwoju (ciałka krwi czerwone), albo dla braku odpowiednich metod techniki mikroskopowej, która jąder wykazać nie pozwala, bywają do nich zaliczane. Tak n. p. do niedawna uważano bakterye za komórki bez jąder, aż powiodło się Bütschliemu właściwemi metodami barwienia wykazać istnienie jąder w bakteryach.

Większa część komórek roślinnych tem się różni od zwierzęcych, iż otoczoną jest błoną komórkową, złożoną z drzewnika *(cellulose)*, oraz drugą wewnętrzną, pierwoszczową, utworzoną z pierwoszcza. Obok pierwoszcza komórki roślinne zawierają obfitą nieraz ilość soku komórkowego, który w komórkach zwierzęcych przesiąka jednomiernie całe pierwoszcze. Wreszcie w komórkach roślinnych znachodzimy zieleń roślinną (*chlorophyllum*), mającą własność pod wpływem światła rozszczepiania CO_2, zużywania C na budowę komórki i wydzielania tlenu.

Nie jest zadaniem naszem wchodzić w szczegóły budowy pierwoszcza komórkowego. Pod tym względem różne istnieją zapatrywania; wspomnieć jedynie należy, że pierwoszcze posiada niektóre własności ciał płynnych i stałych zarazem i że należy do istot koloidowych. Z ogólnych własności koloidów wiemy, że nie przechodzą one przez błony zwierzęce, że się w sobie nie rozpuszczają i same zachowują się jak błony. Dlatego zmieszane ze sobą odgraniczają się wyraźnie nawet w wielkiem rozdrobnieniu. Tem zjawiskiem fizycznem tłómaczymy sobie istnienie komórek zwierzęcych, pozbawionych błony komórkowej.

Tak samo i inne zjawiska życiowe komórki (rozszczepianie, utlenianie itd.) przypisywano dawniej jej sile żywotnej, usuwającej sie z pod praw fizyki i chemii. Dopiero w ostatnich latach zdołano z nieżywych komórek otrzymać substancye, zdolne do wywołania tych samych zjawisk życiowych: rozszczepiania, utleniania itd., co komórki żyjące. Są to zaczyny (fermenty) komórkowe, należące do koloidów, które nazwano oksydazami. Z tem odkryciem witalizm komórki wiele stracił na znaczeniu.

Komórki żyjące otoczone są w ustroju zwierzęcym płynem, tak zw. sokiem komórkowym, który nie jest niczem innem, jak rozczynem pewnych soli. W nim jedynie zdolne są one do życia, a przeniesione do innego środowiska naprzód zmieniają swą postać, a wreszcie giną. W wodzie przekroplonej zmiana postaci komórki polega na jej pęcznieniu, co dawniej tłómaczono sobie zdolnością przyciągania wody przez sole, zawarte w pierwoszczu komórki. Dzisiaj zjawisko to uważamy jako sprawę czysto fizykalną, jako objaw i następstwo ciśnienia osmotycznego.

Komórki roślinne wogóle nie są otoczone tak jak zwierzęce sokiem komórkowym, lecz znajdują się albo w innej tkance podstawowej, napojonej obficie płynem, albo w przestrzeniach międzykomórkowych, wypełnionych parą wodną. W tych warunkach pierwoszcze ich, zawierające znaczną ilość soli, musiałoby ciągle pęcznieć, wreszcie się rozpłynąć, gdyby mu nie stawiała zapory błona komórkowa drzewnika, łatwo przepuszczalna dla soli i cukru (*membrana permeabilis*).

Dzięki ciśnieniu osmotycznemu pierwoszcza, błona z drzewnika jest w prawidłowych warunkach silnie napięta, a błona pierwoszcza, będąca błoną pół-przepuszczalną *(membrana semipermeabilis)*, to zn. łatwo przepuszczalną dla wody, a bardzo trudno dla rozczynów soli i cukru, tak do niej przyciśnięta, że widzieć jej nie możemy.

Jeżeli komórkę roślinną umieścimy w rozczynie soli o silnem stężeniu, wówczas cząstki wody z komórki dążą do rozczynu soli dla sprowadzenia równowagi w ciśnieniu osmotycznem; pierwoszcze zaczyna się kurczyć, a błona pierwoszczowa odrywa się od błony drzewnikowej.

Botanik van de Vries (1) był pierwszym, który to zjawisko spostrzegał na zawierających barwik komórkach roślin: *tradescantia discolor*, następnie *curcuma rubricaulis* i *begonia manicata* w różnych rozczynach cukru trzcinowego, i nazwał je *plasmolysis*. Zauważył on, iż w rozczynach o silnem stężeniu plazmoliza odbywała się szybko, o słabem zaś stężeniu wolniej, a przy pewnem stężeniu nawet wcale jej nie było.

To samo zjawisko badał następnie w różnych rozczynach azotanu potasowego, a dobrawszy pewne rozczyny azotanu potasowego i cukru trzcinowego takie, w których plazmoliza w jednym czasie się rozpoczynała, porównał je ze sobą i przekonał się, iż rozczyny te posiadały równą ilość drobin chemicznych. De Vries nazwał je rozczynami izotonicznymi i stworzył pierwsze prawo osmozy:

Rozczyny, zawierające w równej objętości tą samą ilość drobin, wytwarzają takie samo ciśnienie osmotyczne.

Dalsze jednak badania praw ciśnienia osmotycznego temi metodami wykonać się nie dały, a dokonano je dopiero na sztucznych błonach pół-przepuszczalnych.

Pierwszym, który taką błonę wytworzył, był Traube. Wstawił on do naczynia z rozczynem siarkanu miedziowego drugie naczynie, wypełnione szczelnie rozczynem żelazocyanku potasu, obrócone dnem do góry tak, iż obie powierzchnie płynów bezpośrednio się stykały. W miejscu zetknięcia się płynów przez strącenie powstaje natychmiast błona żelazocyanku miedziowego, przepuszczalna dla wody i niektórych soli, jak np. azotanu barowego, siarkanu amonowego.

Ta sztuczna komórka Traubego, zanurzona w wodzie, okazuje to samo zjawisko pęcznienia, jak komórka roślinna. Lecz i na tej drodze badania osmozy nie wiele postąpiły.

Dopiero Pfefferowi (2) udało się błonę ową uczynić więcej trwałą. Używał bowiem jako naczynia wewnętrznego, porowatej rury glinianej, którą wypełnił rozczynem żelazocyanku potasowego i dnem na dół wstawił do rozczynu siarkanu miedziowego. Błona strącalna wytworzyła się wówczas w porowatej ścianie naczynia, była trwałą i mogła służyć do dokonania pomiarów ciśnienia zapomocą manometru. Tą drogą doszedł Pfeffer do następujących praw:

1) Ciśnienie osmotyczne jest wprost proporcyonalne do stężenia rozczynu.

2) Ciśnienie osmotyczne wzmaga się proporcyonalnie do ciepłoty.

Van t'Hoff (3) był pierwszym, który spostrzegł analogię praw powyższych z prawami, którym podlegają gazy i na podstawie swojej teoryi rozczynów wypowiedział zasadę, iż cząstki ciał, znajdujące się w rozczynie wodnym, zachowują się tak samo, jak gaz w przestrzeni zamkniętej, t. j. posiadają pewną prężność i dążność do zajęcia całej, danej im do rozporządzenia przestrzeni.

Idąc szlakiem kształcenia się metod fizykalno-chemicznych, przejdźmy teraz do zjawisk fizycznych.

Jeżeli w naczyniu, wypełnionem wodą, umieścimy na dnie kryształ siarkanu miedziowego, to kryształ ten zaczyna się rozpuszczać i w otoczeniu jego następuje zabarwienie wody, szerzące się coraz dalej tak, że po pewnym czasie cała ilość wody przyjmuje zabarwienie niebieskie. W tym więc przypadku cząstki soli rozeszły się po całej objętości płynu, a więc i do warstw górnych, pomimo działania siły ciężkości, a to dzięki dążności zajęcia i rozprószenia się w całej, danej im do dyspozycyi przestrzeni.

Jest to zjawisko zupełnie analogiczne z tem, jakie spostrzegalibyśmy, gdybyśmy bańkę gazu umieścili w naczyniu, szczelnie zamkniętem. Własność tę, objawiającą się wywieraniem na ściany naczynia pewnego ciśnienia, nazywamy dyfuzyą przy płynach, a przy gazach prężnością.

Miarą dyfuzyi jest ciśnienie osmotyczne, które demonstruje doświadczenie następujące:

Jeżeli do naczynia, wypełnionego wodą przekroploną, wstawimy drugie naczynie, opatrzone błoną, przepuszczającą wodę, a nieprzepuszczającą soli (półprzepuszczalną), takie, jakie sporządził w sposób poprzednio opisany Pfeffer, wypełnione rozczynem NaCl i połączone pionową rurą szklaną, wówczas zauważymy, że słup rozczynu soli w rurze podnosi się w górę aż do pewnej wysokości, — a to dzięki ciśnieniu osmotycznemu, panującemu w rozczynie soli. Wysokość słupa jest miarą tego ciśnienia. Jeśli porównamy ze sobą rozczyny różnych soli, to przekonamy się, iż chcąc tę samą wysokość soli otrzymać, musimy użyć rozczynów t. zw. normalnych, to znaczy zawierających w 1 litrze tyle gramów ciała, ile wynosi jego ciężar drobinowy, a zatem NaCl 58·5‰, KCl 74·5‰, cukru trzcinowego ($C_6H_{12}O_6$) 342‰.

Mamy więc inny dowód i przykład czysto fizyczny izotonii rozczynów. Tem samem doświadczeniem sprawdzić się dadzą wyżej przytoczone prawa Pfeffera, gdyż jeśli użyjemy rozczynów soli 2, 3, 4 razy silniejszych, wysokość słupa będzie 2, 3, 4 razy większą.

Rozczyny soli podlegają zatem według van t' Hoffa w szczególności następującym prawom, ważnym dla gazów, a zmodyfikowanym dla rozczynów:

1) prawu Boylea-Mariotta: ciśnienie osmotyczne jest wprost proporcyonalne przy tej samej ciepłocie do liczby drobin, znajdujących się w pewnej objętości rozczynu;

2) prawu Gay-Lussaca: ciśnienie osmotyczne jest przy tej samej objętości proporcyonalne do ciepłoty;

3) prawu Avogadroa: ilości ciał rozpuszczonych, które w równej objętości rozczynnika zawarte są w stosunku ciężarów drobinowych, sprawiają przy tej samej ciepłocie takie samo ciśnienie osmotyczne.

Bezpośrednie mierzenie ciśnienia osmotycznego przedstawia znaczne trudności. Dlatego posługujemy się w tych badaniach metodami pośredniemi, a mianowicie częścią fizycznemi, częścią fizyologicznemi.

Do pierwszych należy: oznaczanie obniżenia punktu marznięcia (depresyi Δ_t) i przewodnictwa elektrycznego.

Wiadomą jest rzeczą, że punkt marznięcia rozczynu soli lub n. p. cukru jest niższy, aniżeli wody przekroplonej i to tem niższy, im stężenie rozczynu jest większe. Tak więc rozczyn cukru lub soli, zawierający 2 lub 3 razy mniej drobin, rozpuszczonych w tej samej objętości, będzie miał depresyę 2 lub 3 razy mniejszą. Według obliczeń Raoulta rozczyn, zawierający jedną drobinę ciała, t. j. jeden ciężar drobinowy na 1 litr rozczynu, obniża punkt marznięcia o 1·85° C.

Do oznaczania punktu marznięcia służy przyrząd Beckmanna, dziś tak powszechnie już znany, iż opis jego uważamy za stosowne pominąć. W sposób jednak powyżej opisany pod względem punktu marznięcia, zachowują się jedynie ciała organiczne i bardzo zgęszczone rozczyny soli. W rozczynach rozcieńczonych punkt marznięcia jest niższy, aniżeli by to odpowiadało stężeniu rozczynu. Tak samo porównywując izotoniczne rozczyny cukru trzcinowego z rozczynami różnych soli, widzimy, iż uchylają się one od przytoczonego powyżej prawa Avogadroa tak, iż musimy wprowadzić do rachunku pewien współczynnik, zależny od chemicznej wartościowości ciała. Przykład rzecz objaśni: Aby osiągnąć pewien punkt marznięcia w rozczynie cukru trzcinowego, trzeba użyć stężenia drobinowego n. p. n‰; dla NaCl tak samo n‰; ale dla Na_2SO_4 $\frac{n}{2}$‰ (gdzie n oznacza rozczyn normalny), bo $Na_2(SO_4)''$ jest dwuwartościowe.

Nadto rozczyny soli rozcieńczone również nie podlegają tej ścisłej proporcyi. W miarę bowiem rozcieńczania rozczynu depresya zmniejsza się w mniejszym stopniu, np.

rozczyn NaCl 12 gm $^0/_{00}$ marznie przy —0·6°, a rozczyn 6 gm $^0/_{00}$ marznie nie przy —0·3°, ale przy —0·4°.

Dla wytłómaczenia tego zjawiska podał Arrhenius (1887)(4) swoją teoryą elektrolitycznej dysocyacyi. Mianowicie spostrzegł on, iż wszystkie ciała, okazujące pewne zboczenia od praw van t' Hoffa, należą do przewodników elektrycznych wtórorzędnych, t. zw. elektrolitów, podczas gdy ciała organiczne obojętne są nie-elektrolitami. Przyjął więc dla wytłómaczenia wyżej opisanego zachowania się rozczynów soli pod względem punktu marznięcia, iż część będących w rozpuszczeniu drobin już przez samo rozpuszczenie ulega rozszczepieniu na cząstki (jony), z których każdy posiada własności osmotyczne całej drobiny i że rozczyny o tyle przewodzą prąd elektryczny, o ile zawierają jony. Według tej teoryi zatem rozczyn NaCl zawiera całe drobiny NaCl, oraz jony Na˙ i Cl′. Tem tłómaczymy sobie zjawisko, iż $CuSO_4$ w rozcieńczonych rozczynach zmienia barwę na zielonkawą, a to dzięki wielkiej ilości kationów Cu˙.

Jeżeli przez taki rozczyn przepuszczamy prąd elektryczny, wówczas jedne jony, naładowane elektrycznością dodatnią, dążą ku katodzie (kationy˙), drugie, naładowane elektrycznością ujemną (aniony′), dążą ku anodzie i przenoszą swoją elektryczność w tym kierunku. Tak więc przewodnictwo elektryczne rozczynu zależne jest od ilości jonów i od szybkości ich wędrowania, nie zależy zaś od ich jakości; w miarę zaś zwiększania się przewodnictwa elektrycznego rozczynu, zwiększa się także jego depresya.

Do oznaczenia przewodnictwa elektrycznego używaliśmy przyrządu Ostwalda, którego opis znajdzie czytelnik w każdym podręczniku fizyko-chemii (5).

Przewodnictwo, oznaczane jako odwrotna wartość oporu, stawianego prądowi elektrycznemu, zależy także od kształtu naczynia, oraz kształtu i odległości elektrod. Tę zależność, nazwaną pojemnością oporową naczynia, trzeba dla każdego naczyńka i wzajemnego położenia do siebie elektrod, które muszą być ustalone,— wprzód oznaczyć zapomocą znanego rozczynu, np. KCl i porównania jego przewodnictwa z przewodnictwem tego samego rozczynu, podanego przez Kohlrauscha w tablicach

W naszych doświadczeniach współczynnik ten f wynosił 0·4 Przez tę ilość mnożąc znalezione przewodnictwo l wody, otrzymujemy jej przewodnictwo właściwe $\varkappa$.

Aby można przewodnictwo poszczególnych rozczynów soli (a więc i wód mineralnych) między sobą porównywać, obliczamy przewodnictwo równoważnikowe λ, dzieląc $\varkappa$ przez sumę z ilości równoważników chemicznych η, zawartych w 1 cm³. (C. d. n.)

II. Z pracowni bakteryologicznej prof. J. Nowaka w Krakowie.

O pasteryzacyi mleka dla niemowląt.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński

asystent kliniki chorób dziecięcych prof. Jakubowskiego w Krakowie.

Zdobycze bakteryologii, które wykazały znaczenie drobnoustrojów, jako czynnika etyologicznego w ogromnej większości stanów chorobowych, stanowią, podobnie jak we wszystkich gałęziach medycyny, tak i w nauce o sztucznem żywieniu niemowląt, zasadniczy przełom. Nietylko wyjaśniły nam one główną przyczynę poprzednich niepowodzeń, napotykanych przy żywieniu dziecka mlekiem zwierzęcem, lecz równocześnie dały nam w rękę proste a skuteczne środki zaradcze. Dzięki zasadzie wyjaławiania mleka zdobytą została możność żywienia dziecka mlekiem, wolnem od wszystkich drobnoustrojów chorobotwórczych, jakoteż innych bakteryi, powodujących w tym płynie niepożądane zmiany chemiczne: postępowanie to pozwala zatem wykluczyć najważniejsze przyczyny chorób przewodu pokarmowego w wieku niemowlęcym. Skoro wreszcie, dzięki prostemu a tak pomysłowemu przyrządowi Soxhleta, zyskaliśmy sposób przeprowadzenia z należytą ścisłością tych zdobyczy naukowych w zastosowaniu praktycznem, zdawało się, iż osiągniętem zostało wszystko, co można osiągnąć, aby upodobnić karmienie sztuczne do warunków żywienia naturalnego.

Po pierwszym okresie zachwytu, spowodowanego temi tak niezmiernie doniosłemi zdobyczami, wyłaniają się z kolei rzeczy nowe, dalsze zagadnienia. Spostrzegamy pewną jakby reakcyę przeciwko traktowaniu kwestyi sztucznego żywienia na gruncie wyłącznie bakteryologicznym z zupełnem pominięciem czynników innej natury. Z wielu stron podnoszą się pytania i wątpliwości, czy dążąc do bezwarunkowej bakteryologicznej czystości pokarmu, nie poświęcamy innych czynników, grających rolę w żywieniu niemowlęcia mlekiem zwierzęcem, a mających również poważne dla ustroju znaczenie; czy przez poddanie mleka działaniu wysokiej ciepłoty, wyjaławiając je, nie powodujemy w niem równocześnie zmian, mogących oddziałać ujemnie na strawność mleka i na wartość odżywczą tego pokarmu.

Pytania te są równie ważne, jak usprawiedliwione.

Gdybyśmy n. p. mieli do czynienia z dorosłym osobnikiem, skłonnym do schorzeń przewodu pokarmowego, wówczas nie zadawalnialibyśmy się przekonaniem, iż pokarm, który mu podajemy, nie jest zakażony, lecz staralibyśmy się usilnie, aby pokarm ten był łatwym do strawienia; tem więcej zatem kwestya ta musi nas zajmować u sztucznie żywionego niemowlęcia. Z drugiej strony nie wszystkie choroby przewodu pokarmowego u dziecka spowodowane są zakażeniem, pochodzącem z zewnątrz; dużą rolę odgrywają również t. zw. samozakażenia i samozatrucia ustroju. Przebywanie w przewodzie pokarmowym niemowlęcia trudno strawnego pokarmu może się stać czynnikiem, niezmiernie sprzyjającym rozwinięciu się tych stanów chorobowych.

Niemniej ważną jest sprawa wartości odżywczej mleka wyjałowionego. Wyjałowienie mleka zmniejsza bezwątpienia w bardzo znacznym stopniu stopień śmiertelności sztucznie żywionych niemowląt; jednakże nie jest jedynym celem naszych usiłowań, ażeby dziecko wychować, lecz także chodzi o to, jak je wychowamy. Pozostaje zatem drugie również bardzo ważne zagadnienie, tyczące wartości fizycznej dzieci, żywionych mlekiem wyjałowionem.

Że ogrzewanie mleka do 100° i wyżej powoduje zmiany chemiczne we wszystkich niemal składnikach tego pokarmu, to wobec nowszych badań można uważać za rzecz udowodnioną. Wiemy, że przy ogrzewaniu mleka w ciepłocie 80° rozpoczyna się rozkład kwasów; około 90° ulegają zmianie sole wapniowe; około 100° zaczyna się modyfikacya istot białkowych i tłuszczu; powyżej 100° na-

stępuje karamelizacya cukru mlekowego Zdaniem Billona[1]) powyżej ciepłoty 80⁰ rozpoczyna się rozkładać sernik na nukleinę i albuminę; pod wpływem dłuższego ogrzewania nukleina traci część swojej zawartości fosforu. Bordas i Raczkowski[2]) wykazali, że działanie ciepłoty 95⁰ przez 30 minut zmniejsza w mleku o 28% zawartość lecytyny; przy ogrzewaniu do 105⁰ mleko traci 30% lecytyny. Ze względu, iż mleko krowie samo przez się ubogie jest w organiczne połączenia fosforu, można przypuszczać, iż utrata ta bardzo jest niekorzystną dla ustroju dziecka, które potrzebuje znacznej ilości tych składników dla wytwarzania tkanki kostnej, nerwowej i szpiku kostnego. Grelley[3]) i Lemaire wykazali, iż $^1/_3$ zawartości fosforanów mineralnych również ulega przez ogrzewanie strąceniu; badania te potwierdzili Ausset[4]) i Breton. — Corbette i Netter[5]) stwierdzili w mleku wyjałowionem ubytek 50% kwasu cytrynowego, któremu autorowie ci przypisują znaczenie dla ustroju, jako substancyi t. zw. przeciwgnilcowej (antyskorbutycznej). Ogrzewanie powyżej 100⁰ nadaje mleku niemiły smak i zapach; wreszcie dłuższe działanie wysokiej ciepłoty jest również powodem, że cząsteczki tłuszczu zamiast tworzyć w mleku wiotką zawiesinę, zbijają się na powierzchni i przedstawiają nieraz prawdziwe grudki masła.

Oto są główne zmiany, wywołane w mleku przez zabieg wyjaławiania. Im wyższą była ciepłota, użyta do wyjałowienia i im dłuższem jej działanie, tem zmiany te są dalej posunięte; jednakże z zestawienia powyższego widzimy, że już ciepłota 100⁰, a zatem najniższy jej stopień, potocznie do wyjałowienia używany, wystarcza, aby prawie we wszystkich składnikach mleka spowodować głębokie przeobrażenia.

Jednakże wiadomości te, uzyskane na drodze badań chemicznych, jakkolwiek ważne, nie wyczerpują do dna całej tej kwestyi. Zdobycze naukowe lat ostatnich nie pozwalają już dzisiaj na pojmowanie mleka i postępowanie z niem tak, jakgdyby pożywka ta była prostym roczynem pewnych ilości białka, cukru, tłuszczu i soli; przeciwnie, wykazały one, iż mleko jest płynem żywym, że jest jednym z soków ustroju przeznaczonym przez naturę specyalnie na pokarm dla młodocianego ustroju i wyposażonym w tym celu niezmiernie cennemi własnościami biologicznemi. Dostarczenie niemowlęciu potrzebnej ilości składników odżywczych nie jest jedynem zadaniem, jakie spełnia mleko matki, lecz prócz tego za pośrednictwem tego płynu przyroda wprowadza do ustroju noworodka szereg istot, do wytworzenia których ustrój ten jeszcze nie jest zdolny, a które zdają się odgrywać ważną rolę w trawieniu i przyswajaniu pokarmu i innych czynnościach życiowych. Niektóre z pomiędzy tych istot mają charakter swoistości; są odrębne dla mleka każdego gatunku i tu leży główna przyczyna, iż pomimo wszystkich udoskonaleń sztuczne żywienie nigdy nie zastąpi w zupełności naturalnego pokarmu; jednakże obok tych swoistych własności istnieje cały szereg składników, wspólnych mleku kobiecemu, a zwierzęcemu. Bechamp[6]), Moro[7]), Marfan[8]), Gillet[9]) i inni badacze wykazali, iż mleko zawiera cały szereg rozpuszczalnych fermentów, t. zw. zymaz, analogicznych do tych, które wydziela przewód pokarmowy: jedne z tych fermentów rozkładają tłuszcze, inne cukier, inne wreszcie, zbliżone do pepsyny i trypsyny, mają własność peptonizowania białka. Fermenty te zawiera zarówno mleko krowie, jak kobiece; oprócz tych wymienionych wyłącznie mleko kobiece zawierać ma ferment, jemu tylko właściwy, t. zw. amylazę, działającą na skrobię równie energicznie, jak ferment, wydzielany przez śliniankę. Arnold, Kowalewski i inni badacze, a w ostatnim czasie Marfan i Gillet wykazali w mleku obecność fermentu utleniającego t. zw. oksydazy; ferment ten znajduje się w większej ilości w mleku krowiem, niż w kobiecem. Obecność tych fermentów, dziś już wykazanych z całą ścisłością, sprawia, iż mleko świeże zawiera nietylko składniki odżywcze, lecz równocześnie i ciała, mające na celu ułatwienie młodocianemu ustrojowi strawienie i przyswojenie tych składników. Oprócz tych cennych przymiotów zawiera mleko świeże jeszcze szereg innych własności, z których część została już dziś wykazaną, część zaś należy jeszcze do zakresu hipotez naukowych. I tak posiada mleko świeże silne własności bakteryobójcze; własności te giną zupełnie przy silniejszem ogrzewaniu mleka. Badania, jakie wykonał Moro, stwierdzają dalej, że surowica krwi dzieci, karmionych piersią, posiada znacznie wyższe własności bakteryobójcze, niż to ma miejsce u dzieci, żywionych sztucznie; Moro przypisuje to obecności aleksyn w mleku kobiecem. Zdaniem Behringa mleko świeże, tak kobiece, jak zwierzęce, posiada bardzo cenne własności uodparniające, mające bronić ustrój noworodka przed wtargnięciem bakteryi chorobotwórczych. Być może wreszcie, że mleko, jako żywy wytwór ustroju, przeznaczony dla niemowlęcia, posiada cały szereg bliżej nam nieznanych istot, mających pobudzać wzrost i rozwój młodego ustroju. Pod działaniem wysokiej ciepłoty własności te, podobnie jak wszystkie poprzednio wymienione, ulegałyby zupełnemu zniszczeniu.

Poznanie tych własności biologicznych mleka, jako żywego płynu, musiało wywołać zupełny przewrót w zasadach sztucznego żywienia. Na miejsce dawnego problematu, jakim przemianom poddać należy mleko zwierzęce, aby je upodobnić do mleka kobiety, wysuwa się coraz bardziej nowe zagadnienie, mianowicie: jak postępować, aby mleko to zachować i podać niemowlęciu o ile można niezmienione. Własności, jakiemi obdarzyła pokarm ten natura, okazały się daleko cenniejszemi, niż te, które mu nadać może ręka ludzka.

Z przytoczonych tych badań[10]), tak chemicznych, jak biologicznych, wynika, iż niezaprzeczone dobrodziejstwa wy-

[1]) Billon: Notes sur les modifications du lait par la chaleur („Rev. crit. de med. et de chir." 1900).

[2]) Bordas et Raczkowski; Diminution du taux des lecithines dans le lait chauffé („Bull. Acad. de Sciences" 1903).

[3]) Thèse de Paris 1902 3.

[4]) „Pediatrie pratique" 1903.

[5]) Scorbut inf. et lait sterilisé („Soc de Pediatrie" 21 Octobre 1902).

[6]) Sur la rymase du lait de femme („Compte rendu de l'acad. des Sciences" 1883).

[7]) „Revue des maladies de l'enf." 1901.

[8]) Hypotheses sur le rôle des zymases du lait („Presse medicale" 1901).

[9]) Gillet: Proces du lait sterilisé („Journal des praticiens" 1900). — Le ferment oxydant du lait („Journ. de phys. et de pathol. gener." 1902).

[10]) Równolegle z temi teoretycznemi badaniami postępuje doświadczenie praktyczne i spostrzeganie kliniczne i dochodzą do identycznych wniosków. Brünning, żywiąc młode koźlątka mlekiem su-

jaławiania mleka okupione są niemałym kosztem. Z wielorakich przeznaczeń, do jakich natura płyn ten przysposobiła, spełnia mleko wyjałowione tylko jedno, t. j. dostarcza dziecku potrzebnej ilości pożywnych składników. A i to zadanie spełnionem jest w sposób niedoskonały, gdyż — jak widzieliśmy — wszystkie składniki mleka ulegają podczas wyjaławiania głębokim zmianom. Wyjaławianie mleka nie jest zatem bynajmniej, — jak to się przez krótki czas wydawało, — ostatnim wyrazem doskonałości w zakresie sztucznego żywienia, lecz raczej złem koniecznem, wynikającem z konieczności uchronienia dziecka od niebezpieczeństw, połączonych z podawaniem mleka surowego. Postępowanie, które pozwoliłoby nam usunąć te niebezpieczeństwa, nie zmieniając przytem własności chemicznych i biologicznych mleka świeżego, byłoby na drodze udoskonalenia sztucznego żywienia ogromnym postępem.

Odkąd zwróconą została uwaga na niekorzystne zmiany, spowodowane w mleku działaniem wysokiej ciepłoty, próbowano zastąpić wyjałowienie mleka różnymi sposobami. Po erze antyseptyki następuje — przynajmniej w teoryi — era aseptyki mleka: ideałem sztucznego żywienia staje się mleko surowe, jałowo — o ile to możliwe — zebrane. Jednakże sposób ten, który niewątpliwie może dawać znakomite wyniki w specyalnie wzorowo urządzonych zakładach, posiadających własne obory, nie znajdzie chyba nigdy szerszego zastosowania praktycznego, raz dla tego, iż jest niezmiernie kosztowny, powtóre, że przy każdem zaniedbaniu lub niesumienności naraża dziecko na ogromne niebezpieczeństwa. Ażeby ułatwić przechowywanie mleka surowego w stanie świeżości, niektórzy autorowie radzą na nowo powrót do postępowania, które w swoim czasie zostało potępione i porzucone, a które polega na dodawaniu do mleka substancyi przeciwgnilnych, n. p. wody utlenionej lub formaliny. Zwłaszcza ten ostatni sposób zyskał sobie w ostatnim czasie wiele rozgłosu dzięki publikacyi Behringa[11]; jednakże w toku rozpraw, jakie stąd wynikły, został ponownie prawie jednogłośnie potępiony, a nawet, jak we Francyi, ustawowo wzbroniony. Behring przeciwnym jest wyjaławianiu mleka, gdyż niszczy ono własności uodparniające i bakteryobójcze tego płynu; natomiast radzi dodawać do mleka małe ilości formaliny (1:10.000) celem utrzymania mleka przez pewien czas w stanie świeżym. Jednakże, jak to z wielu stron wykazanem zostało, postępowanie to również nie jest dla mleka obojętne: owszem powoduje głębokie zmiany chemiczne w serniku, laktalbuminie i tłuszczu mleka; nadto, powstrzymując rozwój bakteryi, wytwarzających kwas mlekowy, sprzyja pośrednio bujaniu drobnoustrojów chorobotwórczych. Z tych i innych powodów[12]) Schlossmann w ostatnim swym referacie o „mleku dla dzieci“ [13]) z naciskiem przestrzega przed stosowaniem tej metody. Zdaniem tego autora nie zna nauka do dziś dnia środka chemicznego, któryby pozwolił zapobiegać psuciu się mleka, nie będąc równocześnie szkodliwym w użyciu.

Obok tych prób, których celem nie było właściwe wyjałowienie, lecz raczej ułatwienie przechowywania mleka, zaznaczyć należy, że i na innych drogach szukano metody, któraby mogła zastąpić wyjałowienie mleka w wysokiej ciepłocie. Do tego celu próbowano użyć wysokiego ciśnienia (Gaulin i Julien), jak również działania promieni ultrafioletowych (Seiffert[14]). Przyszłość dopiero rozstrzygnie, czy która z tych metod zyska sobie praktyczne zastosowanie.

(C. d. n.)

rowem i wyjałowionem, przekonał się, iż przy tym ostatnim sposobie żywienia potrzebuje zwierzę znacznie większych ilości mleka dziennie, aby osiągnąć ten sam przyrost na wadze, co przy mleku surowem. Analogiczne doświadczenie wykonał Moro na dwóch niemowlętach: każde z nich żywił przez pewien czas mlekiem kobiecem surowem, następnie zaś mlekiem kobiecem, wyjałowionem przy 100°: przy tym ostatnim sposobie żywienia przyrost na wadze był znacznie niższy. W ostatnim czasie badania Monrada potwierdziły znany fakt kliniczny, iż mleko surowe wywiera wprost lecznicze działanie w zanikowym braku żywotności (atrofii) niemowlęcia, który przy dalszem żywieniu mlekiem wyjałowionem kończy się niemal zawsze śmiertelnie. Że fermenty zawarte w mleku, a być może i inne własności żywego mleka mają niepospolite znaczenie dla ustroju niemowlęcia, świadczy fakt, stwierdzony przez Eschericha, Biederta i innych badaczy, iż nawet nieznaczny dodatek mleka wprost z piersi kobiecej znakomicie poprawia wyniki sztucznego żywienia. W tym samym kierunku stanowią dowód bardzo pomyślne wyniki, uzyskane w zakładach, poświęconych żywieniu niemowląt mlekiem surowem, jałowo zebranem (n. p. Zakład w Porchefontaine pod Wersalem pod kierunkiem Dra Raimondiego).

[11]) „Therapie der Gegenwart“ 1904, Nr. 1).

[12]) Schaps, badając zwłoki 5-mies. dziecka, żywionego przez 3 tygodnie mlekiem z dodatkiem formaliny (1 : 10.000), znalazł w jelicie cienkiem liczne wrzody, które zdają się być spowodowane działaniem formaliny (21 Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Breslau, 1904).

[13]) Schlossmann: Über Kindermilch (ibid).

[14]) Seiffert: Über Kindermilch (ibid).

III. Leczenie chorób kobiecych gorącemi kąpielami powietrznemi [1]).

Podał

Dr. Stanisław Lewicki

b. asystent kliniki położ.-ginek. Prof. Marsa we Lwowie.

Niemal codziennie czytamy w prasie lekarskiej o nowych sposobach leczenia, z których jedne mają żywot tylko przejściowy, tak szybko znikają, jak powstały, inne natomiast w miarę doświadczenia i stwierdzenia wyników leczniczych, podanych przez ich autorów, zyskują sobie prawo obywatelstwa w lecznictwie i wzbogacają skarbiec naszych środków leczniczych. Lekarz, postępujący równorzędnie z nauką, a nie zasklepiający się tylko w ciasnem kole jednego szematu leczenia, musi się z tymi nowymi sposobami liczyć, stosować je u swoich chorych, nie chcąc się narazić na nazwę zacofańca. Podobnież, zdaniem mojem, i zdrojowiska, które z powodu swoich wyjątkowo korzystnych warunków tak ważne zajmują stanowisko w leczeniu różnych cierpień, powinny starać się u siebie te nowe i uznane sposoby leczenia wprowadzać, a przez to bądź to rozszerzyć swoje dotychczasowe wskazania lecznicze, bądź też dodać do już używanych środków leczniczych nowe, odpowiadające postępowi nauki.

Jednym z nowszych sposobów leczniczych, którego jednak racyonalność i skuteczność została potwierdzoną przez całe szeregi prac i doświadczeń najpoważniejszych autorów, jest sposób leczenia zapomocą gorącego powietrza. Najlepszą miarą jego wartości leczniczej są ciągle pojawiające się w prasie ogłoszenia o powstawaniu nowych zakładów leczenia gorącem powietrzem, jak n. p. w Wiedniu (Thermal-Kuranstalt), Warszawie (Zakład Dr. Goldberga) i t. d. U nas w Galicyi, o ile mi wiadomo, oprócz klinik ginekologicznych krakowskiej i lwowskiej, które już od chwili pojawienia się pracy Polana w r. 1901 ten sposób u siebie zastosowały

[1]) Odczyt zgłoszony na tegoroczny Zjazd balneologiczny.

i dotąd stosują, znajduje się przyrząd do gorących powietrznych kąpieli w oddziale wewnętrznym doc. Wiczkowskiego w Szpitalu lwowskim i w Domu zdrowia Dr. Soleckiego, a co więcej, urządziło ten sposób leczenia u siebie w domu kilku lekarzy, prywatnie praktykujących. Ze zdrojowisk od 2 lat posiada przyrząd Polana Morszyn i zakład wodoleczniczy „Maryówka", a jak przypadkowo dowiedziałem się, również Darków na Śląsku austryackim i Francensbad, prawdopodobnie również i inne za granicą[2]).

Sposób leczenia zapomocą gorąca jest to rzecz stara i dawno uznana. Nie potrzebuję przypominać, że działanie wszelkich kataplazmów, gorących okładów, gorących kąpieli wodnych, a również w znacznej części i borowinowych polega na zastosowaniu gorąca na skórę i wywołaniu w ten sposób w niej przekrwienia. Niewątpliwie do tego samego działu należy również leczenie zapomocą gorącego powietrza. Jak doświadczenia Grünbauma wykazały, najwyższy stopień znoszenia ciepłoty u człowieka wynosi:

dla wody	40—50° C.
dla borowiny, fango .	45—55° C.
dla pary wodnej . .	50—60° C.
dla piasku	55—65° C.

Doświadczenia jednak Grünbauma i Biera wykazały również, że człowiek jest w stanie bez szkody znieść bez porównania wyższą ciepłotę, bo 80—90° C w razie, jeżeli środowiskiem ogrzewającem będzie zupełnie pozbawione wilgoci powietrze. To też Bier pierwszy w roku 1891 wpadł na myśl zastosowania gorących kąpieli z suchego powietrza w przewlekłych wysiękowych cierpieniach stawów i zbudował do tego odpowiedni przyrząd. Wnet potem pojawiły się liczne publikacye, jak Tallermanna, Krausego, Mendelssohna, Rotha i wielu innych, potwierdzające jego wyniki i zachęcające do dalszych prac w tym kierunku. Poczęto się zastanawiać, na czem to działanie polega i w szeregu doświadczeń wykazano, że gorące powietrze nietylko wywołuje bardzo znaczne, nie dające się innymi sposobami wywołać, przekrwienie czynne skóry, oraz poty, ale że również działa i na warstwy tkanek, głębiej leżące. Klapp wykonał otwarcie jamy brzusznej u zwierzęcia natychmiast po wyjęciu go z gorącej kąpieli powietrznej i przekonał się o przekrwieniu otrzewnej i jelit. Salomon, mierząc ciepłotę w przetoce brzusznej, spostrzegł podniesienie się jej o 1—2° C. Salom, mierząc ciepłotę u kobiet w pochwie i w kiszce stolcowej, znalazł stałe podwyższenie ciepłoty. Za tem również przemawia uczucie, jakie się ma przy badaniu chorej przez pochwę w czasie stosowania kąpieli. Tkanki wtedy są miększe i soczystsze, podobnie jak to ma miejsce w czasie bezpośrednio przed miesiączką lub w ciąży (Salom). — Doświadczenia te wykazały działanie gorąca w głąb, a zwalczoną została teorya, według której działanie resorbcyjne gorąca na powierzchni ciała polega na zastępczej niedokrwistości tkanek, głębiej położonych. Nie ulega wątpliwości, że środkami dotychczas powszechnie używanymi takiego działania w głąb tkanin uzyskać nie byliśmy w stanie i dlatego w stosowaniu gorącego powietrza otrzymano nowy środek leczniczy, po którym można było spodziewać się jak najlepszych wyników. Sposób Biera uzyskał już dawno prawo obywatelstwa w chirurgii i dlatego nim bliżej zajmować się nie będę. Nowszem, bo dopiero datującem się od kilku lat, jest zastosowanie go w leczeniu chorób kobiecych i dlatego o tem chcę kilka słów pomówić.

W roku 1901 w „Centralblatt für Gynäkologie" pojawiła się praca Dr. Polana[3]), asystenta kliniki chorób kobiecych w Greisswaldzie, o leczeniu przewlekłych zapalnych wypocin w miednicy małej zapomocą gorącego powietrza. Zachęcony przez wyniki Prof. Biera, który w tamtejszej klinice chirurgicznej stosuje gorące kąpiele powietrzne w przewlekłych cierpieniach wysiękowych w stawach, zrobił on wraz z Drem Klappem, asystentem Biera, przyrząd, który miał służyć do zastosowania tychże kąpieli w cierpieniach kobiecych. Wyniki, jakie otrzymał, były nadspodziewanie korzystne. Stosował on gorące powietrze w najrozmaitszych cierpieniach, jak n. p. w przewlekłych wypocinach w obrębie miednicy, w zmianach zapalnych przydatków macicy, w obrzękach zastoinowych, w promienicy powłok brzusznych, wszędzie z wynikiem bardzo dodatnim. Podnosi on, na co i wszyscy późniejsi autorowie szczególną zwracają uwagę, nadzwyczaj szybkie, bo po 2—3 zastosowaniach, ustąpienie wszelkich objawów podmiotowych, a więc przedewszystkiem bolów. Skutków złych, nawet u kobiet znacznie osłabionych, nigdy nie zauważył.

Już w tym samym roku pojawia się w temże czasopiśmie praca Dr. Kehrera[4]), asystenta kliniki w Bonn, o leczeniu przewlekłych wypocin miednicy. Podaje on przedewszystkiem modyfikacyę przyrządu, nie przedstawiającą jednak, oprócz zastosowania ogrzewania zapomocą elektryczności, ważniejszych korzyści, a zachwalając sposób, wypowiada przypuszczenie, że będzie go można stosować również przy nierozwinięciach macicy i stąd pochodzącym braku miesiączki i niepłodności. Przytacza, jako przykład, jedną z historyi chorób, gdzie chora, leczona już przez czas długi najrozmaitszymi sposobami, po zastosowaniu sposobu Polana opuściła w 12 dniach klinikę ze znakomitą poprawą. Pomimo obfitych potów stwierdził on przybytek chorej na wadze z 50 na 55 kg, poprawę łaknienia i ogólnego wejrzenia. Na okoliczność tę zwracam szczególną uwagę. Streszczając swe zapatrywania, wypowiada on następujące zdanie: „Nur so viel können wir heute sagen, dass wir in der Heissluftherapie eine Methode gefunden haben, die schneller als bei chronischen Beckenexsudaten bisher üblichen Verfahren die Resorbtion der entzündlichen Massen bescheunigt, die die Stoffzufuhr, den Stoffverbrauch und die Stoffabfuhr der Gewebe, kurz den Stoffwechsel hebt."

Thomson[5]) z Odessy twierdzi, że już oddawna stosuje gorące powietrze w cierpieniach kobiecych. Różnica jednak polega na tem, że stosuje on najwyżej ciepłotę 50—60° C; mimo tego jednak przyznaje temu sposobowi ogromne zalety. Leczy on również tym sposobem zapalenia śródmaciczne i maciczne, a także zanikanie (*atrophia*) macicy wskutek długiego karmienia.

W numerze 37. „Centralblatt für Gynäkologie" z roku 1902 znajdujemy znów pracę Dr. Polana[6]), teraz już z kliniki w Giessen. Jako wskazania do zastosowania swojej metody podaje on stare, twarde wypociny przymaciczne, a także i wypociny, gdzie spodziewamy się zropienia, w celu jego przyśpieszenia; dalej zapalenie otrzewnej zlepne, około i pozamaciczne (perimetritis posterior); wysięki w otrzewnej, brak miesiączki, nierozwinięcie macicy. Przytacza historyę choroby, gdzie rozpoznanie brzmiało: *urethritis, bartholinitis, endometritis gonorrhoica. Pyosalpinx duplex gonorrhoicus* (wielkości jabłka). Po 12 zastosowaniach jego przyrządu po stronie prawej zmiany znikły zupełnie, po lewej pozostał zaledwie wstążkowaty opór, zupełnie niebolesny.

Dr. Dützmann[7]) powiada, że w klinice w Greisswaldzie ichtyol i kataplazmy stosuje się obecnie tylko w wyjątkowych przypadkach, gdy stan chorej ze względu na serce, lub ogólne wyniszczenie znacznego stopnia nie dozwala na zastosowanie gorących kąpieli. Przytacza również przypadek: w lewem przymaciczu stary, wielkości pięści męskiej, popołogowy naciek, powodujący tak silne bole, że

[2]) Tego roku po raz pierwszy będzie podobny zakład otwarty w sezonie letnim w Krynicy.

[3]) „Centralblatt für Gynäkologie" 1901, Nr. 30: Eine neue Methode der Behandlung chronischer Beckenexsudate. Dr. Oscar Polano.

[4]) „Centrallbatt für Gynäkologie" 1901, Nr. 52: Beitrag zur Behandlung chronischer Beckenexudate. Dr. E. Kehrer.

[5]) „Centralblatt für Gynäkologie" 1901, Nr. 52: Behandlung gynäkologischer Krankheiten mit heisser Luft. H. Thomson.

[6]) „Centralbl. f. Gyn." 1902, Nr. 37: Zur Anwendung der Heissluftherapie in der Gynäkologie. Dr. Oscar Polano.

[7]) „Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie" T. XVI, Z. 1, 1902: Diagnose und Behandlung der Exsudate. Dr. Dützmann.

chora zaledwie się poruszała. Po kilku kąpielach powietrznych objawy podmiotowe ustąpiły do tego stopnia, że chora mogła swobodnie wstawać. Po 22 kąpielach guz znikł zupełnie.

W pracy Bürgera[8]) spotykamy po raz pierwszy wzmiankę, że ten sposób leczenia stosowano również u chorych dochodzących. Chora po $^1/_2$—1 godzinnym wypoczynku powracała z powrotem do swojego zajęcia. Na 14 przypadków wypocin świeżych, lub starych zrostów obokmacicznych otrzymał w 13 albo zupełne wyleczenie, albo znaczną poprawę, której innymi środkami w tak krótkim przeciągu czasu, jak przyznaje, otrzymać nie byłby w stanie. Podobnież stosował gorące kąpiele powietrzne w przewlekłych zapaleniach, wysiękach i zrostach otrzewnowych, a także w guzach zapalnych samych przydatków macicy. Wyniki zawsze były znakomite. Na potwierdzenie swych zapatrywań przytacza liczne historye chorób. Doświadczenia Bürgera na chorych przychodnich sprowadzają zwrot bardzo poważny i donośny w leczeniu zapomocą przyrządu Polana. Możebność leczenia ambulatoryjnego daje pochop do powstawania zakładów leczenia gorącem powietrzem dla chorych przychodnich i do zastosowania sposobu Polana w miejscach, dla tego sposobu leczenia najwłaściwszych, t. j. w zakładach kąpielowych.

Najnowszą wreszcie pracą w tym kierunku jest praca Dra Saloma, z kliniki Prof. Chrobaka w Wiedniu[9]). Stosował on ten sposób leczenia w 57 przypadkach zapaleń przymacicznych, otrzewnowych i przydatków macicy, bądź to u chorych stałych kliniki, bądź też dochodzących, a wyniki lecznicze, jakie otrzymywał, były zupełnie zadowalniające. Stan podmiotowy chorych po kilku zaledwie zastosowaniach poprawiał się znakomicie, stan przedmiotowy po większej naturalnie liczbie zastosowań również się poprawiał; chore, które przez długie lata próbowały najrozmaitszych sposobów leczenia, wracały zupełnie do zdrowia, lub uzyskiwały znakomitą poprawę. Przytacza liczne historye chorób, z których jedna n. p. jest bardzo charakterystyczną: Chora od 5 tygodni cierpiała na nadzwyczaj silne bole z powodu zapalenia przymacicznego i okołomacicznego i obustronnych guzów zapalnych przydatków macicy. Bole były tak silne, że musiano chorej wstrzykiwać 7—8 razy dziennie morfinę. Po czwartej kąpieli powietrznej nastąpiła znaczna poprawa podmiotowa, a bole gwałtowne ustąpiły; po 15 kąpielach chora czuła się najzupełniej dobrze, ponieważ jednak musiała szpital opuścić, sprawiła sobie sama przyrząd dla dalszego leczenia się w domu.

Nie będę się wdawał w rozbiór wielu innych jeszcze prac, jak Frankla, Junga, Prof. Biera, Króniga, itd. itd., o których wspomnę tylko ogólnie, że wszystkie wykazują wyniki dodatnie. W najbliższym czasie ma również ogłosić pracę z kliniki ginekologicznej lwowskiej Prof. Marsa kolega Brejter, były asystent tej kliniki. Ten sposób leczenia stosuje się w klinice lwowskiej od czasu jego powstania, a wyniki, które również miałem sposobność spostrzegać, jako były asystent tej kliniki, są tak świetne, że dotąd we wszystkich prawie sprawach zapalnych w miednicy małej używa się tego sposobu leczenia z dobrym skutkiem. W wielu przypadkach, gdzie inne sposoby leczenia, jak jod, ichtyol, obciążanie sposobem Schauty-Hegara, tamponowanie pochwy sposobem Auvarda, wreszcie nawet gorące 40—45° C przestrzykiwania pochwy zawiodły, można było uzyskać sposobem Polana zupełne wyleczenie, lub znaczną poprawę podmiotową i przedmiotową. Naturalnie zawsze zostaną przypadki, w których i ten sposób okaże się niedostatecznym, lecz należy wziąć to na karb jakości przypadku, a nie sposobu leczenia; są to przypadki, w których tylko operacyjne usunięcie schorzałych narządów może sprawę zakończyć. Według zasad, przyjętych w nauce, uciekamy się do tego sposobu leczenia wtedy, gdy nie mamy żadnych widoków usunięcia cierpienia sposobami łagodniejszymi.

Nie będę się wdawał w opisywanie najrozmaitszych przyrządów, w tym celu pomyślanych. Jest ich kilkanaście, każdy z nich ma swoje korzyści, a także i wady. Najwięcej dziś używanym jest przyrząd Reitlera, a również przyrząd pierwotny Polana dla celów głównie ginekologicznych. Zasada wszystkich przyrządów polega na tem, że jest to zamknięta przestrzeń (skrzynia), w której umieszcza się część ciała, mającą być poddaną działaniu gorącego powietrza. Powietrze ogrzewa się albo zapomocą lampy spirytusowej, albo gazu, albo wreszcie lampek lub opornic elektrycznych[10]). Na zewnątrz skrzyni umieszcza się ciepłomierz, pozwalający odczytać ciepłotę wewnątrz przyrządu. Dla otrzymania zupełnie suchego powietrza, które, jak wspomniałem, jest warunkiem, aby chora mogła znieść tak wysoką ciepłotę, można wstawić jeszcze do przyrządu naczynie z chlorkiem wapna, co jednak przy umiejętnem zastosowaniu przyrządu okazało się zupełnie niepotrzebnem. Chorą, rozebraną do koszuli, umieszcza się w położeniu leżącem w przyrządzie, a następnie przyrząd uszczelnia zapomocą flanelowych mankietów, zamykających otwory przyrządu. Następnie podnosi się ciepłotę w przyrządzie zwolna tak długo, jak tylko chora znieść jest w możności. Zaczyna się z początku naturalnie od ciepłot niższych, 90—100° C., później, w miarę przyzwyczajenia się chorej, dochodzi się do ciepłoty wyższej. Widziałem sam chore, które znosiły ciepłotę 145° C. przez pół godziny, a nawet i wyżej; 120—130° C. znosi każda prawie chora przez $^1/_2$—1 godziny czasu. Po $^1/_2$ do 1 godzinnem ogrzewaniu chorą wyciera się, ewentualnie stosuje jeszcze jakiś lekki zabieg wodoleczniczy (Dützmann), lub natarcie wódką francuską (Lemberger). Następnie chora leży w spokoju $^1/_2$ do 1 godziny, poczem może wstać i wrócić do swoich zajęć. W klinice lwowskiej wprowadza się do pochwy przed wejściem chorej do przyrządu kauczukowy wziernik, który chora w czasie leżenia udami przytrzymuje, a który służy później również do wprowadzenia tamponów sposobem Auvarda. Żadnych niemiłych skutków dla chorych nie widziałem. Salom stosował ten sposób leczenia u chorych nawet 50-letnich. Przy nieostrożnem stosowaniu przyrządu u osób chudych i niedokrewnych, jeżeli powietrze przyrządu przesyci się parą z wydzielającego się obficie potu (co usuwa się przez otwieranie wentylu lub użycie chlorku wapna), może powstać czasem ograniczone lekkie oparzenie, które po 2—3 dniach goi się w zupełności. Umiejętne stosowanie przyrządu, ewentualnie pomazanie miejsc skłonnych do oparzenia (przednie kolce talerzy biodrowych, krętarze) wazeliną, lub pokrycie ich cienką warstwą waty zapobiega temu. U słabych, niedokrewnych i gorączkujących chorych występuje czasem bicie serca, ból głowy, zawrót, co jednak daje się usunąć zapomocą zimnego okładu na głowę lub serce. Naturalnie, że przed zastosowaniem tego leczenia muszą być dokładnie zbadane płuca, serce i naczynia, gdyż poważniejsze ich zmiany stanowią przeciwwskazanie do stosowania tego sposobu leczenia. Liczba zastosowań jest różna, od kilku do 20 i 30, a nawet więcej, zależnie od wskazania i skutku. Stosuje się przyrząd codziennie, lub u osób więcej osłabionych co drugi dzień. Kehrer, Bürger i Salom wspominają wyraźnie, że pomimo olbrzymiej utraty potu chore przybywały na wadze, łaknienie i ogólne wejrzenie poprawiały się[11]). Ujemną stroną tego sposobu leczenia jest to,

[8]) „Wien. klin. Wochenschrift“ 1903, Nr. 28: Zur Heissluft-Behandlung gynäkologischer Erkrankungen. Dr. Oscar Bürger.

[9]) „Wiener klinische Wochenschrift“ 1904. Nr. 23 Ueber Heissluftbehandlung einiger Krankheiten der Genitalorgane. Dr. J. Salom.

[10]) Przyrząd Polana, zrobiony na miejscu we Lwowie, kosztuje wraz z piecykiem spirytusowym 70 koron.

[11]) „Deutsche med. Wochenschrift“, 1895, pag. 846. Ueber die Behandlung der Anämien, besonders der Chlorose mit Schwitzbädern. Künne. Kongress f. innere Medicin 1898, pag. 218. Ueber die Behandlung der Bleichsucht mit heissen Bädern Rosin. — „Zeitschrift für diätetische u. physikalische Therapie“, T. VII, Z. 5. Zur Behandlung der Anämien. G. L. Mamlok. — „Berliner klin. Wochenschrift“, 1900, Nr. 30. Zur Kenntniss und Behandlung der Anämien. Senator.

że stosowania tego przyrządu nie można zostawić służbie, lecz powinien on być stosowanym pod ścisłym nadzorem lekarza. I dlatego nadają się do tego sposobu leczenia odpowiednio urządzone zakłady.

W jaki sposób wytłómaczyć sobie działanie lecznicze gorącego powietrza? Dwa są objawy, które najwybitniej występują w czasie gorącej kąpieli powietrznej, mianowicie: przekrwienie czynne i poty. Poty występują już przy ciepłocie 45—50° C., najsilniej przy 50—60°; powyżej zmniejszają się, a przy 80° znikają zupełnie (Schreiber). Występują one odruchowo przez zadrażnienie obwodowych nerwów gruczołów potnych; przy wyższej ciepłocie następuje porażenie tych nerwów. Mendelssohn oznaczył przez ważenie chorej ilość straconej wody na 500—700 gramów. Im to przypisywano początkowo działanie ochronne ustroju przeciw niezwykłej ciepłocie otaczającej, a również i działanie lecznicze przez to, że wskutek znacznej utraty płynu na powierzchni występowały w głębi zastępcze prądy krwi i limfy, wypłókujące chorobliwe złogi zapalne. Jednak według Saloma, Biera i innych najważniejszym czynnikiem leczniczym tego sposobu jest przekrwienie czynne Powstaje ono wskutek zadrażnienia nerwów, rozszerzających naczynia, lub też przypuszczalnych splotów naczyniowych, które mają za zadanie rozszerzenie naczyń włosowatych (Lewaschew, Pietrowski, Goltz, Ewald). Wskutek tego krążenie krwi staje się szybszem i silniejszem, krew, krążąc przez rozgrzane tkanki, ochładza je i to jest powodem, że ustrój jest w stanie znieść tak wysoką ciepłotę (doświadczenia Biera na zwierzętach). Gojenie się wszelkich ran, owrzodzeń, wessanie nacieków i wypocin polega, jak wiadomo, na rozpuszczającem działaniu krwi i wessaniu wytworów zapalnych przez ciałka białe. Im większa ilość krwi przepływa przez dany narząd, tem to wessanie jest szybsze i wydatniejsze i tem musimy sobie wytłómaczyć działanie resorbcyjne tego sposobu, podobnie jak kataplazmów, okładów itd. Przy tym sposobie mamy jednak te korzyści, że, jak to przedtem wspomniałem, mamy również działanie na tkanki głęboko położone i przekrwienie tak silne, jakiego żadnym innym sposobem uzyskać nie jesteśmy w możności.

Na czynność serca gorące kąpiele powietrzne wywierają mały wpływ. Tętno przyspiesza się o 10 – 20 uderzeń. Ciśnienie krwi według Grefberga ma się podnosić, według Winternitza, Colombo, Saloma, Schweinburga ma opadać. Według innych wreszcie ciśnienie krwi nie zmienia się zupełnie. Co do wpływu na oddychanie, to jest on również bardzo nieznaczny. Salom znalazł zwiększenie się ilości zużytego tlenu i wydzielonego bezwodnika.

Wskazanie do stosowania sposobu Polana stanowi przedewszystkiem tak podostre jak i przewlekłe zapalenie tkanki obokmacicznej. Wyniki przy tych zmianach były najwybitniejsze i najkorzystniejsze, jak na to się zgadzają wszyscy bez wyjątku autorowie. Wessanie wypocin twardych, zbitych, następowało tak szybko, jak to żadnym innym sposobem uzyskać się nie dało. Potwierdzają to historye chorób i dane statystyczne, podane przez Saloma, Bürgera i innych. Dalszem wskazaniem są wypociny i zrosty okołomaciczne śródotrzewnowe (haematocele) i przez nie wywołane zmiany położenia macicy i jej przydatków. Naturalnie zauważyć trzeba, że nikt nie jest w stanie wyleczyć gorącemi kąpielami powietrznemi tyłozgięcia macicy, jako takiego, lecz następnie, po rozmiękczeniu i wessaniu zrostów musimy w końcu macicę w jej prawidłowem położeniu ustalić zapomocą kółka, czy innego sposobu. Jeżeli gorące kąpiele połączymy z wyprostowywaniem macicy i naciąganiem zrostów, jesteśmy w możności w przeciągu krótkiego czasu macicę w prawidłowe położenie wprowadzić.

Guzy zapalne jajnikowe i trąbkowe, jakkolwiek trudniej leczeniu dostępne z powodu mniejszej ilości naczyń chłonnych i krwionośnych (Polano), nadają się również znakomicie do tego rodzaju leczenia, jak to potwierdzają spostrzeżenia, przytoczone przez wszystkich autorów. Polano przytacza przypadek, w którym obustronny ropień trąbkowy (*pyosalpinx)* wielkości jabłka znikł po 12 kąpielach zupełnie. Podobny przypadek był spostrzegany również w klinice ginekologicznej lwowskiej. Trzeba jednak pamiętać i o tem, że gorąco przyspiesza również przebicie ropy w wypocinie i dlatego należy ją wypuścić w odpowiedniej chwili chcąc uniknąć przebicia na zewnątrz (przypadek Polana), lub, co gorsza, do otrzewnej.

Polano, Kehrer, a później i inni, opierając się na tem, że w czasie stosowania gorących kąpieli powietrznych miesiączka występuje zwykle o 1—2 tygodni wcześniej, wypowiedzieli przypuszczenie, że tym sposobem będzie można również leczyć brak jej z powodu nierozwinięcia się lub następowego zaniku macicy. W tym kierunku brak jednak jeszcze doświadczeń.

Leczono tym sposobem również inne cierpienia, jak promienicę powłok brzusznych, przetoki pooperacyjne, zapalenie błony śluzowej macicy lub jej miąższu itd.; w tym kierunku również jednak doświadczenie jest dotąd skąpe. Teoretycznie zapalenie miąższu macicy powinno być tym sposobem tak samo wyleczalne, jak i wypociny przymaciczne.

Wszyscy autorowie podnoszą przedewszystkiem znakomity wpływ gorących kąpieli powietrznych na ustąpienie w bardzo krótkim czasie bolów i innych dolegliwości (ze strony pęcherza, (Salom). Skutek pod tym względem był wprost uderzający, bole, trwające całemi latami (Salom), ustępowały po kilku zaledwie kąpielach bezpowrotnie. Jeżelibyśmy tym sposobem nawet tylko tyle uzyskać mogli, zasługiwałby już ten sposób na jak największe rozpowszechnienie.

Na zakończenie dla przykładu przytoczę kilka z licznych przypadków, leczonych sposobem Polana, które miałem sposobność spostrzegać w klinice ginekologicznej Prof. Marsa we Lwowie, za odstąpienie których memu byłemu szefowi Prof. Marsowi i kol. Brejterowi serdecznie dziękuję. Inne przypadki, a również statystykę zastrzegł sobie kol. Brejter, który, jak wspomniałem, przygotowuje do druku pracę o leczeniu wypocin wogóle.

I. L. p. 148/902 *T. H.*, lat 34. Chora rodziła przed 8 tygodniami, siłami natury. Od tego czasu czuje się chorą, skarży się na gorączkę, dreszcze, ogólne osłabienie, bole dołem brzucha i parcie na mocz.

Stan obecny. W prawej dolnej połowie brzucha wyczuwa się opór twardy, rozlany, bolesny, sięgający do połowy wysokości między więzadłem Pouparta a pępkiem, dochodzący po stronie lewej do linii środkowej ciała, schodzący na talerz biodrowy prawy i do miednicy małej. Przez pochwę: przednie sklepienie wypukłone przez opór twardy, schodzący na przednią ścianę pochwy blizko do końca cewki moczowej, wypełniający całą przednią i prawą część miednicy małej. Granic macicy wymacać nie można, gdyż opór z nią się zlewa. Od strony lewej stwierdzamy gruby wał zapalny, sięgający od macicy aż do kości, leżący w tkance łącznej między blaszkami otrzewnej.

Rozpoznanie: *Exsudatum parametriticum diffusum post partum.*

Mimo ciepłoty nieco podwyższonej (38°) zastosowano przyrząd Polana z następowem tamponowaniem pochwy. Już po 3 zastosowaniach bole zupełnie ustąpiły. Po 10 zastosowaniach gorączka ustąpiła zupełnie. Po 22 zastosowaniach stan następujący: Macica w przodopochyleniu, nieco powiększona, zupełnie ruchoma. Sklepienia zupełnie wolne, w prawem parametryum wyczuć można reszlki wypociny, przylegające do kości, wielkości małego jaja kurzego, niebolesne. Chora czuje się zupełnie zdrową, dalsze leczenie w domu.

II L. p. 187/902. *T. H.*, lat 30. Od ostatniego porodu (przed 19 miesiącami) czuje się osłabioną, gorączkuje, skarży się na silne bole dołem brzucha Przy oddawaniu moczu parcie i bole. Od roku odchodzić ma ropa przez kiszkę stolcową, — od porodu łóżka nie opuszcza. Leczona przez lekarzy różnymi sposobami przez cały czas trwania choroby, nie doznała polepszenia.

Stan obecny: Nad spojeniem łonowem i pachwiną lewą opór o granicach rozlanych, sięgający od góry do pępka, od strony prawej nieco poza linię środkową ciała, schodzący do miednicy małej, nad więzadłem Pouparta bolesny. Nad pachwiną prawą również opór w głębi, nie dający się ściślej ograniczyć, niebolesny. Stan bezgorączkowy. Badanie przez pochwę: Cała miednica mała zajęta przez opór twardy, bolesny, sięgający do kości i otaczający zupełnie macicę.

Rozpoznanie: *Exsudatum parametriticum diffusum.*

Leczenie: Zastosowano przyrząd Polana (ciepłota 120-160°C). Po drugiej kąpieli bole zupełnie ustąpiły. Po 19 przyszła miesiączka, której od porodu nie było i trwała 4 dni. Po 28 zastosowaniach przy-

rządu Polana stan był następujący: macica wielkości, jak w trzymiesięcznej ciąży, w przodozgięciu, przemieszczona w całości ku tyłowi. Po obu stronach macicy, zwłaszcza po prawej, zgrubienia postronkowate, jako resztki po wypocinie. Chora czuje się zupełnie dobrze, wychodzi do domu.

III. L p. 270/902. *A. W.*, lat 40. Ostatni poród przed 10 laty. Skarży się na wysuwanie się guza w kroku i na bóle dołem brzucha. Badanie brzucha nie wykazuje żadnych zmian ważniejszych. Ze sromu wystercza część pochwy i część pochwowa macicy. Przy badaniu dwuręcznem można się przekonać, że trzon macicy, zbitszy i większy, jest odgięty ku tyłowi i tamże umocowany na guzie, obniżającym znacznie sklepienia lewe i tylne. Guz ten również wyczuwa się w sklepieniu prawem. Kształt guza nieregularny, zbitość chrząstkowato-twarda, powierzchnia rozlana. Guz ten od strony lewej i tyłu przylega do kości, od prawej daje się od kości oddzielić. Ku górze granica jego niewyraźna. Guz jest nieruchomy, bardzo bolesny.

Rozpoznanie: *Retroflexio uteri fixata, prolapsus vaginae, elongatio colli, exsudatum perimetriticum posticum et sinistrum.*

Leczenie: Zastosowano przyrząd Polana. Po 11 zastosowaniach: macica jak przedtem. Od tyłu i strony lewej opór o połowę mniejszy, niż poprzednio, niebolesny. Po 24 zastosowaniach: macica w tyłozgięciu, ruchoma, daje się z łatwością odprowadzić. Od tyłu i po stronie lewej resztki nacieku, wielkości małego jaja kurzego, niebolesne. Chora wychodzi do domu.

IV. L. p. 53/903. *O. T.*, lat 28. Od 4 miesięcy bóle dołem brzucha, w krzyżach, w obu bokach. Upławy białe. Badanie przez pochwę: po prawej stronie macicy guz, wielkości małego jaja kurzego, odpowiadający jajnikowi. Po stronie lewej podobny guz, oba znacznie bolesne. Stan bezgorączkowy.

Rozpoznanie: *Oophoritis bilateralis subacuta.*

Leczenie: Po 15 zastosowaniach przyrządu Polana lewy jajnik mały, niebolesny, prawy jeszcze nieco większy. Chora wychodzi do domu ze znakomitą poprawą.

IV. Wyciągi.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. A. Dienst. **Trucizny, wywołujące drgawki porodowe.** (*Zentralschrift für Gynäkologie*, 1895, Nr. 12). Nastrzykując łożyska 15 chorych na drgawki porodowe od strony żyły lub tętnicy pępowinowej, spostrzegł D., że płyn często wytryskuje wyraźnym promieniem z powierzchni matczynej tak, jak gdyby było przedarte większe naczynie. Zwracając później uwagę na ten szczegół, stwierdził go autor częściej, niż przypuszczał, przy nastrzykiwaniu 335 łożysk wogóle, lecz w każdym razie mniej często, niż przy nastrzykiwaniu łożyska chorych na drgawki porodowe. Przypuszczając w tych pewnych przypadkach komunikacyę pomiędzy krążeniem matczynem a dziecięcem, nastrzykiwał D. w 160 przypadkach bezpośrednio po urodzeniu płodu łożysko jeszcze nie odklejone jałowym rozczynem błękitu metylenowego i stwierdził w 20% zabarwienie niebieskie moczu, ustępujące po paru godzinach. Równocześnie przeprowadzał D. badania nad wpływem krwi, względnie surowicy matki (z krwiaka pozałożyskowego lub z żyły) na krew innej matki i obcego płodu, jakoteż na krew własnego płodu i naodwrót. Z krwią 118 matek i ich płodów dokonał 3452 doświadczeń w różnych kombinacyach. W 23 przypadkach okazała krew matki właściwości aglutynujące i rozpuszczające wobec krwi własnego płodu. W 15 z owych 24 przypadków łożysko nie przepuszczało błękitu metylenowego, a mocz nie zawierał białka także w połogu: — u 9 zaś pozostałych, u których łożysko przepuszczało wstrzykiwany płyn, wystąpiły 7 razy drgawki porodowe, a u wszystkich 9 stwierdzono białkomocz. Nasuwa się myśl, że w tych przypadkach, w których krew matki wobec krwi płodu zachowuje się, jak krew 2 różnych gatunków i gdzie zarazem istnieje komunikacya pomiędzy krążeniem krwi matczynem i płodowem, przychodzi albo do białkomoczu ciężarnych, albo też do drgawek porodowych, co już zależy od więcej lub mniej szerokiej komunikacyi pomiędzy krążeniem krwi płodu a matki. Za poparcie tego poglądu można uważać do pewnego stopnia spostrzeżenie Schmorla, że oderwane cząstki łożyska znachodził w płucach, najczęściej i najobficiej w 83 przypadkach drgawek porodowych, — a w tych właśnie przypadkach istnieje niechybnie komunikacya pomiędzy krwią matki i płodu, czego zresztą dowodzi dobitnie fakt, opisany przez Pels-Leusdena, że w oderwanych cząstkach łożyska widzieć można niejednokrotnie naczynia włosowate, częściowo jeszcze krwią napełnione. Możnaby więc w oświetleniu tych doświadczeń zapatrywać się na drgawki porodowe, jako na następstwo przetoczenia (transfuzyi) różnorodnej (heterogen) krwi płodu do obiegu krwi matczynego wskutek przepuszczalności łożyska. Za tem tłómaczeniem przemawia również porównanie objawów klinicznych drgawek porodowych z wynikami sekcyjnymi tych chorych, jakoteż z wynikami sekcyjnymi zwierząt, u których dokonano przetoczenia krwi odmiennogatunkowej, lub też ludzi, u których dawniej stosowano przetoczenie krwi jagnięcej. Porównanie wykazuje także nie tylko podobieństwo, lecz wprost zupełną zgodność wyników badań pośmiertnych. (Praca zawiera jeszcze wiele szczegółów, nie dających się objąć krótkiem sprawozdaniem). *B. Wojciechowski.*

F. Varaldo. **Narządy krwiotwórcze podczas ciąży i połogu.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 14). Już dawniej stwierdzano przypadkowo pewne zmiany w narządach krwiotwórczych: w śledzionie, szpiku kostnym i gruczołach chłonnych, towarzyszące ciąży i połogowi. V. przeprowadził równolegle z badaniami krwi systematyczne badania gołem okiem i drobnowidowe wspomnianych narządów u większej liczby królików i świnek morskich w różnych okresach ciąży i połogu, — przyczem stwierdził oraz z innymi autorami we krwi zwierząt ciężarnych hiperleukocytozę, jakoteż zwiększenie się odsetkowe młodych ciałek czerwonych, czemu odpowiadały zawsze liczne objawy nadmiernie ożywionej czynności w narządach krwiotwórczych. *B. Wojciechowski.*

F. Michel. **Rak jajnika z tworami o cechach nabłoniaka kosmówki.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1894, Nr. 14). U 16-let. dziewicy usunięto drogą laparotomii złośliwy guz jajnikowy lewy, wielkości głowy mężczyzny. Po $^1/_2$ roku zmarła chora z powodu nawrotu cierpienia, a sekcya wykazała guz ponowny, zajmujący lewą połowę miednicy, ponadto przerzuty w nerkach i wątrobie. Badania drobnowidowe zarówno guza pierwotnego jakoteż nawrotowego i przerzutów wykazały szczególnie w tych ostatnich obraz guza mieszanego, w którym pewne części dają obraz raka, inne zaś mają wszystkie cechy nabłoniaka kosmówki. Podobny przypadek ogłosił Pick, który przypisuje guzom tego rodzaju pochodzenie potworniakowe, co stanowiłoby analogię do *struma ovarii* i t. d. Nie zarzucając Pickowi stanowczo braku słuszności, skłonny jest raczej M. do tłómaczenia swego przypadku, w myśl teoryi Recklinghausena i in., jako raka, względnie śródbłoniaka, który występując u osobnika młodego ulegać może szczególniej w przerzutach przeobrażeniom tego rodzaju, że daje obrazy, łudząco zbliżone do nabłoniaka kosmówki. *B. Wojciechowski.*

Herff. **O sztucznym porodzie przedwczesnym przy miednicach ścieśnionych, z uwzględnieniem głównie przebicia pęcherza.** (*Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge*, 1905, Nr. 386). Wbrew zapatrywaniom Zweiffla, Pinarda, Kröniga i w i., którzy twierdzą, że sztuczny poród przedwczesny przy miednicach ścieśnionych bezwzględnie nie daje lepszych widoków co do życia dziecka od porodu płodu donoszonego wśród tych samych warunków, — występuje H. bardzo gorąco w obronie sztucznego porodu przedwczesnego przy miednicach ścieśnionych. Głównym czynnikiem, który go do tego skłania, to właśnie stwierdzenie na swoim materyale szpitalnym, że wywołując poród przedwczesny przy miednicach ścieśnionych, darowuje się życie przeszło 20% dzieciom, a matce zaoszczędza się bardzo ciężkiego porodu przy płodzie donoszonym, a nierzadko nawet bardzo ciężkiego zabiegu położniczego. Zachodzi teraz pytanie, jakie warunki potrzebne są tak ze strony matki, jakoteż płodu, aby, chcąc mieć dziecko żywe i zaoszczędzić matkę, zdecydować się na poród przedwczesny? Drugie ważne pytanie nasuwa się, który okres czasu trwania ciąży jest najodpowiedniejszym i najkorzystniejszym ze względu na płód do wykonania tego zabiegu? Pierwszym rozstrzygającym warunkiem jest objętość kostnego kanału miednicy; ponieważ nasze dotychczasowe mierzenia przekrojów miednicy i poszczególnych wymiarów nie są dostatecznie dokładne, dlatego też i wyniki tych mierzeń, jak również wyciągane stąd wnioski, nie mogą być zupełnie pewne i decydujące. W każdym razie przyjąć można, że sprzężna wchodu, wynosząca 8 ctm., stanowi niejako granicę pośrednią, przy której rozpoczynają się większe trudności porodowe. Przy rozważaniu warunków powodzenia przy wzniecaniu porodu przedwczesnego, baczną należy zwrócić uwagę na wielkość główki i zdolność jej przystosowania się. Jeżeli główka jest już tak dużą, że sposobem Piotra Müllera nie daje się wepchnąć do wchodu miednicy, w takich razach niepotrzebnie jest probować wywoływania porodu przedwczesnego, bo widoki dziecka wśród takich warunków nie są o wiele lepsze, aniżeli przy porodzie czasowym. Co się tyczy czasu trwania ciąży, w którym należy przystąpić do wzniecenia porodu przedwczesnego, to jest nim 35 lub 36 tydzień. Nieposlednią rolę przy rozstrzyganiu sprawy porodu przedwczesnego winny odgrywać wywiady co do poprzednich porodów. Następnie przechodzi autor do omówienia dwóch, w obecnej dobie najczęściej używanych sposobów wywoływania porodu przedwczesnego, t. j. sposobu Krausego wprowadzania świeczek (*bougie*) i sposobu balonowego. Wytknąwszy bezstronnie zalety i wady obu tych sposobów, przystępuje do omówienia metody Schoolego, t. j. przekłuwania pęcherza płodowego, a z całego opisu widać, jak

gorącym zwolennikiem jest Herff tej ostatniej metody. Według niego zalety tego sposobu tkwią w następujących punktach: 1. bezwzględna pewność dobrego wyniku; 2. wielka łatwość w wykonaniu zabiegu; 3. ze względu, że zabieg jest prostym i trwa krótko, wykluczoną jest możność zakażenia matki; 4. wreszcie przy tym zabiegu i przez ten zabieg zapewniano położenie podłużne płodu i to najczęściej czaszkowe, a takie położenie jest najkorzystniejszem przy następowem rodzeniu się płodu. Co się tyczy zarzutów, robionych tej metodzie, mianowicie, że przy niej trzeba czekać czasami przez kilka do kilkunastu dni, zanim wystąpią silne bole porodowe, że łatwo może przyjść do zakażenia wnętrza macicy, gdyż brak jest pęcherza stojącego, że przez przebicie wczesne pęcherza osłabia się nasilenie bolów porodowych, — odpiera je autor tem, że te same niekorzystne czynniki mogą mieć miejsce przy tamtych 2 sposobach. A wobec tego, że sposób ten jest prostszym, a wykonanie bardzo dostępne, nawet dla mniej wprawnego, winno się ten sposób, jeżeli już nie wyżej stawić, to przynajmniej na równi obok tamtych dwóch, wyżej wymienionych. *Dr. Cetnarowski.*

F. Lichtenstein. **Późniejsze następstwa rozwiązywania sposobem Bossiego.** (*Arch. f. Gyn.* T. 75, Z. 1 1905). Przed niedawnym czasem wyszła z kliniki Gusserowa w Berlinie praca Bardelebena, krytykująca ostro sposób rozwiązywania podług Bossiego i przestrzegająca świat lekarski przed jego smutnemi następstwami. Sumaryczne potępienie wspomnianego postępowania zadziwia tembardziej, że równocześnie pojawiło się wiele publikacyi również zawodowych, wychwalających i polecających ten zabieg, dalej że Bardeleben potępił sposób Bossiego na podstawie tylko sześciu dokładnie prześledzonych przypadków. Również klinika prof. Leopolda doszła na podstawie trzykroć większej liczby przypadków do wniosków dla metody pomyślnych. Autor omawia szczegółowo przypadki Bardelebena i wykazuje, że ocenienie ich nie było zupełnie krytyczne. Wielką część rozdarć szyjki przy zabiegu Bossiego należy odliczyć na koszt niezupełnie poprawnej techniki operującego, a ze wszystkich publikacyi widać, że w miarę wprawy we władaniu przyrządem otrzymywano wyniki nieporównanie lepsze. Od pewnego znowu odsetka rozdarć nie jest wolną żadna metoda: trafiają się one i przy porodach fizyologicznych, nie można więc wszystkiego brać na rachunek przyrządu samego. W przypadkach Leopolda ani razu nie spostrzegano w dalszym przebiegu zapalenia tkanki przymacicznej, ectropium, późniejszych poronień i t. d. Autor sądzi, że i w przypadkach Bardelebena można było ich uniknąć, zeszywając każde, bodaj najmniejsze pęknięcie, co się w klinice prof. Leopolda stale praktykuje, zarzut więc z tej strony również nie może iść na karb narzędzia. Na skutek pracy Bardelebena rozesłała klinika drezdeńska do 28 pacyentek, rozwiązanych przyrządem Bossiego, zapytania co do ich stanu zdrowia. Na 7 listów nie otrzymano odpowiedzi; 2 doniosły o zupełnem zdrowiu; 18 kobiet przedstawiło się osobiście do zbadania. Na tych 18 pacyentek u 15 znaleziono części pochwowe zupełnie bez zarzutu. Te odmienne wyniki od wyników Bardelebena można tłomaczyć albo tem, że używał on rozszerzacza Frommera, który może mniej się do tego nadaje, albo też, że technika nie była wykonywaną ściśle podług wskazówek Bossiego. Dalej może rozdarcia, tam spostrzegane, zawdzięczały swe pochodzenie nie tyle narzędziu, ile następowym zabiegom, jak ekstrakcyi, lub kleszczom.

Co do skarg podmiotowych niektórych pacyentek, to i te nie wytrzymują krytyki, bo na upławy cierpią kobiety, rozwiązywane i w inny sposób; podobnie ma się rzecz z zaparciem żywota. Doświadczenie kliniki prof. Leopolda poucza, że rozszerzanie przyrządem Bossiego nie powoduje jako takie szkodliwych następstw, rozdarcia nie zdarzają się częściej, niż przy innych metodach, a skutkom ich można zapobiedz przez systematyczne zeszywanie natychmiastowo każdego naddarcia. Niekorzystny sąd Bardelebena o metodzie uważa prof. Leopold za nieuzasadniony, tembardziej, że stwierdza to doświadczenie innych zawodowców. Sądzi, że przyrząd Bossiego powiększył arsenał środków rozszerzających bardzo korzystnie, główny tylko warunek stanowi zachowanie ścisłych wskazań, cierpliwość, dobre narzędzie i umiejętne niem władanie. Poleca oryginalny przyrząd 4-ramienny Bossiego ze śrubą i krzywizną miednicową.

Dr. Stanisław Przybylski.

OTYATRYA. Aleksander. **Przyczynek do leczenia operacyjnego obwodowego porażenia nerwu twarzowego.** (*Archiv f. Ohrenh.*, Tom 62, 1905). A. opisuje przypadek porażenia nerwu twarzowego wskutek ropienia ucha środkowego, w którym po wyleczeniu ropienia przyszył obwodowy koniec nerwu twarzowego do nerwu podjęzykowego. Początkowo po operacyi wystąpił niedowład połowy języka po stronie operowanej, który w ciągu 14 dni minął bez śladu. Wyniku nie osiągnięto żadnego. Wszystkich przypadków, w których w ten sposób starano się leczyć porażenie nerwu twarzowego, znanych jest w piśmiennictwie 11. W żadnym przypadku nie osiągnięto zupełnie zadawalniającego wyniku. Operowano albo w ten sposób, że koniec obwodowy nerwu twarzowego przyszywano do nerwu dodatkowego lub do nerwu podjęzykowego, albo nerw podjęzykowy przecinano zupełnie i łączono koniec dośrodkowy jego z końcem obwodowym nerwu twarzowego. Ostatni sposób jest najmniej odpowiedni, bo występuje porażenie i zanik połowy języka; za najlepszy uważa A. sposób, użyty przez niego. Co do wskazań, to A. uważa podobną operacyę za wskazaną we wszystkich przypadkach, gdzie pomimo 6-miesięcznego leczenia porażenie nie ustępuje. Wynik operacyi zależeć będzie w znacznej mierze od stanu samego nerwu twarzowego; operacya nie będzie miała żadnych widoków, jeżeli nerw stracił zupełnie pobudliwość. *Zalewski.*

Kobrak. **Błonica ucha środkowego bez błon.** (*Archiv f. Ohrenh.*, Tom 62). Rozpoznanie błoniczego zapalenia ucha środkowego jest możliwe tylko na zasadzie badania wydzieliny pod względem bakteryologicznym, gdyż nieraz nie przychodzi do tworzenia się błon; z drugiej strony błony innego pochodzenia mogą wprowadzić w błąd. Że prątek błonicy może wywoływać zwykłe ropne zapalenie, jest rzeczą znaną. Müller i Seitz znaleźli prątka tego w ropie zanokcicy; Halla — w ropniach na twarzy. Także co do ropnego zapalenia ucha środkowego jest rzeczą stwierdzoną, że może być wywołane przez prątka błonicy. Wolff znajdował na sekcyach przy zapaleniu ropnem ucha środkowego prątka błonicy. K. przytacza trzy przypadki ropienia ucha środkowego, w których w ropie znalazł prątka błonicy. W jednym przypadku na jednem uchu było ropienie z przedziurawieniem bębenka; na drugiem uchu przedziurawienia nie było; K. zastrzyknął surowicę przeciwbłoniczą; surowica miała znakomity wpływ na przebieg zapalenia w uchu, w którem nie przyszło jeszcze do przedziurawienia, na ropienie w drugiem uchu wpływu nie miała. K. tę różnicę w działaniu objaśnia w ten sposób, że w ropie, którą wziął z ucha z przedziurawieniem bębenka, prócz prątka błonicy były i inne bakterye, i że w drugiem uchu prawdopodobnie przyczyną ropienia był tylko prątek błonicy sam. *Zalewski.*

Bürkner. **Sprawa nacięcia bębenka.** (*Archiv für Ohrenh.*, Tom 62, 1905). Z powodu tego, że w ostatnich czasach Zaufal podniósł, iż zbyt często wykonuje się przebicie bębenka w ostrych zapaleniach jamy bębenkowej, B. starał się w 44 przypadkach zapalenia ostrego jamy bębenkowej leczyć sposobem, proponowanym przez Zaufala, t. j. nie robić wczesnego przebicia. Wyników nie miał zbyt zadawalniających; w niektórych przypadkach musiał pomimoto później robić przebicie, a w trzech przypadkach przyszło do ropienia w wyrostku sutkowym. Körner już dawniej podniósł, że w przypadkach, w których zrobiono przebicie, dwa razy krócej trwa leczenie, niż w tych przypadkach, w których samoistnie nastąpiło przebicie bębenka. B. zestawił wyniki leczenia 200 przypadków, w których zrobił przebicie i 150 przypadków, w których bębenek sam pękł. Okazuje się, że w przypadkach pierwszych wyleczenie nastąpiło szybciej, niż w przypadkach, w których bębenek sam pękł. W 90,5% pierwszych przypadków nastąpiło wyleczenie w ciągu 20 dni, w drugich tylko w 43,4%. Upośledzenie słuchu pozostało w 3% pierwszych przypadków i w 12% drugich. Powikłania ze strony wyrostka sutkowego w pierwszych przypadkach wystąpiły w 1%, w drugich w 7,4%. Otwór po przebiciu zawsze zarósł, w przypadkach zaś nieoperowanych pozostał w 14-tu przypadkach. *Zalewski.*

Fischer. **Objawy, następstwa i powikłania wyrośli gruczołowatych.** (*Archiv f. Ohrenh.*, Tom 62, 1905). F. podaje wyniki badań 500 chorych z wyroślami gruczołowatymi, leczonych w klinice w Kopenhadze od roku 1899 do 1902. Różnicy co do częstości tej choroby u mężczyzn i u kobiet — niema: mężczyzn było 246, kobiet 254. Najczęściej spotyka się wyrośle gruczołowate między 7 a 9 rokiem życia: na wiek ten przypada 38%; powyżej lat 20 spotykają się rzadko — 1·6%. Dane te nie zgadzają się z dawniejszemi statystykami. Meyer, n. p. podaje, że na dorosłych przypada 38%. Przyczyną tego, że obecnie u dorosłych przerost migdałka trzeciego jest rzadkością, jest to, że obecnie choroba ta jest wcześnie rozpoznawana i w dzieciństwie leczona. Utrudnienie oddychania nosowego i jako następstwo tego oddychanie ustami spostrzegano w 83,8% przypadków. Za przyczynę utrudnienia oddychania nosowego trzeba uważać nietylko sam przerost migdałka, ale i obrzęk błony śluzowej nosa, co bardzo często spotyka się w tych przypadkach. W 77,4% było chrapanie we śnie, a w 17% lęk nocny. Upośledzenie węchu spostrzegano w 26,9% przypadków. We wszystkich przypadkach po operacyi następowało polepszenie węchu, z czego F. przypuszcza, że przyczyną upośledzenia węchu niekoniecznie są zmiany w samej błonie śluzowej, ale i zatkanie

nosa jako takie przyczynia się do upośledzenia węchu. Mowę nosową stwierdzono w 80,3%; wada ta znikała zwykle dopiero w jakiś czas po operacyi. Osobniki z przerostem migdałka są szczególnie skłonne do spraw zapalnych błon śluzowych górnych dróg oddechowych: *rhinitis acuta* stwierdzono w 59%; w 31,8% przypadków chorzy podawali skłonność do ostrych zapaleń gardła i migdałków (*pharyngitis et tonsillitis ac.*); *rhinitis chronica* spostrzegano w 17,4%, *rhinitis hypertrophica* — w 10,8%, *rhinitis atrophica* — w 6,6%, *pharyngitis granulosa*, — w 32,6%, *hypertrophia tonsillarum* — w 21,6%. Prócz tego często stwierdzić można było zmiany nieżytowe w dolnych drogach oddechowych. Wyrośle gruczołowate mogą nadto powodować odruchowo pewne zaburzenia nerwowe: spostrzegano n. p. przypadek, gdzie napadowo występowały objawy zwężenia krtani, które znikły po wycięciu wyrośli; w innym przypadku występowały napady kaszlu, które to dolegliwości także znikły po usunięciu wyrośli. Co do narządu słuchu, to badanie wykazuje najrozmaitsze zmiany, od najlżejszych do największych, przytem zmiany te nie zależą od wielkości przerosłego migdałka. Wogóle na zaburzenia ze strony narządu słuchu chorzy skarżyli się w 66,4%. W 18,2% przypadków stwierdzono zatkanie trąbki Eustachiusza, w 32% — ostry nieżyt śródusza; w 18,2% — przewlekły nieżyt śródusza; w 1,4% — ostre ropne, a w 6,4% przewlekłe ropne zapalenie śródusza; w 4,6% — zmiany po przebytem ropnem zapaleniu śródusza. Upośledzenie słuchu stwierdzono w 57,2% przypadków. Krwotoki z nosa spostrzegano w 10,6% przypadków, inni autorowie podają tylko 3—4%. Jakkolwiek nie we wszystkich przypadkach można uważać przerosły migdałek za przyczynę krwotoków, to jednak w tych przypadkach, w których po wyjęciu wyrośli gruczołowatych krwotoki ustały, musimy przyjąć przerost migdałka trzeciego za przyczynę krwotoków. Z 21 przypadków, które spostrzegano dłuższy czas, w 15 przypadkach krwotoki ustąpiły zupełnie po wyjęciu wyrośli, w trzech były rzadsze i w trzech operacya na krwotoki wpływu nie miała. Moczenie mimowolne nocne lub dzienne spostrzegano w 14,8%. Z przypadków dłuższy czas spostrzeganych w 93% nastąpiło zupełne wyleczenie lub poprawa po wyjęciu przerosłego migdałka. Na ból głowy skarżono się w 44,2% przypadków; byli to przeważnie chorzy ze znacznym przerostem migdałka i ze zmianami następowemi w nosie. Jako przyczynę bolów głowy uważać musimy zaburzenia w krążeniu limfy w mózgu. Niedokrewność stwierdzono w 34,2% przypadków. U wielu chorych nieraz dość znaczne nawet upośledzenie pod względem rozwoju fizycznego; we wszystkich tych przypadkach operacya miała dodatni wpływ na rozwój fizyczny. U 40,1% dzieci w wieku szkolnym stwierdzono brak pamięci, trudność skupienia uwagi przy nauce i wogóle trudność w przyswajaniu rzeczy nauczanych. Co do przedmiotów nauczania, to największą trudność sprawiają te przedmioty, które wymagają pamięci; n. p. historya i geografia, natomiast matematyka trudności nie sprawia. Także zboczenia mowy (jąkanie, bełkotanie) spotyka się u osobników z wyroślami gruczołowatemi częściej, niż u osobników bez nich. Najprawdopodobniej sam przerost jako taki nie wywołuje tych zboczeń, tylko je potęguje, choć nie da się zaprzeczyć, że nawet silny stopień zboczenia mowy może po operacyi zupełnie zniknąć; w większości przypadków operacya ma tylko ten wpływ, że następowo zboczenie mowy o wiele łatwiej usunąć. Wobec zmian, jakie wywołać może przerost trzeciego migdałka, nie jest nic dziwnego, że dzieci z wyroślami gruczołowatemi pod względem umysłowym okazują nieraz dość znaczne upośledzenie. *Zalewski.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Zelgeim. **Praca ślinianek przed i po przecięciu n. n. językowogardłowych i językowych.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1904). Już Wulfson wykazał w pracowni prof. Pawłowa, że praca gruczołów ślinnych występuje pod wpływem bezpośredniego podrażnienia jamy ustnej różnemi substancyami, oraz drażnienia z odległości zależnie od fizycznych właściwości tych substancyi i od wpływu psychicznego. Tołoczynow nazwał wydzielenie śliny po bezpośredniem podrażnieniu jamy ustnej odruchem bezwarunkowym, a od podrażnienia z odległości — warunkowym. Następnie wykazał on, że ten odruch warunkowy, w razie powtarzania się, może wyczerpać się i wtedy może być ponownie wywołany odruchem bezwarunkowym tegoż lub innego gatunku. Odruch warunkowy wreszcie może być wywołany już właściwościami zewnętrznemi tego przedmiotu, który sprowadził odruch bezwarunkowy. Stąd wynika, że między czynnością ślinianek, a podrażnieniami innych części ciała, powinna zachodzić łączność, jakkolwiek ścisła, lecz łatwo przerywalna. Prof. Pawłow przypuszcza istnienie w ośrodkowym układzie nerwowym osobnego ośrodka „ślinowego", który zogniskowuje w siebie bodźce, idące z podrażnień innych części ciała. Zelgeim badał (w pracowni prof. Pawłowa), co się staje z odruchem warunkowym, jeśli bezwarunkowy ulega zmianom? Ponieważ odruch bezwarunkowy zawdzięcza swoje powstanie nerwom smakowym i czuciowym, to przecięcie ich powinno wywołać zasadnicze zmiany w odruchowej czynność układu ślinnego. Okazało się, że przecięcie nerwu językowogardłowego i gardłowego, będących gałęziami n. n. błędnych, nie wywołało prawie żadnych zboczeń. Po przecięciu zaś n. n. językowych wystąpiło ogólne powolne obniżenie odruchów bezwarunkowego i warunkowego. Wlewanie goryczy, wywołującej tylko odruch smakowy, sprowadzało w tych warunkach bardzo słaby odruch bezwarunkowy, warunkowy zaś nie mógł być otrzymanym. Podobnież wyniki Z. otrzymał w doświadczeniach z 10% sacharyną, 10% NaCl i z 0,5% HCl. Tym sposobem przychodzi Z. do wniosku, że w razie utraty przez ośrodek ślinny możliwości otrzymywania podrażnień smakowych, łączność między ośrodkami wzrokowymi i węchowymi z jednej strony, a smakowymi z drugiej, bardzo szybko się niszczy. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Spalwing. **W sprawie zmian wymiany gazowej u zwierząt pod wpływem różnych trucizn.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1904). S. badał w farmakologicznej pracowni prof. Krawkowa wymianę gazów po wprowadzeniu do ustroju zwierząt kofeiny, weratryny, fizostygminy, morfiny i strychniny. Z doświadczeń autora wynika, że wymiana gazów następuje po wprowadzeniu jadu i to jako wzmożenie lub obniżenie, nawet w razie dawek, nie sprowadzających żadnych oznak zatrucia. Znaczne wzmożenie wymiany występuje zwłaszcza u królików po kofeinie i weratrynie; u gołębi po strychninie i małych dawkach morfiny; kury nie wykazują wybitniejszych zaburzeń. Uderzającą jest ta okoliczność, że wchłanianie tlenu potęguje się znacznie więcej, niż wydzielanie kwasu węglowego. Doświadczenia na zwierzętach mało czułych na jad, n. p., na gołębiach (strychnina i morfina) i kurach (strychnina) wykazały również, że wymiana gazowa bądź podnosi się znacznie, bądź też prawie nie ulega zmianie (kury). Wzmożeniu wymiany u gołębi towarzyszy ogromne (do 154%) zwiększenie ilości wchłanianego tlenu. Na wzmożenie wymiany gazów autor zapatruje się jako na jeden ze sposobów walki ustroju z jadem i na jedną z przyczyn małej wrażliwości niektórych zwierząt na pewne jady. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

V. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* *Z Towarzystwa balneologicznego polskiego otrzymujemy następujące ogłoszenie:*

Zjazd balneologiczny uchwalił zalecić do opracowania następujące tematy:

a) Proponowane przez Wydział Polskiego Towarzystwa balneologicznego:

1) Określić na podstawie badań klinicznych wpływ wody rymanowskiej ze zdroju Klaudyi na przewód pokarmowy.

2) Określić wpływ solanek Rabki, Rymanowa, Iwonicza, Truskawca, Ciechocinka na przemianę ciał azotowych w ustroju.

3) Określić wessalność szczaw żelazistych Krynicy, Szczawnicy, Żegiestowa na podstawie dokładnych rozbiorów moczu i kału.

4) Przedstawić na podstawie zasadniczych wskazań lekarskich, obowiązujących w każdem z naszych zdrojowisk, plan urządzeń lekarskich, pozwalających wyzyskać dokładnie przyrodzone siły lecznicze zdrojowiska, oraz plan urządzeń mechano-terapeutycznych, w szerszem tego słowa znaczeniu, pozwalających na uzupełnianie i potęgowanie działania przyrodzonych czynników leczniczych.

5) Opisać i omówić krytycznie dotychczas używane sposoby czerpania wód mineralnych, ze szczególnem uwzględnieniem czerpania wód żelazistych.

b) Temat proponowany przez Dr. kol. Skórczewskiego: Zbadać klinicznie wpływ wód krynickich w przewlekłych chorobach narządu moczowego.

Nadto uchwalono zwrócić się do Wys. Rządu z prośbą o zarządzenie i finansowe poparcie badań radiograficznych naszych wód mineralnych i niektórych przetworów kąpielowych, oraz na wniosek Dr. Skórczewskiego o przeznaczenie pewnej kwoty (500 kor.) na nagrody konkursowe za najlepszą pracę na temat, proponowany przez wnioskodawcę.

* Polskie Towarzystwo balneologiczne rozesłało kwestyonaryusz do właścicieli i dzierżawców zdrojowisk, lekarzy zdrojowych, właścicieli hoteli, pensyonatów i t. d. w zdrojowiskach z prośbą o odpowiedź na szereg pytań, zmierzających do wszechstronnego wyjaśnienia warunków, wpływających rozstrzygająco na rozwój zdrojowisk i uzdrowisk polskich. Na odpowiedziach tych ma Towarzystwo

balneologiczne oprzeć swój memoryał do Wydziału krajowego z przedstawieniem kilku doniosłych spraw, o dokładne rozpatrzenie których i ewentualne poddanie ich pod obrady Sejmu zamierza Towarz. balneologiczne upraszać Wydział krajowy. Do spraw tych należą: 1) Stworzenie funduszu melioracyjnego dla zdrojowisk i uzdrowisk; 2) stworzenie lepszych i dogodniejszych warunków komunikacyjnych dla miejscowości leczniczych; 3) regulacya potoków i rzeczek przepływających przez zdrojowiska i uzdrowiska; 4) kreowanie posady inżyniera zdrojowego. Zamierzona akcya musi spoczywać na ścisłych datach, gdyż wtedy tylko może liczyć na poważne traktowanie poruszonych spraw i na korzystne ich załatwienie. Idzie o dostarczenie rzeczowych dowodów, że zdrojowiska nasze krzątają się same około swojego rozwoju i dążą wytrwale do postępu, a jednocześnie stanowią ważny czynnik w ogólnem gospodarstwie krajowem.

Zarząd Towarz. balneologicznego ufa, że wszyscy, którzy otrzymali kwestyonaryusz, zechcą nań odpowiedzieć w jak najkrótszym czasie, a to tak dobrze w interesie własnym, jak i w celu poparcia jednej z ważnych gałęzi gospodarstwa krajowego. Raz już należy otrząsnąć się z gnuśnego wyczekiwania, które wprost stało się rodzajem programu, a przystąpić do czynu, mogącego liczyć tem więcej na powodzenie, że zdrojowiska nasze mają w Marszałku krajowym orędownika i życzliwego opiekuna.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 25 maja.

* Dnia 6 b. m. na posiedzeniu Komisyi budżetowej Rady państwa, Dr. Kusý, szef sekcyi w ministerstwie spraw wewnętrznych, dawał wyjaśnienia między innemi o szerzeniu się duru plamistego w Galicyi. Sprawę tę niewygasającej epidemii przedstawił słusznie jako poważną. Największą trudność w tępieniu zarazka duru plamistego w Galicyi rzekomo ma stanowić według pana referenta opór ludności przeciw odosobnianiu chorych na dur, oraz sprzeciwianie się przeniesieniu chorych do zakładów na choroby zakaźne. Wreszcie Dr. Kusý kładzie wielki nacisk na „ewidencyę“, a to z obawy, by zaraza nie została zawleczona do krajów ościennych. Wyjaśnienia te, o ile dotyczą duru plamistego, są ze stanowiska lekarskiego wprost nierzeczowe. Przedewszystkiem Dr. Kusý mierzy stosunki galicyjskie jakąś skalą obcą: odosabniać chorych na dur plamisty — rzecz słuszna i ważna, lecz jak? w powiatach, gdzie dur grasuje, lud mieści się przeważnie w jednej izbie i to najczęściej do spółki z żywym inwentarzem; a co się zaś tyczy zakładów dla chorób zakaźnych, to tych właściwie niema; jeśli zaś pan referent miał na myśli odległe o kilka mil szpitale, to przedewszystkiem nie są to zakłady dla chorób zakaźnych, a z drugiej strony takie włóczenie chorych durowych po wiejskich szlakach i umieszczanie ich w szpitalach, nieposiadających pawilonów dla chorób zakaźnych, to przecież tego nie można nazwać zwalczaniem epidemii, lecz jej roznoszeniem, tworzeniem nowych ognisk zarazy, sprzecznem z duchem ustawy i nielicującem z elementarnem pojęciem o zasadzie zlokalizowywania chorób zakaźnych. Wogóle tego rodzaju sprawozdanie w ustach państwowego referenta spraw sanitarnych jest czemś osobliwem: wszak mowa o durze plamistym, groźnym towarzyszu głodu, wojny, nawiedzającym więzienia, przytułki i wszelkie inne ogniska biedy ludzkiej, ciemnoty, zepsutego powietrza, spleśniałego jadła i t. d. Na dur plamisty nie wolno zapatrywać się tylko jako na chorobę: jest on wykładnikiem tego bytu ludności, któremu na imię nędza i to nędza wszechstronna; może ze stanowiska kancelaryi gminnej „ewidencya“ i „odosobnienie“ stanowiłyby wystarczające zarządzenie doraźne, ale z za stołu ministeryalnego i ze stanowiska państwowego społeczeństwo ma prawo spodziewać się zarządzeń zapobiegawczych, zwalczania nie choroby samej, lecz społecznych jej przyczyn; oczekuje ono od rządu zmiany warunków bytu mieszkańców w powiatach nawiedzonych, mianowicie zarządzeń inwestycyjnych, sanitarnych i cywilizacyjnych w wielkim stylu, a nie, jak to uczynił Dr. Kusý, krytyki ludności, która ciemna, bezradna i bezmyślnie zachowawcza, sama nigdy nie zdobędzie się na sanacyę swych opłakanych stosunków i ich następstw. Sprawa walki z durem plamistym, jako złem społecznem, powinna wejść do postulatów delegacyi polskiej i ruskiej w parlamencie austryackim.

* Według urzędowego sprawozdania śmiertelność z duru plamistego w latach 1900, 1901, 1902 i 1903 wynosiła: w Galicyi 1509 przypadków, na Bukowinie 34. We wszystkich innych prowincyach państwa rakuzkiego nie było ani jednego przypadku śmierci z tej choroby.

* Rosyjski minister oświaty wydał rozporządzenie, mocą którego roczne egzamina i promocye w Uniwersytetach rosyjskich zostały zniesione, a natomiast już od nowego roku szkolnego wprowadzony będzie system egzaminacyjny, jaki obecnie obowiązuje w Niemczech.

* We Lwowie otwartą została nowa Biblioteka uniwersytecka. W uroczystości wziął udział Rektor Cybulski, jako przedstawiciel Uniwersytetu Jagiellońskiego.

* Dr. Władysław Harajewicz otrzymał tytuł radcy cesarskiego.

* Wybory do Izb lekarskich galicyjskich odbędą się w dniu 30 czerwca b. r.

* W interesie galicyjskich zdrojowisk i uzdrowisk należałoby podnieść zgodnie z prawdą, że w powiatach, w których leżą nasze zdrojowiska, nie było według urzędowych sprawozdań ani jednego przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Czasopisma codzienne, które wiele poświęcają miejsca tej chorobie, nie powinny w imię prawdy przemilczeć tego doniosłego szczegółu ze względu na obecną porę roku i na przesadne, a nawet wprost nieprawdziwe wieści, które poza Galicyą są lekkomyślnie rozsiewane.

* W Nr. 5 kroackiego miesięcznika „Liečnički Viestnik“ czytamy pochlebną wzmiankę o „Słowniku lekarskim polskim“.

* Jak wiadomo Morszyn został przed 25 laty zapisany przez śp. Bonifacego Stillera na powiększenie funduszu dla wdów i sierót po lekarzach, należących do Towarz. lekarzy galicyjskich. Zdrojowisko to cieszyło się pierwotnie dobrem powodzeniem, lecz z biegiem czasu wyszły na jaw braki, które zarząd przed paru laty zamierzył usunąć i dostosować zakład do wymagań dzisiejszej chwili. W tym celu zakład ten zamknięto na dwa lata, zdrenowano grunt, wystawiono nowe łazienki murowane dla kąpieli solankowych i borowinowych z oddziałem dla wodolecznictwa, zbudowano parę domów mieszkalnych, — słowem urządzono niewielki, lecz wzorowy zakład kąpielowy. Od tej chwili Morszyn począł znowu szybko się rozwijać i daje rękojmię, że rozwój ten będzie trwałym. Zbyteczną może jest rzeczą przypominać kolegom, że pamiętając o Morszynie, podwójnie służą dobrej sprawie.

* Z urzędowego Sprawozdania o szerzeniu się epidemii nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych w Galicyi dowiadujemy się, że między 30—IV a 6—V zanotowano w 66 gminach (22 powiatach) 141 nowych przypadków, z których 68 zakończyło się śmiercią. Do najwięcej nawiedzonych powiatów należą: wadowicki (22 przyp.), krakowski (20 przyp.), sokalski (11 przyp.), niski (10 przyp.); po nich idą kolejno: bocheński, łańcucki, rzeszowski, bialski, kolbuszowski, jarosławski, podgórski, podgórski, przemyski, chrzanowski, mielecki, tarnowski i złoczowski.

W tygodniu zaś między 7 a 15 maja zachorowało w 76 gminach (34 powiatach) 152 osoby, zmarło 70 w 48 gminach. Największa liczba nowych przypadków (20) zapalenia opon mózgowordzeniowych przypada na m. Kraków i na pięć gmin powiatu bialskiego. Dalej idą kolejno powiaty: jarosławski (15 przyp. w 7 gminach), krakowski (11 przyp. w 9 gm.), kolbuszowski, łańcucki i tarnobrzeski (po 9 prz. w 2 wzgl. 5 gm.), mielecki (8 prz w 4 gm.), cieszanowski, rzeszowski, ropczycki (po 5 prz. w 2 wzgl. 3 i 5 gm.), żywiecki (4 prz. w 1 gm.), jasielski i wadowicki (po 3 prz. w 2 gm.), bocheński, dąbrowski, lwowski, podgórski, przemyski i m. Lwów (po 2 prz.), brzeski, gorlicki, jaworowski, kałuski, limanowski, nadwórniański, niski, sokalski, stanisławowski, tłumacki, wielicki, zborowski, żółkiewski, żydaczowski (po 1 przypadku).

Z porównania liczby nowych przypadków i śmiertelności w ciągu tych 2-ch tygodni wynika, że nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych w Galicyi jeszcze się nie zmniejsza.

* Między 30 kwietnia a 6 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w powiecie cieszanowskim (1 gm.) i dąbrowskim (1 gm.). W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w m. Lwowie (1 przyp.) i w powiatach: borszczowskim, brzeżańskim, cieszanowskim, czortkowskim (po 1 gm.), dobromilskim (3 gm.), drohobyckim (7 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (2 gm.), kamioneckim, kołomyjskim (po 3 gm.), mościskim, mieleckim (po 1 gm.), nadwórniańskim (3 gm.), nowo-sądeckim (1 gm.), przemyślańskim, rawskim (po 2 gm.), skałackim, śniatyńskim (po 1gm.), stanisławowskim (2 gm.), staro-

samborskim (3 gm.), stryjskim (8 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tłumackim (3 gm.), turczańskim, zaleszczyckim (po 2 gm.), złoczowskim i żółkiewskim (po 1 gm.)

Nekrologia. Dr. Józef Galant zmarł w Zagórzu pod Sanokiem. Należał do najzasłużeńszych obywateli, brał udział w założeniu „Sokoła“ w Zagórzu, pracował szczerze około oświaty ludowej i był duszą towarzystw dobroczynnych. Obok pracy zawodowej poświęcał się publicystyce, jako spółpracownik czasopism. Dr. Władysław Roth zmarł w Staszowie w 78 roku życia. Dr. Bronisław Danilowski, lekarz Zakładu wodoleczniczego w Ojcowie, zmarł 17 maja. Dr. Hubert, prof. chorób kobiecych, zmarł w Lowanium.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 18. Karwacki: Przyczynek do badań nad florą nowotworów złośliwych. Bornstein: Z kazuistyki neurologicznej (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 9. Bregman: Mięsak ciała modzelowatego. Sędziak: O postępach w laryngologii i rynologii w ostatnich 25-ciu latach ze szczególnem uwzględnieniem piśmiennictwa polskiego (dok.). Niedzielski: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 19. Flatau i Sterling: O nowotworach rdzenia (c. d.). Klein: Stan obecny nauki o nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, oraz wyniki badania krwi odnośnych przypadków dokonanego przez autora (dok.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 10. zawiera: Na przełomie. — Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. — Re- trans- i implantacya zębów (c. d.). — Narządy rodne kobiece i ich funkcye (c. d.).

— *Przegląd kąpielowy* Nr. 4. Scieżki do leczenia terenowego w Krynicy. Sprawozdanie ze Zjazdu balneologicznego.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 4. Skórczewski: Wspomnienie historyczne w drodze do Krynicy (c. d.). — Sanatoryum dla piersiowo chorych w Zakopanem. — Sprawozdanie z I-go Zjazdu balneologów polskich.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaetetické therapii* Nr. 5—6.: Matoušek: Připad epilepsie u bliženců. Haškovec: Therapie myxoedemu. Mourek: Vzácný připad náhlé duševni infekce šesti sourozenců.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 20. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů železových při vrožene přijici (c. d.). Pexa: Serotherapie při spále a několik připadův, antiscarlatinosnim serem Bujwidowým lečenych (c. d.). Slavik: Druhá výročni zpráva lečebného ustavu k lečeni paprsky světelnymi, Roentgenovými a proudy vysoké frekvence w Praze (c. d.). Vobryzek: Pilokarpin při meningitis cerebrospinalis epidemica.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 5. Peričić: Kiruržko lijecenje perikarditide.

— *La Presse médicale* Nr. 38. Jeanselme: Nowy szpital powszechny w Kalkucie. Broca: Technika plastyki podniebienia.

Nr. 39. Gouget: Śmierć nagła w przebiegu ostrego gośćca stawowego. Romme: Agresyny i własności napastliwe (*agressives*) drobnoustrojów.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 20. Eulenburg: Wodolecznictwo w terapii chorób nerwów. Beck: Skombinowane leczenie choroby Basedowa przez wycięcie (grucz. tarczowego) i zastosowanie X-promieni. Blum: W sprawie stosowania wielkich dawek oliwenolu w leczeniu chorób żołądka. Bassenge: Dr. Paskal Józef v. Ferro wodolecznik XVIII-go stulecia. Markl i Nardini: Lecznicza wartość „gryzeryny“ w doświadczalnych zakażeniach prątkami chorobotwórczymi. Munter: Zużytkowanie wodoleczenia w chorobach serca. Eger: Zmiany w paznogciach po chorobach ostrych. Ehrlich i Sachs: Mechanizm działania antyamboceptorów (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 20. Mosetig-Moorhof: Doszczętna operacya gruźlicy stawu kulszowego. Schopf: Sprawa narkotyzacyi. Kokoris: Ostre pierwotne zapalenie okrężnicy. Singer: Rzekome zapalenie wyrostka robaczkowego i ból w okolicy krętniczokątniczej (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 20. Fraenkel i Baumann: O powstawaniu hemolizyny i aglutynacyi paciorkowcowej. Bokorny: Przyczynek do wyjaśnienia zbiorowego działania trującego sublimatu. Bahrdt: Uwagi nad epidemiami kuru. Kromayer: Leczenie trądzika zapomocą postępowania operacyjnego, niewytwarzającego blizny. Görl: Nowe pole dla leczenia rentgenowskiego? (Leczenie wola). Fischer: Leczenie nadmiernych potów nóg u żołnierzy. Foerster: Działanie przez skórę leków nasennych. Fauconnet: Przypadek cukrzycy po leczniczem stosowaniu rtęci. Hammer: Kazuistyczny przyczynek do hebotomii. Neu: Nowy nożycowaty perforator.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 20. Fürbringer: Rokowania przy białkomoczu i leczenie. Boas: Karlsbad czy Kissingen? Karewski: Przyczyny, zapobieganie i leczenie zapalenia okątniczego. Vogt i Franck: O porażeniu młodocianem. França: Leczenie nagminnego zapalenia opon mózgowych. Herter: Sztuczne oddychanie. Buschke i Fischer: O znajdowaniu się prątków krętych w wewnętrznych narządach kiłowatego dziecka.

Redakcya otrzymała. Zbiór prac z kliniki chorób wewnętrznych Radcy Dworu Prof. Dr. E. Korczyńskiego w Krakowie. Zeszyt XXIII. — Stan. Serkowski: Epidemiologia i profilaktyka cholery. W. Jaworski: O leczeniu wodami normalnemi. L. Korczyński: Kilka uwag o naszem zdrojownictwie. Habrich. Enesol, ein neues Quecksilberpräparat zur Injectionstherapie des Syphilis.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 20 (od dnia 14/V do 20/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 40, dziew. 26; nieżywo: chł. 3, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 16, kob. 20; zamiejscowych: męż. 18, kob. 11.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 12, ob. 14. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 2, ob. 2. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 5, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 36, obcych 29.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Walne Zgromadzenie członków „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego“, odbędzie się dnia 30 maja b. r., o godz. 6-tej wieczorem, w sali wykładowej kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie. W razie braku kompletu następne Zgromadzenie odbędzie się bezpośrednio po pierwszem.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr. **Brodzki Jan.**

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr. **Riedmüller B.**, b. asyst. klin. chir. Uniw. Jag., lekarz oddziału dermatol. szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Dr. **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr. **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr. **Askenazy Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr. **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „Pod Kosynierem").
Dr. **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem,
sanatoryum i zakład wodoleczniczy.
Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Rabka.
Dr. **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Wajgiel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attylą").
Dr. **Kołaczkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu na Miedziusiu.
Dr. **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr. **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr. **Pelczar Zenon.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.
Dr. **Dłuski Kaz.**, Dyrektor Sanatoryum dla piersiowo chorych (4—5 g.).
Dr. **Dłuska Bron.**, Sanatoryum (wtorek, czwartek, sobota 5—6 g.).

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz.
Dr. **Bohdanowicz A.**, (Villa Enia) (zimą **Nizza** 11. Boulv. Victor Hugo).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr. **Wobr**, lekarz zakł. (zimą **Lussinpiccolo**).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen").

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie, słoneczne i piaskowe).
Dr. **Oransz M.**, (Polak), specyalista chor. dzieci i ortopedyi.

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kostecki**, (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva") (przez cały rok).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr. **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr. **Weissenberg**, (zimą w **Nervi**).

Marienbad.
Dr. **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr. **Kaufmann Michał**, („Villa Lissa").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder R.**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Wiesbaden.
Dr. **Simon Aleks.**, (z Warszawy), właściciel lecznicy fizyk.

A. MANDUK
WARSZAWA.

PIERWSZA POLSKA FABRYKA PRZETWORÓW CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNYCH

POLECA

NASTĘPUJĄCE PREPARATY WYROBU WŁASNEGO:

	(Znane także pod nazwą)
Antipyrin. salicylic.	„Salipyrin“
„ coffein. citric.	„Migraenin“
Bismuthum subgallic.	„Dermatol“
„ jodgallic.	„Airol“
Guajacol. thionatum	„Thiocol“
Bismuthum tribromphenylic.	„Xeroform“
Tanninum albuminat.	„Tannalbin“
„ diaceticum	„Tannigen“
Methylenum ditannic.	„Tannoform“
Tanninum hexamethylentetramin.	„Tannopin“
Benzonaphtol	

Reprezentacya i sprzedaż na Galicyę zachodnią:

Hurtowny skład materyałów aptecznych

M. L. DOBROWOLSKIEGO w Podgórzu — Krakowie

P. T. Panów lekarzy upraszam przy zapisywaniu moich wyrobów w oryginalnem opakowaniu (po 25, 50 i 100 gr.) dodać me nazwisko „MANDUK“.

158

Polecone przez Komisyę przemysłowo-lekarską Tow. lek. krak.

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!

Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“.

Skład: Kali jodat. 0·03; Ferratin. 0·10; Duotal 0·05; Calc. glycerin. phosphor. 0·05. — Przetwór leczniczy o nader przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.

Pastilli Jodo-Ferrati, comp. „Jahr“, polecane są z dobrym skutkiem przy błednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p.

Dawka dzienna: dla dzieci 2—4 sztuk, dla dorosłych 6 9 sztuk.
Tylko w oryginalnych pudełkach zawierających 24 sztuk.

Cena 2 koron 50 halerzy. 168

Rp. Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“ scat. orig.

Wyrób i główny skład **w aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie, ul. Szczepańska l. 1.**

MORSZYN

pod Stryjem — stacya kolei (3 godz. od Lwowa), **poczta i telegraf w miejscu.**

Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Zdroje wód gorzkich, solanki, borowina, hydroterapia. Nowe piękne łazienki, urządzenia lecznicze najnowsze, wodociąg, domy mieszkalne bardzo wygodne, miejscowość drenami osuszona. Wspaniały park, rozległe lasy szpilkowe, piękna okolica.

Wskazania: choroby serca, trzew brzusznych, kobiece, diatezy, zołzy i t. p.

Restauracya we własnym zarządzie.

Sezon od 1 Czerwca do 30 Września. — Lekarz zakładowy jak w roku zeszłym) **Dr. Stanisław Jasiński.** 106

Prospekty na żądanie. Prospekty na żądanie.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^{1}/_{4}$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: original Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.

Rok XLIV. Kraków 3 Czerwca 1905. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowej Akademii lekarskiej w Petersburgu.

Przypadek rzeżączki powikłanej wielorakiem zajęciem stawów i rzeżączkowem zapaleniem naczynia chłonnego z zejściem w zropienie [1]).

Podał

Dr. med. Zdzisław Sowiński,

ordynator kliniki.

Pomimo różnorodnych powikłań o cechach specyalnych, wywoływanych gonokokami u mężczyzn i kobiet, spotykamy cały szereg ciężkich schorzeń, w których czynnikiem etyologicznym jest bez wątpienia dwoinka Neissera. Jednem z najczęstszych powikłań rzeżączki jest zajęcie stawów. Powikłanie to występuje w różnych okresach rzeżączki, bądź jako lekkie, szybko przemijające schorzenie, bądź też jako zajęcie, którego następstwem może być nawet zesztywnienie i zrost zajętych stawów. Po raz pierwszy o tem schorzeniu, jako chorobie następowej rzeżączki, mówią Selle(1) i Swediaur(2) w 1781 r. Zresztą jeszcze wcześniej, bo w r. 1723, pisał Musgrave(3) o zajęciu stawów w przebiegu chorób wenerycznych wogóle. Najlepsze monografie w tej sprawie są pióra Foucarta(4) i Ravela(5); następnie należy tu zaliczyć prace Tholozana(6), Sordeta(7), Tisciera(8), Rénégo(9), Suqueta(10) i Denucégo(11). Zaznaczyć jednak z naciskiem trzeba, że dopiero Ricard wyświetlił, iż rzeżączka jest zapaleniem miejscowem, nigdy nie przechodzącem w kiłę i odwrotnie, co badacz ten stwierdził drogą doświadczalną.

Do bardzo rzadkich powikłań rzeżączki należą skórne ropnie rzeżączkowe. Kliniczne spostrzeżenia i wyniki doświadczalne przekonywają nas, że dwoinka Neissera może na wzór zwykłych drobnoustrojów ropotwórczych wywołać zapalenie i nawet ropienie w tkance podskórnej. W szeregu bakteryi gonokok zajmuje jedno z ostatnich miejsc. W rzadkich razach wchłania go prąd krwi lub limfy, lecz i w tych nawet przypadkach wywołuje on stale tylko niewielkie ropnie; rozległe zaś ropnie i ropówki (*phlegmone*) należą do wielkiej rzadkości.

Ponieważ podobne powikłania wogóle zdarzają się w przebiegu rzeżączki stosunkowo rzadko, więc przypadek, który spostrzegałem, uważam za pouczający, zwłaszcza, że rozpoznanie stwierdzono tu dodatnimi wynikami badania bakteryologicznego.

[1]) Rzecz odczytana 11 marca 1905 r. na posiedzeniu Wydziału lekarskiego rz.-kat. Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

A. T., lat 21, słuchacz, wstąpił do kliniki 3 grudnia 1904 roku. Chory wzrostu średniego, odżywienia miernego, układy kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo. Błony śluzowe — blade. Przed 3 tygodniami pojawiła się wydzielina z ujścia zewnętrznego cewki. Po upływie 2 tygodni wystąpił obrzęk napletka. Na grzbiecie prącia wyczuwało się wzdłuż linii środkowej zbity, nieco bolesny powrózek. Po 3 dniach odpowiednio temu powrózkowi wystąpiło czerwone pasmo z obrzękłem naczyniem chłonnem wzdłuż całego prącia aż do jego podstawy. Po upływie jeszcze 2 dni w środkowej trzeciej części prącia zauważono stwardnienie o barwie czerwonej, nadzwyczaj bolesne. Po upływie 2—3 dni zaczerwienienie powiększyło się do najwyższego stopnia i wystąpiło chełbotanie. W czasie tworzenia się ropnia chory doświadczał bardzo silnych bólów, które pozbawiły go zupełnie snu. Moczenie było b. częstem, chory oddawał mocz co 5 minut. W moczu stwierdzono domieszkę krwi. Wydzielina ropna z cewki, przedtem bardzo obfita, stopniowo zmniejszała się. Rozmiękczenie ogniska postępowało szybko. Jama ropnia również zwiększała się silnie i po przecięciu wynosiła w średnicy 3 ctm. Prawie jednocześnie w lewej okolicy pachwinowej chory zaczął doświadczać bólu; badanie wykazało zbity, bolesny gruczoł. Wkrótce wystąpiło w tem miejscu zaczerwienienie powłok zewnętrznych. Okolice pęcherza moczowego, moczowodów i nerek nie przedstawiały żadnych zmian.

Ropień, który przeciąłem, zawierał przeszło 2 łyżeczki płynu ropnego z domieszką krwi. Badanie drobnowidowe wykazało wewnątrz ciałek ropnych obecność dużej ilości gonokoków, które we właściwy sobie sposób zachowywały się przy barwieniu metodą Grama i miały cechujący swój układ. Prócz tego zaszczepiłem ropę na mieszance, złożonej z agaru i płynu puchlinowego (2:1) i otrzymałem w ten sposób czystą hodowlę gonokoka bez domieszki innych drobnoustrojów. Próby szczepienia na zwykłych pożywkach dały wyniki ujemne. Nie będę przytaczał na tem miejscu szczegółowego opisu cechujących właściwości rozwoju tego drobnoustroju, swoistego wejrzenia kolonii; ograniczę się do zaznaczenia, że tylko wszystkie znamienne cechy razem dały mi prawo uważać wyhodowane przezemnie dwoinki za dwoinki Neissera. Ognisko ropne znajdowało się tylko w skórze, inne tkanki nie były zajęte. Po przecięciu utworzył się wrzód z wywiniętymi nazewnątrz brzegami, bardzo tkliwy na dotyk. Opisane wyżej zapalenie naczynia chłonnego zupełnie znikło w dwa dni po przecięciu ropnia. Ciepłota, która przedtem była wysoką, spadła do normy. Zasługuje jeszcze na zaznaczenie ta okoliczność, że chory od samego początku rzeżączki był leczony zupełnie prawidłowo.

W 4 dni po przecięciu ogniska ropnego znikło również zaczerwienienie w okolicy pachwinowej i pozostał tylko zbity, bolesny gruczoł, który ostatecznie zupełnie wessał się pod wpływem okładów wygrzewających. Wśród pomyślnego przebiegu choroby nagle w 5 dni po przecięciu ropnia ciepłota podniosła się do 39°2 C. i jednocześnie wystąpiło obrzmienie na środkowym palcu lewej ręki między 1 a 2 jego członkiem (*phalanges*), w samym stawie; do tego dołączyło się

rozlane zaczerwienienie i silny ból, a jednocześnie bole w kościach i różnych stawach. Tym zjawiskom towarzyszył ból głowy, ogólne niedomaganie i osłabienie, brak łaknienia. Tętno było przyśpieszone o słabem napięciu. Po upływie doby sprawa chorobowa przeszła na 2-gi staw śródręczno-palcowy *(metacarpo-phalangeus)*. Bóle wciąż wzmagały się. Po upływie jeszcze jednej doby uległy zajęciu zapalnemu 3 i 4 staw śródręczno-palcowy tejże ręki. Ruchomość stawu nadgarstkowego, zarówno jak śródręczno-palcowego i śródpalcowego zupełnie znikła wskutek znacznego obrzęku i nader silnych bolów, które nie dawały choremu spokoju dniem i nocą; powstały również bole w mięśniach prawego uda, zwłaszcza po zewnętrznej jego stronie. Po upływie 3 następnych dób ciepłota, która wykazywała już stopnie prawidłowe, znowu się podniosła do 38° C. i sprawa zapalna zajęła staw między 1 a 2 członkiem środkowego palca prawej ręki. Tu również wystąpiło silne zaczerwienienie, obrzmienie stawu, ból i brak ruchomości. Równocześnie w innych stawach zajętych bole złagodniały. Nagle chory uczuł bardzo dotkliwy ból w lewym stawie stopowym, a jednocześnie staw między 1 a 2 członkiem dużego palca prawej ręki obrzękł i zaczerwienił się. Ruchomość przez krótki przeciąg czasu była ograniczoną. Chory uskarżał się na bole w okolicy serca przedmiotowych atoli zmian w sercu nie było.

Chory pozostawał w klinice miesiąc czasu i wypisał w następującym stanie: owrzodzenie na prąciu zupełnie się zagoiło; ruchomość we wszystkich zajętych stawach była ograniczoną, zwłaszcza w stawach śródczłonkowych środkowego palca; zaczerwienienia i bolów nie było, obrzmienie stawów tylko w nieznacznym stopniu. Ciepłota była prawidłową. Z objawów rzeżączki pozostał nieznaczny męt pierwszej porcyi moczu. Samoistnego wydzielania ropy nie było. Stan podniecony chorego zupełnie znikł.

Leczenie tego przypadku było objawowe: powierzchnię wrzodu w miejscu ogniska ropnego początkowo opatrywałem jodoformem, następnie zaś używałem okładu wygrzewającego z azotanem srebrowym (1:500) aż do zagojenia się. Z leków wewnętrznych używałem olejku sandałowego, salicylanu sodowego i aspiryny. Dla złagodzenia bolów w stawach stosowałem gorące do 44° C. kąpiele ręczne i okłady narkotyczne różnego składu, n. p.: *Chloroformii 15,0, Ol. hyoscyami 10,0, Ol. olivarum 100,0*. W końcu leczenia zaleciłem mięsienie. Wreszcie miejscowo przeciwko rzeżączce stosowałem przestrzykiwania płynami ściągającymi.

Przeglądając piśmiennictwo, nie trudno mi było przekonać się, że jakkolwiek już dawno zwrócili uwagę klinicyści na zajęcie stawów w przebiegu rzeżączki, pomimo to jedni z nich (Nolen) (12) uznawali je za powikłanie przypadkowe, nie stojące z rzeżączką w związku przyczynowym, inni zaś odwrotnie, przyjmowali tę łączność i tłómaczyli ją w różny sposób (Potain) (13). Jedni przypuszczają, że stawy podczas rzeżączki ulegają chorobie wskutek czynnika spółczulnego, lub że każde wogóle schorzenie układu płciowego ma prowadzić do zajęcia stawów, inni zaś zapatrują się na to powikłanie, jako na następstwo wessania do krwi jadu rzeżączkowego; niektórzy wreszcie tłómaczą go jako powikłanie, występujące drogą odruchu. Od czasu jednak, w którym stwierdzono w wypocinie stawów gonokoki, gościec rzeżączkowy nie może być już uważany za przypadkowe powikłanie rzeżączki. Niestety, tylko niewielu badaczom udało się wykazać gonokoki w wypocinie: w przeważnej liczbie przypadków otrzymano wyniki ujemne: ropa była jałową. Badania te doprowadziły do nowego poglądu na gościec rzeżączkowy, mianowicie dopatrywano w nim następstw wessania toksyn. Stanziale (14) znalazł w stawie płyn surowiczy, którego zaszczepienie zwierzętom i człowiekowi dało wyniki ujemne, na podstawie czego autor ten twierdzi, że wysięk rzeżączkowy nie zawiera toksyny. Te ujemne wyniki badania wysięków na obecność gonokoków zależą jednak od tego, w jakim okresie choroby badania zostały przeprowadzone. Znalazłszy się w wysięku, gonokoki żyją w takich samych warunkach, jak i na pożywkach sztucznych, a więc szybko ulegają zwyrodnieniu i giną. Jak wiadomo, toksyny wolnej gonokoki nie mają, lecz ginąc, wytwarzają w stawach gonotoksynę, która podtrzymuje sprawę zapalną, wywołaną żywymi osobnikami. Co się zaś tyczy niejadowitości wysięku, to dla wyświetlenia tej okoliczności należy zwrócić się do wyników doświadczeń. W rogach macicznych samic króliczych i świnek morskich wywoływałem, wstrzykując wyjałowioną hodowlę gonokoka, nagromadzenie ropy (*pyometra*)[2]. Z innej znowu strony, wstrzykując zwierzętom rozmaite dawki produktów ropnych, wywołanych przez taką gonotoksynę, czy to wprowadzając je do tkanki podskórnej, czy do jamy otrzewnej, czy wreszcie do rogów macicznych, spostrzegałem jedynie podniesienie ciepłoty o 1 stopień, miejscowych zaś zmian żadnych stwierdzić nie mogłem.

Wszystko to oczywiście dowodzi, iż w nacieczeniach ropnych, wywołanych przez gonotoksynę, albo ona ginie, albo z tego lub innego powodu traci swoją działalność ropotwórczą. Stąd staje się rzecz jasną, że wyniki ujemne badań należy tłómaczyć z jednej strony wysoką ciepłotą chorych za życia, a z drugiej — znacznem opóźnieniem badania po śmierci chorego. O tem przekonał się Scholtz (15) podczas swych badań: prowadząc badania jeszcze w okresie nizkiej ciepłoty chorych, znajdował on pod drobnowidem wiele gonokoków; hodowle dawały szybki i obfity wzrost i już po upływie 20 godzin można było zauważyć ich wystąpienie; natomiast badania w okresie wysokiej ciepłoty dawały *caeteris paribus* wzrost zaledwie po upływie 48 godzin i to znacznie mniej obfity.

Pierwszym badaczem, który wykazał w wysięku stawowym gonokoki, był Petrone (16); autor ten badał 2-ch chorych rzeżączkowych z zajęciem stawu kolanowego (1883). W następnym roku Kammerer (17) znalazł w jednym z dwóch zbadanych przypadków wielką liczbę gonokoków w płynie stawowym, otrzymanym w drugim dniu choroby. Horteloup i Bousquet (18) znaleźli gonokoki w ropie chorego na rzeżączkę z zajęciem stawu mostkowo-obojczykowego. Afanasjew (19) w klinice prof. Frasera spostrzegał i opisał jeden przypadek gośćca rzeżączkowego. Z prawego stawu kolanowego wydobył nieco surowiczej mętnej cieczy, w której znalazł gonokoki. Podobneż przypadki opisali Bergmann (20), Wyszemirskij (21), Hall (22), Smirnow (23), Sonnenberg (24) Gluziński (25) przytacza 8 przypadków, z których jeden jest pouczający pod tym względem, że u chorego na rzeżączkę wystąpiło zapalenie osierdzia, które wzmagało się w zależności od nasile-

---

[2]) Z. Sowiński: Przegląd lekarski, 1904 r. Nr. 41—45.

nia choroby podstawowej. Gdy zaś schorzenie zajmowało i wsierdzie, występowały bole w stawach. Dalsze przypadki opisali Burci (26), Sobotka (27), Filippi (28), Batut (29), Senator (30), Fie (31), Gaston (32), Lilienthal (33), Northrup (34), Vignandon (35), Höck (36), Weifser (37), Neisser (38), Finger (39), Bordoni-Uffreduzzi (40), Widal (41), Manley (42), Haushalter (43), wreszcie Vanuxcem (44) w rozprawie doktoryzacyjnej. Rindfleisch (45) i Nasse (46) badali 30 przypadków rzeżączki, powikłanej zapaleniem stawów. Połowa przypadków była badana między 1 a 8 tygodniem rzeżączki; druga połowa w okresie ostrawym. Po zaszczepieniu płynu stawowego w 19 przypadkach otrzymano czystą hodowlę gonokoka. W niewielkiej liczbie przypadków autorowie znaleźli zwykłe drobnoustroje ropotwórcze. W kilku wreszcie przypadkach szczepienia pozostały jałowemi. Hagner (47), Destounis (48), Hirschlaf (49) również spostrzegali przypadki gośćca rzeżączkowego, w których badanie bakteryologiczne dało wyniki dodatnie. Lucas (50) przytacza 23 przypadki, z których 18 dotyczą noworodków z rzeżączkowem zapaleniem oczu, reszta 5 dzieci starszych (do 7 lat). Wszystkie te ropne zapalenia oczu wikłały się w swym przebiegu z zajęciem stawów, zwykle po upływie 2—3 tygodni od początku zapalenia śluzoropotokowego: w jednych z tych przypadków gościec występował w postaci ostrej, w innych jako ostrawe zapalenie błony maziowej ze znaczną bolesnością, lecz bez zaczerwienienia powłok zewnętrznych. Ze stawów ulegały zajęciu przeważnie lewy kolanowy i lewy nadgarstkowy; szczepienie wysięku z tych stawów w wielu przypadkach dało wynik dodatni, potwierdzając w ten sposób łączność sprawy gośćcowej z gonokokiem. Scholtz (*l. c.*) badał 3 przypadki rzeżączkowego zapalenia stawów i tylko w jednym z nich otrzymał hodowle gonokoków. Oprócz tego 1 ct. sz. cieczy, otrzymanej ze stawu, zmieszanej z bulionem (1:3), dał czystą hodowlę gonokoka, która okazała się jadowitą dla zwierząt. Young (51), używając wodnistego płynu jądra, również płynu z jamy brzusznej, ogrzanego do 55° C. i połączonego ze zwyczajnym agarem, otrzymał dwoinki rzeżączkowe w czystej hodowli w przypadkach ostrego i ostrawego rzeżączkowego zapalenia stawów.

Rzadsze powikłanie w przebiegu rzeżączki przedstawia podskórne nagromadzenie się ropy. Sahli (52) pierwszy w roku 1887 znalazł gonokoki w ropniu skórnym, który utworzył się u chorej na rzeżączkę w okolicy stawu kolanowego. W drugim miesiącu rzeżączki chora zauważyła na skórze obydwóch stawów kolanowych liczne ropnie na przestrzeni wielkości dłoni. Po przecięciu takowych otrzymał Sahli płyn krwisto-ropny, w którym wewnątrz ciałek ropnych znajdowały się w wielkiej liczbie charakterystyczne swojem ułożeniem gonokoki. O stosunku znalezionych dwoinek do barwienia sposobem Grama autor nie wspomina. Wkrótce ropnie zagoiły się. Przerzuty gonokoków na tak dalekie przestrzenie nastąpiły zdaniem autora drogą naczyń chłonnych. W roku 1893 Lang i Paltauf (53) spostrzegali w ostrym okresie rzeżączki rozlane zaczerwienienia skóry na tylnej powierzchni ręki. Okolica ogniska zapalnego była na dotyk bolesną. Unieruchomienia stawów nie było. Autorowie przypuszczają, że sprawa zapalna była połączona z odpowiedniem ścięgnem. Objawy zapalne ustąpiły, lecz po upływie 8 dni utworzył się ograniczony ropień. Przy próbnem nakłuciu autorowie otrzymali kilka kropel krwistoropnej cieczy. Po paru dniach ropień został przecięty, a w jego treści znaleziono gonokoki, co Paltauf stwierdził drogą hodowli. Crippa (54) opisuje 2 przypadki: w pierwszym 24-letni mężczyzna uczuł na 3 dzień po spółkowaniu palenie w cewce, bolesność przy oddawaniu moczu i spostrzegł ropną wydzielinę, a w kilka dni potem wystąpiło obrzmienie skóry w okolicy wędzidełka prącia. Badanie drobnowidowe wykryło w wydzielinie rzeżączkowej wielką ilość gonokoków. Skóra w okolicy wędzidełka po obydwu stronach była obrzękłą i zaczerwienioną. Ognisko zapalne było wyraźnie ograniczone. Po przecięciu ropnia otrzymał Crippa prawie przejrzysty surowiczy płyn, nieco żółtawy; badanie wykryło dwoinki, które odbarwiały się sposobem Grama. Drugi przypadek spostrzegał Crippa u cierpiącego na rzeżączkę studenta; gonokoki znachodziły się w ropie w znacznej ilości. Okolica wędzidełka była obrzmiała. Próbne nakłucie, wykonane na 5-ty dzień od początku zapalenia, dało płyn surowiczy, który, zasiany na surowiczym agarze, dał hodowle gonokoka. Dubuc (55) spostrzegał przypadek ropnia u chorego, który po raz 4-ty zakaził się rzeżączką. Przedostatni raz miał rzeżączkę przed paru laty, która przeszła bez śladu. Tym zaś razem już na 10 dzień rzeżączki wystąpiły bole i uczucie ciężaru w międzykroczu po stronie lewej od linii środkowej, tuż przy rzyci od przodu. Puchlina dochodziła prawie do moszny. Wreszcie utworzyła się głęboka ropówka bez chełbotania; gruczoł krokowy nie przedstawiał zmiany. Zdaniem autora chory miał ropówkowe zapalenie gruczołu opuszkowo-cewkowego *(glandulae bulbo-urethralis)*. Ropień został przecięty, lecz brak badania bakteryologicznego obniża doniosłość tego spostrzeżenia. W tymże roku Horvitz (56) otrzymał wyniki dodatnie po przecięciu ropnia, usadowionego w okolicy nadgarstka; ropień ten wystąpił w przebiegu rzeżączki, na którą cierpiał od roku. Mężczyzna, liczący lat 27, zachorował przed 6 laty na rzeżączkę, która trwała 3 tygodnie. Drobnowidowe badanie skąpej wydzieliny wykazało nieznaczną liczbę gonokoków, bądź w stanie wolnym, bądź usadowionych w ciałkach ropnych. Hodowle stwierdziły wyniki badania drobnowidowego. Po upływie prawie roku po 2-giej rzeżączce chory uczuł bole na tylnej powierzchni lewego nadgarstka. Powłoki zewnętrzne w tej okolicy zaczerwieniły się, a ruchy stały się nieco utrudnione; wkrótce wystąpiło wyraźne chełbotanie. Próbne nakłucie wyprowadziło 2—3 krople krwistego płynu, w którym gonokoków nie znaleziono. Szczepienia na zwykłych pożywkach i na surowicy dały wyniki ujemne. Tymczasem na pożywce Wertheima wyrosły typowe hodowle gonokoków, z których szczepienia dalsze dały te same wyniki.

W roku 1895 Bujwid (57) opisał przypadek przewlekłej rzeżączki gonokokowej, w którym utworzyły się 4 ropnie w mięśniach kończyn. Drobnowidowe badanie wykryło u 32-letniego mężczyzny obecność gonokoków. We dwa dni po cewnikowaniu wystąpiły dreszcze, a po upływie kilku dni utworzyły się 4 ropnie: u lewego stawu barkowego, w prawym dole podkolanowym, z wewnętrznej strony lewej kończyny dolnej i w okolicy zewnętrznej prawej kostki. Wszystkie te ropnie były usadowione wewnątrz mięśni; tkanka podskórna i stawy nie były zajęte. Wypuszczona po przecięciu ciemno-czerwona ciecz została zbadana pod drobno-

widem i drogą szczepień. Szczepienia na agarze surowiczym dały po upływie 48 godzin wyraźny wzrost typowy kolonii gonokoka bez domieszki innych drobnoustrojów. Autor dokonał również szczepień bez dostępu tlenu, lecz otrzymał wyniki ujemne. W r. 1896 Petit i Pichevin (58) opisali u jednego chorego na rzeżączkę ropnie gruczołu potylicznego, z którego wydobyta ropa zawierała czyste hodowle gonokoka, jak to wykazały szczepienia.

Następne przypadki należą do Rendu (59) i Meyera (60). Scholtz (*l. c.*) spostrzegał 3 przypadki ropni rzeżączkowych w podskórnej tkance łącznej. Drugi przypadek spostrzegał on u 18-letniego młodzieńca, u którego do rzeżączki przyłączył się niewielki ropień na podstawie prącia. Po przekłuciu ropnia wypłynęła w ilości prawie 1 sz. c. krwisto-ropna ciecz, która zawierała czyste hodowle gonokoka, jak to wykazały badania drobnowidowe i szczepienia. Ropień ten, jak to stwierdziło badanie zgłębnikiem, znachodził się w tkance podskórnej i nie łączył się z ciałem jamistem. Lang opisał przypadek ropnia na wolnym brzegu napletka, w którym za czynnik etyologiczny przyjmuje on przedostanie się gonokoka z zewnątrz. Scholtz zaś przypuszcza, że zakażenie rzeżączkowe szło tu drogą naczyń chłonnych. Johann Almkwist (61) opisuje przypadek, w którym u chorego, cierpiącego od 4 tygodni na rzeżączkę, w 5-tym dniu po wstąpieniu do szpitala wystąpiło zaczerwienienie powłok zewnętrznych na prawej kończynie dolnej i obrzęk. W kilka dni potem w okolicy zewnętrznej kostki wystąpiło chełbotanie. Ogólny stan chorego był zadowalniający, ciepłota była prawidłową, serce nie przedstawiało zmian żadnych, w moczu wałeczków nie znaleziono. Próbne nakłucie dało niewielką ilość płynu, który zawierał ropę i krew; płyn ten zaszczepiono na pożywkach Kiefera. W sąsiedztwie utworzył się drugi ropień, który również został przecięty i zaszczepiony na agarze surowiczym. Szczepionki dały typowe kolonie gonokoka. W kilka dni utworzył się nowy ropień, w którym również znaleziono gonokoki. Po upływie miesiąca od wstąpienia chorego do lecznicy utworzył się nowy ropień o 8 ctm. nad kostką zewnętrzną, który opuszczał się ku dołowi aż do środka 4-tej kości śródstopia i na tył stopy. Sprawa ta przebiegała bez bolów. W treści ropnia znaleziono gonokoki. Przypadek ten przedstawia naoczny przykład przerzutów, pouczających swoją uporczywością i wielorakością. Reichmann (62) opisuje 2 przypadki ropni podskórnych na prąciu, które powstały po upływie wielu dni od spółkowania. Po przecięciu tych ropni znaleziono w ropie gonokoki, lecz jednoczesnego zajęcia cewki nie było. Wetzel (63) spostrzegał na 14 dzień rzeżączki śród objawów gorączkowych wystąpienie na tylnej powierzchni ręki bolesnego obrzęku, który rozszerzył się aż do ramienia. Treść obrzęku składała się z ropy, w której autor wykazał gonokoki. Young (*l. c.*) opisał 5 przypadków ropni w tkance podskórnej, wywołanych gonokokiem, z których 3 znajdowały się na międzykroczu. Wyniki badania drobnowidowego zostały potwierdzone przez szczepienie. Gaston (64) opisuje przypadek, w którym na górnej powierzchni skóry prącia wystąpił szereg niewielkich ropni na całej przestrzeni od napletka do spojenia łonowego. Ropa, jak również wydzielina z cewki, zawierała gonokoki. Faltin (65) spostrzegał okołostawowy ropień u 33-letniej kobiety bez zajęcia stawów, w których obecność gonokoków została stwierdzoną badaniem drobnowidowem i drogą szczepień. Zeissl (66) i Wolff dwukrotnie stwierdzili obecność gonokoków w ropie rozpadających się gruczołów chłonnych chorych na rzeżączkę. Welander znalazł je w ropie z ropnia naczynia chłonnego. Zeissl przypuszcza jednak, że w pojedynczych przypadkach miało miejsce zakażenie mieszane.

Pomijając resztę przypadków, podanych w piśmiennictwie, wracam do własnego: w tym przypadku do rzeżączki dołączyło się rzeżączkowe zapalenie 7 stawów, oprócz tego bole w mięśniach i kościach, wreszcie ropne ogniska w skórze prącia i w lewej okolicy pachwinowej. Nie będę zatrzymywał się nad zapaleniami stawów, które nie przedstawiały w swoim przebiegu żadnych zboczeń. Następnie, jakkolwiek gruczoły chłonne w okolicy pachwinowej rzadko bywają zajęte podczas rzeżączki, jednak i w tych razach, gdy one obrzmiewają i stają się bolesne, zapalenie szybko ulega rozwojowi wstecznemu. Co się tyczy ropnia, to przedstawiał on taką własność, której nie spotkałem w dostępnem mi piśmiennictwie: sposób tworzenia się tego ropnia przedstawia *bubonulus*, więc jest analogiczny do dymienic przy wrzodzie miękkim. Zakażenie szło wzdłuż naczynia chłonnego i doprowadziło w jednem miejscu do utworzenia się ogniska stwardniałego, które zwiększało się w swych wymiarach i stopniowo uległo rozmiękczeniu. W ten sposób powstał opisany wyżej obraz kliniczny ropnia. Podobny typ tworzenia się ogniska zapalnego miał miejsce i w okolicy pachwinowej, lecz tu sprawa uległa rozwojowi wstecznemu.

Przypadek mój, jakkolwiek należy ostatecznie do rubryki przypadków, powikłanych ropniem skóry, przedstawia w rzeczywistości zapalenie naczyń chłonnych z zejściem w ropienie i jako taki, wobec wielkiej rzadkości, zasługuje na zaznaczenie.

Piśmiennictwo. 1. Selle: Ch. Th. Medicina clinica oder Handbuch der Medicin. Berlin, 1781. — 2. Swediaur: Vollständige Abhandlung über die Zufälle, die Wirkungen, die Natur und die Behandlung der syphilitischen Krankheiten. Uebersetzt von Hoven, Ludwigsburg. 1799. — 3. Musgrave: De arthritide symptomatica, 1723. — 4. Foncart: Quelques considérations pour servir à l'histoire de l'arthrite blennorrhagique. Bordeaux, 1846. — 5. Ravel: Observat. et matériaux pour servir à l'historie de l'uréthrite blennorrhagique. Paris, 1857. — 6. Tholozan: Des métastases. Paris. 1857. — 7. Sordet: Du rhumatisme blennorrhag. Thèse de Paris. 1859. — 8. Tixier: Blennorrhagie rhumatismale. Paris, 1866. — 9. Réné: De l'arthrite blennorrhag. Thèse de Strasbourg, 1865. — 10. Suquet: Thèse de Paris, 1868. — 11. Denucé: Journal d'Bord. 1869. — 12. Nolen: Deutsch. Archiv f. klin. Med., Bd. 32 str. 120—148 — 13 Potain: Journ. de Med., 1882, XI. — 14. Stanziale: Gaz. d. Osped., 1893. — 15. Scholtz: Beiträge zur Biologie des Gonococcus. Arch. f. Dermat. u. Syphil., Bd. 49, str. 3, 1899. — 16. Petrone: Riv. clin. de Bologna, 1883. — 17. Kammerer: Centralbl. f. Chir., 1884, str. 49. — 18 Horteloup i Bousquet: Gaz. des hôpit., 31 oct. 1885, str. 1004. — 19. Afanasjew: Wracz, 1885, Nr. 6, st. 87. — 20. Bergmann: St. Petersburger medic. Wochenschr. 1885, N. 35, str. 293. — 21. Wyszemirskij: Wracz, 1885, N. 36, str. 596. — 22. Hall: 1) Med. Journal, New-York, 1886, str. 335. 2) Arch. für Dermat. und Syphl. 1886, str. 900. — 23. Smirnow: Wracz, 1886, N. 31. — 24. Sonnenberg: Berlin. klin. Wochenschr., 1886. — 25. Gluziński: Przegląd lekarski, 1889, N. 11, str. 129 i Brit. medic. Journal, 1889, str. 1084. — 26. Burci: Giornal. ital. delle malat. vener. et del. pelle. 1891, str. 157 i Lo sperimentale, 1894, t. 48. — 27. Sobotka: Prag. med. Woch. 1893, N. 48, str. 582. — 28. Filippi: Thèse de Paris, 1893. — 29. Batut: Mercredi médical, 1893, 23 sept. — 30. Senator: Riforma med., 1894, t. II, str. 675. — 31. Fié: Thèse de Paris, 1895. — 32. Gaston: Soc. franç. de Dermatol. et de Syphil., 10 stycznia 1895. — 33. Lilienthal: Boston med. journ., 1895, t. 132,

str. 75. — 34. Northrup: Association of. Americ. Phys. 10-th. ann. meeting., Wathington, 1895. — 35. Vignandon: Revue des maladies de l'enfant, 1895, t. 13, str. 209. — 36. Höck: Wiener klin. Woch., 1893, t. VI, N. 41, str. 736. — 37. Weifser: patrz Chadwick. Boston med. and surg. journ., 1895, N. 14, str. 337. — 38. Neisser: Deuts. med. Woch., 1894, N. 15, str. 335. — 39. Finger: Arch. für Dermat. und Syphil., 1894, str. 330. — 40. Bordoni-Uffreduzzi: Deutsch. med. Woch., 1894. str. 484. — 41. Widal: Baumgarten's Jahresbericht, 1897. — 42. Manley: The American Journ. of medic. sc., 1894, t. 108. — 43. Haushaller: Arch. clinique de Bordeaux, 1895, str. 495. — 44. Vanuxcem: Thèse de Paris, 1895. — 45. Rindfleisch: Arch. f. klin. Chir., 1897, Bd. 55, str. 445. — 46. Nasse: Sammlung klin. Vorträge (R. v. Volkmann) N. 181. — 47. Hagner: Bulletin of the Johns Hopkins Hospital. Bd. 8, Nr. 75, 1897. — 48. Destounis: Thèse de Paris, 1897—98. — 49. Hirschlaff: Ver. Beil. d. Deutsch. med. Wochenschr., 1898, N. 37. — 50. Lucas: The Lancet, 1899. — 51. Young: Journ. of cutan. and genito-urinary diseas., czerwiec 1900. — 52. Sahli: Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1887, N. 16, str. 496. — 53 Lang i Paltauf: Arch. für Dermat., 1893, Bd. 25, str. 330. — 54. Crippa: Wien. med. Presse, 1893, str. 1373. — 55. Dubuc: Franç. méd., 1893, str. 177. — 56. Horvitz: Wien. klin. Woch., 1893, N. 4, str. 59. — 57. Bujwid: Centr. f. Bakt., 1895, N. 4. str. 435. — 58. Petit i Pichevin: Journ. des mal. cut. et sypil., 1896. — 59. Rendu: La Semaine méd. 1897. N. 54, str. 428. — 60. Meyer: Centr. für Chir., 1898, N. 1. — 61. Almkwist: Arch. f. Dermat., 1899, N. 49, str. 163. — 62. Reichmann: Arch. f. Dermat., 1899, Bd. 49. — 63. Wetzel: Münch. med. Wochenschr., 1899. N. 22. — 64. Gaston: La Semaine méd., 1900 N. 5. — 65. Faltin: patrz Monatsh. f. prakt. Dermat., 1900, Bd. 30. str. 142. — 66. Zeissl: Lehrbuch der vener. Krankheit, Wien.

II. Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych i ich znaczenie w naukach lekarskich.

Podali

Prof. W. Jaworski i Dr. K. Flis, asystent kliniki.

(Rzecz wykonana w czerwcu, lipcu i sierpniu 1904 w pracowniach kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell. R. Dw. Prof. Edwarda Korczyńskiego).

(Ciąg dalszy).

Co się tyczy szczegółów metody badania, którą w oznaczeniach naszych posługiwaliśmy się, to zaznaczymy, iż każda woda przed oznaczaniem punktu marznięcia trzymana była w lodzie, aby przy otwieraniu nie utracała zawartego w niej wolnego CO_2 i wlewana do rurki Beckmannowskiej, również oziębionej.

Wszystkie wody podczas zamrażania mieszane były mieszadłem, poruszanem prądem elektrycznym i w ten sposób uregulowanem, że poruszało się raz na 2 sekundy.

Zachowanie tej jednostajności było konieczne ze względu na to, iż metoda ta jest dosyć subtelną, a punkt marznięcia w znacznym stopniu zależny od sposobu mieszania i zamrażania. Nawet przy tych ostrożnościach błąd metodyczny może wynosić do 0·01°.

Z otrzymanego obniżania punktu marznięcia obliczaliśmy ciśnienie osmotyczne O w atmosferach, mnożąc je przez 12·03, oraz ilość drobin, osmotycznie czynnych (= drobin + jonów), czyli t. zw. stężenie osmotyczne n. Z wzoru zaś chemicznego obliczano stężenie drobinowe N.. Przez porównanie tych dwóch ilości $\frac{n}{N}$ otrzymaliśmy wykładnik, wskazujący, ile razy więcej dana woda zawiera drobin osmotycznie czynnych, aniżeli to z wzoru chemicznego bez dysocyacyi drobin wynika.

Liczba ta musi być większą od jednostki, bo

$$n > N$$

Gdyby było $n = N$, to $N = 1$ czyli dysocyacyi nie byłoby.

Natomiast $\frac{n}{N}$ nie może być mniejsze od jednostki, gdyż dowodziłoby to, że w rozczynie znajduje się mniej drobin, aniżeli wzór chemiczny wykazuje. Dlatego paradoksem mogą się wydać w tabeli wody z Druskienik Nr. 16 i 17. Dla tych jednak wód skład chemiczny podany jest sposobem Thana w jonach. Z obliczenia więc chemicznego, N wypadło większe, aniżeli n, t. zn., że w rzeczywistości w wodach tych, a można twierdzić we wszystkich, dysocyacya nie jest zupełną. Stąd też w składzie chemicznym analityk (Pawłow), rozdzieliwszy wszystkie sole na jony, otrzymał ich więcej, aniżeli punkt marznięcia wykazuje.

Tym przykładem znakomicie poprzeć możemy nasze twierdzenie, że podawanie składu wód w jonach jest przy obecnych metodach badania dowolnością.

Ta liczba więc $\frac{n}{N}$ daje nam pewne pojęcie o stopniu dysocyacyi, jakkolwiek ścisłem oznaczeniem tego stopnia ona nie jest, stopień bowiem dysocyacyi α możnaby obliczyć, gdyby wszystkie drobiny były rozszczepione, jak to się znachodzi w rozczynach soli bardzo rozcieńczonych. W wodach jednak mineralnych dysocyacya jest niezupełną tak, że znachodzą się w nich oprócz rozszczepionych jonów także nierozszczepione drobiny, a nie mamy sposobu łatwego do obliczenia ich stosunku. Dla zupełnej dysocyacyi soli należałoby wody mineralne rozcieńczać jeszcze wodą przekroploną tak długo, aż przewodnictwo elektryczne już się ustali.

Kohlrausch i Ostwald oznaczali α dla rozczynów pojedynczych soli w ten sposób, iż oznaczywszy przewodnictwo pewnego rozczynu soli λ_a, rozcieńczali rozczyn tak długo, aż przewodnictwo przy dalszych rozcieńczeniach więcej zmianie nie ulegało. To przewodnictwo, oznaczone λ_∞, wskazywało, iż wszystkie drobiny były rozszczepione, a wówczas

$$\alpha = \frac{\lambda_a}{\lambda_\infty}$$

Oznaczenie λ_∞ dla wód mineralnych byłoby rzeczą niesłuchanie trudną, nieraz nawet niemożliwą, a co najważniejsze — bez praktycznego znaczenia. Dlatego też oznaczaliśmy ten stopień dysocyacyi w sposób powyżej podany, a dla zoryentowania się i praktycznego celu zupełnie wystarczający.

Do obliczania przewodnictwa elektrycznego równoważnikowego potrzebna była ilość η, t. j. stężenie równoważnikowe w 1 cm³, które obliczano, mnożąc stężenie drobinowe każdej soli z osobna przez jej wartościowość i biorąc sumę wszystkich w ten sposób przeliczonych składników. Wówczas

$$\lambda = \frac{\varkappa}{\eta}$$

Wobec braku zatem możności oznaczenia ilości α nie można z przewodnictwa elektrycznego obliczyć szybkości wędrowania jonów ani ich ilości i oznaczyć ich jakości. Dlatego nie podajemy składu wód w ugrupowaniu jonowem, bo jonów tych nie znamy. Sposób zaś pisania składu wód w jonach, praktykowany obecnie na niektórych wodach obcych, zwłaszcza niemieckich, jest tylko modną fantazyą, nie popartą dowodami.

W załączonej tablicy wód podajemy następujące daty: Prócz ciężaru właściwego (przedziałka 4) i ilości składników stałych w 1 litrze (przed. 5), podajemy depresyę Δ_t (przed. 6), następnie:

(przedziałka 7) ciśnienie osmot. w atmosferach:

$$O = \Delta_t \times 12\cdot03$$

„ 8) stężenie molowe $N = \frac{gm}{M}$

t. j. ilość grammolekułów (molów) w 1 cm³;

„ 9) stężenie osmot. $n = \frac{\Delta_t}{1\cdot85 \times 1000}$,

t. j. sumę drobin i jonów w 1 cm³;

„ 10) dysocyacyę $D = \frac{n}{N}$;

„ 11) stężenie równoważnikowe $\eta = \frac{N}{v}$

t. j. ilość gramrównoważników, obliczoną na 1 cm³, gdzie v oznacza chemiczną wartościowość soli;

„ 12) przewodnictwo elektryczne właściwe $\varkappa = l.f$ gdzie $f = 0\cdot4$;

„ 13) przewodnictwo równoważnikowe $\lambda = \frac{\varkappa}{\eta}$

obliczone na 1 cm³.

W tabeli wody mineralne ugrupowane są według największej depresyi, a więc i ciśnienia osmotycznego.

Dla poznania sposobu obliczenia poszczególnych dat, podanych w następnej tablicy, niech posłużą szczegółowe obliczenia dla źródła Nr. 52 z tablicy:

Woda ze studni przy kościółku św. Wojciecha w Rynku Głównym w Krakowie, zawiera:

	w 1 litrze gm.	Cięż. drob. M	Stęż. mol. w litrze $N = \frac{gm}{M}$	Wartość chem. v	Stęż. równoważ. $\eta = N \times v$
CaO	0·287	40 + 16 = 56	$\frac{0\cdot287}{56}$ = 0·005125	2	0·010250
MgO	0·099	40·56	0·002436	2	0·004872
Cl	0·138	35·45	0·003893	1	0·003893
H_2SO_4	0·197	98·08	0·002009	2	0·004018
HNO_3	0·160	63·05	0·002538	1	0·002538
			N = 0·016001 w 1 litrze albo = 0·000016 w 1 cm³		η = 0·025571 w 1 litrze = 0·000025 w 1 cm³

W przyrządzie Beckmanna odczytano: Depresyę $\Delta_t = -0\cdot05^0$, z czego: Ciśn. osmotyczne $O = \Delta_t \times 12\cdot03 = 0\cdot6$ atmosfer

Ponieważ 1 grammolekuł (mol) w 1 litrze wywołuje depresyę 1.85⁰ więc

Depresyi — 0·05⁰ opowiada ilość drobin osmotycznie czynnych, czyli t. zw.

Stężenie osmotyczne $n = \frac{\Delta_t}{1\cdot85} = \frac{0\cdot05}{1\cdot85} = 0\cdot027$ w 1 lit.

$$= 0\cdot000027 \text{ w } 1 \text{ cm}^3$$

Rozszczepialność $\frac{n}{N} = \frac{0.000027}{0\cdot000016} = 1\cdot687$

Przewodnictwo elektryczne, jako odwrotna wartość oporu znalezionego zapomocą przyrządu Ostwalda:

$= W$ t. j. ilości Ohmów w opornicy: a i b oznaczają długości odcinków druta, odczytane na mostku Wheatstona; przeto przewodnictwo l wody badanej znaleziono

$l = \frac{1}{\frac{a}{b} W} = 0\cdot041494$. A ponieważ pojemność oporowa f naczynia mieszczącego elektrody znaleziono $f = 0\cdot4$; przeto

przewodnictwo właściwe $\varkappa$ wody badanej wynosi $\varkappa = l.f = 0\cdot001659$

a przewodnictwo równoważnikowe

$$\lambda = \frac{\varkappa}{\eta} = \frac{0\cdot001659}{0\cdot00002557} = 64\cdot88$$

W tem ugrupowaniu (zob. tablicę) uwidocznia się znaczna depresya Δ_t i wysokie ciśnienie osmotyczne O wody gorzkiej morszyńskiej (Nr. 2), oraz solanek jodowych. Środek zajmują wody alkaliczne, przeważnie i solanki pojedyncze, a małe Δ i małe O mają przeważnie wody żelaziste, siarczane i wapienne.

Jeśli rozważymy współczynnik $D = \frac{n}{N}$, to uderza wysoka wartość dwóch wód z Nałęczowa i źródło Kazimiery w Sławinku. Trzy te źródła żelaziste w czasie badania już zawierały Fe lub Ca strącone, stąd też na obniżenie punktu marznięcia, a więc i na ilość n ono nie wpływało, a wliczone było przy rachunku N.

Dla porównania podajemy także wynik badania wód krakowskich: ze studni na Rynku Głównym przy kościele św. Wojciecha i z wodociągu krakowskiego, oraz z Wisły, z której wodę zaczerpnięto za Rudawą na Zwierzyńcu w sierpniu 1904.

Dla wód, które dokładnego rozbioru chemicznego nie mają, podaliśmy jedynie to, co się dało oznaczyć i obliczyć. Natomiast przypadkowym sposobem nie oznaczono Δ dla wody wysowskiej ze źródła Olgi.

Dalsze uwagi i wnioski podamy poniżej. Nim jednakowoż do nich i do omówienia znaczenia badań fizykalno-chemicznych dla fizyologii wogóle i dla balneologii w szczególności przystąpimy, wspomnieć jeszcze należy o dwóch metodach fizyologicznych badań ciśnienia osmotycznego, tj. o metodzie Hamburgera i hematokrytowej. Przedstawiając bowiem te metody, już w znacznej części wykażemy znaczenie i rolę osmozy w ustroju.

Hamburger posługiwał się w swych badaniach ciałkami czerwonemi zwierząt ciepłokrwistych. Jakkolwiek nie mają one błony komórkowej, to jednak całe ich pierwoszcze ma wszystkie własności błony półprzepuszczalnej, to znaczy: przepuszczalnej dla wody, a nieprzepuszczalnej dla soli. Dowód, iż tak jest, mamy w składzie chemicznym pierwoszcza ciałka czerwonego i osocza; pierwsze zawiera około 3·7 ‰ K Cl, a nie zawiera wcale Na Cl, podczas gdy drugie zawiera około 5·5 ‰ Na Cl, a nie zawiera KCl. Gdyby więc pierwoszcze ciałka czerwonego było dla soli przepuszczalne, zgęszczenie tych soli musiałoby się wyrównać. Natomiast o przepuszczalności dla wody świadczy zjawisko, iż ciałka czerwone, umieszczone w stężonych rozczynach soli, ulegają kurczeniu się, gdyż cząstki wody, w niej zawartej, dążą do rozczynu dla wprowadzenia równowagi w różnicy obydwu ciśnień osmotycznych i tem sprawiają zmniejszenie się objętości ciałka.

W rozczynach soli słabych albo w wodzie przekroplonej ciałka nietylko tracą właściwą sobie postać krążków, pęcznieją i przybierają postać kulistą, ale co najważniejsza,

Tablica poglądowa

z oznaczeń fizykalno-chemicznych poszczególnych zdrojów.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
L. p.	Zdrojowisko	Zdrój	Ciężar właściwy	Ilość składników stałych w 1000 cm³ w gramach	Obniżenie punktu marz. (depresya) Δ_t	Ciśnienie osmotyczne w atmosferach $O = \Delta_t \times 12{\cdot}03$	Ilość grammolekułów w 1 cm³ $N = \frac{gm}{M.\ 1000}$	Ilość drob. osmot. czynnych w 1 cm³ $n = \frac{\Delta_t}{0{\cdot}00185}$	Dysocyacya $\frac{n}{N}$	Ilość gramrównoważnik. w 1 cm³ $\eta = \frac{gm}{M/v \times 1000}$	Przewodnictwo elektr. właściwe $\varkappa = l.f$ $(f = 0{\cdot}4)$	Przewodn. równoważnikowe $\lambda = \frac{\varkappa}{\eta}$
1	Ciechocinek	Nr. 1 [1])	1·031	—	—3·14	37·77	—	0·0016973	—	—	0·05928	—
2	Morszyn	Bonifacego	—	70·28798	—2·67	32·12	0·00072823	0·001440	1·977	0·00125312	0·05920	49·473
3	Ciechocinek	Nr. 2	1·0136	—	—2·23	26·83	0·00030532	0·001205	3·857	0·00032720	0·04600	140·587
4	Rabka	Krakusa	1·01664	24.7558	—1·64	19·73	0·00040936	0·000888	2·169	0·00004252	0·033252	78·204
5	"	Rafaeli	1·01949	24.6587	—1·40	16·84	0·00040922	0·0007568	1·849	0·00043318	0·03104	71·655
6	"	Maryi	1·01877	24.8759	—1·13	13·69	0·00041369	0·000610	1·475	0·00043377	0·02536	58·465
7	Solec		—	—	—1·12	13·47	0·00027828	0·000605	2·175	0·00032258	0·025422	78·81
8	Ciechocinek	Nr. 9	—	—	—1·04	12·50	—	0·000562	—	—	0·023392	—
9	Truskawiec	Bronisławy	1·012104	16·828295	—0·79	9·50	0·00023236	0·000427	1·838	0·00027282	0·019048	69·82
10	Iwonicz	Karola	1·008955	12·219355	—0·78	9·38	0·00018302	0·000422	2·306	0·00022322	0·016000	71·68
11	Busko	Rotunda	1·070230	13·772	—0·75	9·02	0·00019756	0·0004054	2·052	0·00022162	0·018026	81·34
12	Iwonicz	Amalii	1·008551	11·273114	—0·74	8·90	0·00017038	0·000400	2·348	0·00020452	0·015384	59·75
13	"	Emmy	1·010018	13·321648	—0·73	8·68	0·00021614	0·000394	1·823	0·00022205	0·01532	69·01
14	Truskawiec	Zofii	1·007709	10·255512	—0·68	8·18	0·00014539	0·0003677	2·529	0·00016789	0·016000	95·304
15	Ciechocinek	Nr. 5	—	—	—0·68	8·18	—	0·0003677	—	—	0·015383	—
16	Druskieniki	Nr. 1 [2])	—	10·0923	—0·56	6·74	0·00031858	0·0003026	0·95	—	0·01384	—
17	Wysowa	Słony	1·008480	—	—0·56	6·74	0·00013227	0·0003026	2·336	0·00022395	0·009524	42·528
18	Rymanów	Tytusa	—	8·35849	—0·54	6·50	0·00012542	0·0002918	2·327	0·00014754	0·011004	74·58
19	"	Celestyny	—	8·35982	—0·52	6·26	0·00012415	0·0002810	2·263	0·00014621	0·011462	38·39
20	"	Klaudyi	—	8·39550	—0·51	6·13	0·00012525	0·0002757	2·200	0·00014701	0·011004	74·85
21	Krościenko	Stefana	—	—	—0·50	6·00	0·00016107	0·000270	1·676	0·00028182	0·008511	30·20
22	Druskieniki	Nr. 2 [3])	—	9·9780	—0·49	5·89	0·00031538	0·000265	0·839	—	0·012904	—
23	Birsztany	Wiktoryi	1.0040	5·9189	—0·48	5·77	0·00006594	0·000260	3·943	0·00008223	0·000962	11·696
24	Druskieniki	Artezyjski	—	10·5600	—0·47	5·65	—	0·000254	—	—	0·01200	—
25	Krościenko	Michaliny	1·003815	5·677690	—0·47	5·65	0·00006940	0·000254	3·66	0·00011349	0·009263	81·636
26	Szczawnica	Magdaleny	1·01826	13·011463	—0·44	5·29	0·00015920	0·000237	1·488	0·00031774	0·009798	30·837
27	"	Waleryi	1·005397	6·760903	—0·43	5·17	0·00007674	0·0002324	3·052	0·00011989	0·008561	71·41
28	"	Józefiny	1·00773	9·964795	—0·40	4·80	0·00013699	0·000216	1·577	0·00022104	0·006814	30·83
29	Birsztany	Stary	—	7·65283	—0·40	4·80	0·00013394	0·000216	1·613	0·00019000	0·010025	52·764
30	Szczawnica	Stefana	1·00540	6·915159	—0·33	3·97	0·00007807	0·000178	2·280	0·00012219	0·006504	53·23
31	Truskawiec	Maryi	1·00639	8·05509	—0·32	3·85	0·00003617	0·000173	3·800	0·00006669	0·00756	113·366
32	Wysowa	Rudolfa	1·004070	—	—0·32	3·85	0·00005624	0·000173	3·076	0·00009694	0·004525	46·68
33	"	Bronisławy	1·00402	4·791565	—0·32	3·85	0·00006857	0·000173	2·524	0·00011778	0·004462	37·887
34	Oblęgorek	Ursus	—	—	—0·26	3·12	—	0·00014	—	—	0·00228	—
35	Ciechocinek	Nr. 8	—	—	—0·235	2·83	—	0·0001272	—	—	0·005181	—
36	Wysowa	Józefa	1·00198	1·986185	—0·23	2·77	0·00002179	0·0001243	5·703	0·00003757	0·003265	86·91
37	Głębokie	św. Kingi	1·003326	5·634397	—0·21	2·53	0·00007174	0·0001135	1·582	0·00014394	0·002608	18·117
38	Wysowa	Wandy	1·001760	—	—0·17	2·04	0·00001861	0·0000924	5·074	0·00003261	0·002807	86·19
39	Krynica	Słotwinka	1·002739	2·11550	—0·16	1·90	0·00002026	0·0000866	4·274	0·00004127	0·002811	68·123
40	"	główny	1·003237	2·070814	—0·15	1·80	0·00001756	0·0000811	4·62	0·00003709	0·002663	71·795
41	Żegiestów		1·00184-8	5·723235	—0·15	1·80	0·00001720	0·0000811	4·727	0·00003666	0·002151	58·676
42	Wysowa	Olgi	1·00516	6·287360	—	—	0·00007586	—	—	0·00012917	0.002064	15·98
43	"	Karola	1·002372	2·835839	—0·14	1·68	0·00003258	0·0000757	2·323	0·00005356	0·002402	44·853
44	Iwonicz	Józefa	—	—	—0·14	1·68	—	0·0000757	—	—	0·002533	—
45	Swoszowice	główny	1·00262	2·80406	—0·11	1·32	0·00002348	0·000065	2·769	0·00004757	0·002486	32·27
46	Krzeszowice	"	1·003425	2·845591	—0·08	0·76	0·00002143	0·0000432	2·016	0·00004469	0·002381	53·276
47	"	Zofii	1·003435	2·667115	—0·08	0·76	—	0·0000432	—	—	0·002247	
48	Nałęczów	żelezisty [4])	—	0·38450	—0·05	0·60	0·00000360	0·000027	7·489	0·00000831	0·000584	70·223
49	"	wapienny [5])	—	0·39803	—0·05	0·60	0·00000387	0·000027	6·809	0·00000865	0·000429	49·60
50	Sławinek	Kazimiery [6])	1·000923	4·628556	—0·05	0·60	0·00000432	0·000027	6·254	0·00000931	0·000546	58·595
51	Truskawiec	Nafta	1·1993	0·84733	—0·05 [7])	0·60	0·000. 0589	0·000027	4·584	0·00001217	0·000730	59·99
52	Kraków	studnia przy kościółku św. Wojciecha	1·0022	1·256	—0·05	0·60	0·00001600	0·000027	1·687	0·00002557	0·001659	64·88
53	Krynica	Józefa	—	—	—0·04	0·48	0·00000456	0·0000216	4·742	0·00000908	0·000797	87·83
54	Lubień	Ludwika	1·00216	28·626492	—0·04	0·48	0·00001673	0·0000216	1·291	0·00003873	0·001953	50·426
55	Sławinek	Duży	1·000923	4·902841	—0·04	0·48	0·00000433	0·0000216	4·985	0·00001033	0·000538	51·643
56	Iwonicz	Adolfa	—	—	—0·03	0·36	—	0·0000162	—	—	0·000567	—
57	Kraków	wodociąg	1·002	0·2765	—0·010	0·12	0·00000214	0·0000054	2·523	0·00000364	0·000481	131·90
58	"	Wisła	1·0013	0·131	—0·005	0·06	0·00000188	0·0000027	1·436	0·00001045	0·000458	34·84

[1]) Używany do kąpieli. [2]) Skład chemiczny podany w ogłoszeniach w jonach.
[3]) Skład chemiczny podany w ogłoszeniach tylko w jonach. [4]) Po strąceniu się Fe.
[5]) Po strąceniu się Ca. [6]) Po strąceniu Fe. [7]) Praschil (*6*) znalazł $\Delta_t = -0{\cdot}02^{\circ}$.

zaczynają utracać hemoglobinę, która przechodzi do rozczynu i zabarwia go charakterystycznie.

Dzięki temu zachowaniu się i właściwości ciałek czerwonych nadają się one w znakomity sposób do badań zjawisk ciśnienia osmotycznego.

Na tej podstawie sporządził Hamburger szereg różnych rozczynów rozmaitych soli i oznaczał dla nich dwa bezpośrednio po sobie następujące, a mało się między sobą różniące stężenia, z których w jednem ciałka czerwone jeszcze nie ulegały rozpuszczeniu, w następnem zaś już ulegały. Pośrednie między temi dwoma stężenie nazwał granicą stężenia izotonicznego. Stężenie to jest wobec pierwoszczy ciałek czerwonych hipotoniczne, gdyż ciśnienie osmotyczne surowicy krwi jest o wiele wyższe, a nazwa izotoniczne dotyczy tylko stężenia różnych soli, w ten sam sposób na ciałka czerwone działających, które Hamburger oznaczał.

Tą drogą Hamburger nie tylko potwierdził zasadę de Vriesa i doszedł do pojęcia izo-, hipo- i hipertonii, ale nadto obliczył ciśnienie osmotyczne surowicy, a to w sposób następujący.

Do pewnej ilości surowicy krwi końskiej, np. 5 cm. dodawał stopniowo różne ilości wody przekroplonej i otrzymawszy szereg rozcieńczeń surowicy, dodawał do niej ciałek czerwonych, obserwując, przy którem rozcieńczeniu zaczyna się rozpuszczanie hemoglobiny. Tak oznaczył granicę stężenia surowicy, która wynosiła 5 cm surowicy więcej 2·85 cm wody; następnie dla tego samego gatunku krwi oznaczał granice izotoniczne stężenia rozczynu Na Cl, które wynosiło 0·05%, a stąd obliczył ciśnienie osmot. surowicy x ze stosunku

$$x : 0{\cdot}585 = (5 + 2{\cdot}85) : 5$$

z czego

$$x = 0{\cdot}92\%\ \text{Na Cl},$$ czyli

ciśnienie osmot. surowicy krwi końskiej jest takie samo, jak 0·92 odsetkowego rozczynu Na Cl.

Tą drogą wykazał także, iż ciśnienie osmot. krwi żylnej u konia jest większe, niż tętniczej, co także inną metodą sprawdził Kovacs dla krwi człowieka.

Limbeck (8) badał działanie różnych rozczynów NaCl, $NaNO_3$, $NaClO_3$ także na krew człowieka i oznaczał ciśnienie osmot. surowicy krwi ludzkiej. (Dok. nast.)

III. Z pracowni bakteryologicznej prof. J. Nowaka w Krakowie.

O pasteryzacyi mleka dla niemowląt.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński
asystent kliniki chorób dziecięcych prof. Jakubowskiego w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Nowsze te prądy nauki, dążące do zachowania mleka dla niemowląt w stanie o ile można niezmienionym, musiały zwrócić uwagę badaczów w kierunku postępowania, które ze wszystkich dzisiejszych metod wyjaławiania mleka najmniej oddala się od tego warunku, t. j. na pasteryzacyę. W ostatnich latach metoda ta stosowaną jest (zwłaszcza we Francyi) w sztucznem żywieniu niemowląt na coraz większą skalę, zyskuje sobie szerokie koło zwolenników — i zdaniem wielu autorów — powołaną jest, aby w niedalekiej przyszłości zastąpić wszystkie inne sposoby wyjaławiania mleka. Wyrazem tych usiłowań jest cały szereg przyrządów dla domowej pasteryzacyi mleka, jakie stworzono w ostatnich kilku latach, jak przyrząd Hippiusa, Oppenheimera, Kobraka i wreszcie przyrząd Contanta, coraz większe znajdujący rozpowszechnienie we Francyi i w Belgii. Wszystkie te przyrządy mają na celu połączenie tych korzyści, jakie przedstawia w sztucznem żywieniu metoda Soxhleta, ze sposobem wyjaławiania bardziej odpowiadającym współczesnym poglądom nauki.

Zwolennicy pasteryzacyi mleka dla niemowląt opierają się na następującem rozumowaniu:

Jak wiadomo, rozróżniamy dwa rodzaje wyjaławiania mleka: wyjaławianie bezwzględne i względne. Sterylizacya bezwzględna polega na zabiciu wszystkich drobnoustrojów i ich zarodników; wymaga ona działania wysokiej ciepłoty przez dłuższy przeciąg czasu, n. p. 108° przez ½ godziny, lub 110° przez 15 minut. Sposoby, potocznie nazywane wyjaławianiem mleka, jak gotowanie lub ogrzewanie do 100°, osiągają jedynie względną jałowość mleka i w ścisłem słowa znaczeniu wyjałowieniem nie są. Sposobami tymi niszczymy wszystkie bakterye chorobotwórcze i inne, pozostawiamy jednak przy życiu zarodniki wielu bakteryi, mleku właściwych, a zwłaszcza zarodniki t. zw. fermentów sernika. Takie wyjałowienie względne może być w praktyce zupełnie wystarczające, o ile mleko spożytem zostanie w krótkim czasie po dokonaniu wyjałowienia i o ile natychmiast po wyjałowieniu zostanie nagle oziębione i w nizkiej tej cieplocie do chwili spożycia pozostaje. Jednakże z wiadomości naszych o własnościach życia rozmaitych drobnoustrojów chorobotwórczych wypływa, iż do osiągnięcia tego wyniku ciepłota 100° lub 102° jest zupełnie zbyteczną. Ponieważ do zabicia wszystkich drobnoustrojów chorobotwórczych, jakoteż powodujących fermentacyę mleka, wystarcza kilkuminutowe działanie ciepłoty 75° lub dłuższe działanie ciepłoty 65—70°, zatem wynikałoby, iż podczas gotowania mleka lub ogrzewania go w przyrządzie Soxhleta działanie ciepłoty pomiędzy 75° a 100° lub 102° jest zupełnie bezcelowem. Nie może mieć ono na celu zabicia bakteryi, gdyż te już nie żyją; nie osiąga również zniszczenia zarodników, to bowiem wymaga ciepłoty znacznie wyższej. Natomiast udowodnionem jest, że właśnie powyżej 75° rozpoczynają się zmiany chemiczne we wszystkich prawie składnikach mleka; również powyżej tej właśnie ciepłoty mleko świeże ma tracić swoje cenne własności biologiczne. A zatem, — zdaniem zwolenników pasteryzacyi, — pasteryzując mleko, czyli wyjaławiając je zapomocą ciepłoty 65—75°, osiągnęlibyśmy ten sam wynik pod względem czystości bakteryologicznej, jaki nam daje gotowanie lub przyrząd Soxhleta, zachowując przytem własności i charakter świeżego mleka niezmienione.

Rozumowanie bez wątpienia bardzo ponętne. Lecz czy w istocie stosunki te przedstawiają się tak prosto i łatwo? Ażeby to rozstrzygnąć, musimy jasno zdać sobie sprawę ze stanowiska, na którem dziś stoi kwestya pasteryzacyi mleka dla niemowląt.

Zarówno, jak cała nauka o sztucznem żywieniu niemowląt, tak i kwestya pasteryzacyi mleka dla niemowląt uległa przez poznanie fermentów rozpuszczalnych i innych własności biologicznych żywego mleka zasadniczym przeo-

brażeniom. Poprzednio sprawa stała na stanowisku czysto chemicznem: poznawszy niekorzystne zmiany, jakie powoduje w składnikach chemicznych mleka działanie wysokiej ciepłoty, starano się osiągnąć oczyszczenie tego płynu od drobnoustrojów chorobotwórczych, unikając zmian, połączonych z silniejszem ogrzewaniem mleka. Ponieważ zmiany te rozpoczynają się ogółem powyżej 75°, zatem ciepłota ta stanowiła do pewnego stopnia normę pasteryzacyi, jej linię graniczną; — przyczem jednak przekroczenie tej linii o parę stopni wzwyż lub ogrzewanie mleka nieco dłuższe nie przedstawiało zbytnich niebezpieczeństw, gdyż mogło być jedynie uważane za przyczynę rozpoczynających się i ilościowo drobnych, a zatem mało znaczących zmian chemicznych. Badania lat ostatnich rzuciły, jak widzieliśmy, zupełnie nowe światło na znaczenie mleka matki dla ustroju niemowlęcia: żywienie pozbawionego piersi matki niemowlęcia surowem mlekiem zwierzęcem przedstawia się odtąd bezwarunkowo jako ideał, któremu tylko przeszkody technicznej i praktycznej natury nie pozwalają — i prawdopodobnie nie pozwolą nigdy — znaleźć szerszego zastosowania. Nowe te poglądy musiały spowodować zupełne przeobrażenie tak w samych zasadach, jak też i technice pasteryzacyi mleka dla niemowląt, którą odtąd ściśle trzeba odróżniać od pasteryzacyi mleka do innych celów. Celem, jaki stawia dziś sobie pasteryzacya mleka dla niemowląt, jest rozwiązanie zagadnienia, znacznie trudniejszego i bardziej złożonego, niż poprzednie: mianowicie uwolnienie mleka od drobnoustrojów chorobotwórczych, jakoteż powodujących fermentacyę mleka, z zachowaniem nietykalności nietylko chemicznych, lecz i biologicznych jego własności, jednem słowem z utrzymaniem charakteru tego pokarmu jako żywego płynu. Trudności zadania tego leżą w następujących stosunkach: tak fermenty, jak też i inne biologiczne własności mleka giną podczas ogrzewania po przekroczeniu pewnej ciepłoty już bardzo szybko; zatem różnica paru stopni lub kilku minut w działaniu ciepłoty może tu odgrywać stanowczą rolę. Z drugiej strony granice żywotności bakteryi, a granice, do których mleko zachowuje swoje własności żywego płynu, (o ile granice te zostały do dziś dnia poznane), zdają się leżeć bardzo blizko siebie, tak blizko, iż nieledwie się pokrywają; niezmiernie zatem trudnem jest zadaniem oznaczyć tę ciepłotę i czas jej trwania, któryby zupełnie pewnie niszczył pierwsze, oszczędzając zarazem drugie. Dla osiągnięcia tego celu (o ile on jest wogóle możliwy do osiągnięcia) konieczną byłaby niezmierna ścisłość w wykonaniu praktycznem; przedewszystkiem zaś dokładne i szczegółowe poznanie odporności na działanie wysokiej ciepłoty fermentów i innych własności biologicznych mleka z jednej strony, zaś odporności poszczególnych drobnoustrojów z drugiej strony.

Nauka o fermentach rozpuszczalnych mleka zbyt jest jeszcze świeżą, abyśmy mogli mieć zupełnie ściśle i pewne wiadomości o ich własnościach i ich odporności. Jako probierz własności żywego mleka stosowanym bywa zwykle znany odczyn na ferment oksydazy. Ferment ten, podług Marfana, ginie w ciepłocie 79°. Szczegółowe badania około poznania własności fermentów i ich odporności przynosi świeżo praca Hippiusa[15]). Według badań tego autora odporność fermentów mleka na działanie ciepłoty jest następująca:

ferment oksydazy (utleniający) znosi długo ciepłotę 60—65°, ginie już po krótkiem ogrzaniu do 76°;

ferment lipazy (rozkładający tłuszcze) znosi przez 1 godzinę ogrzewanie do 60°; również znosi krótkotrwałą ciepłotę 62°; przy 63° ulega osłabieniu, przy 64° ginie;

ferment rozkładający salol ginie powyżej 65° (ferment ten niema tu znaczenia);

ferment proteolityczny znosi przez 1 godzinę 60° lub $^1/_2$ godz. 65°;

ferment amylazy znosi przez 1 godz. 60°, ginie powyżej 75°;

własność bakteryobójcza mleka utrzymuje się przy dłuższem ogrzewaniu do 60—65°, jakoteż, jakkolwiek osłabiona, przy krótkiem ogrzaniu do 85°. (Zdaniem Behringa[16]) własność ta ginie przy działaniu ciepłoty 60° przez godzinę);

aleksyny mleka zachowują się według Behringa tak samo, jak jego własności bakteryobójcze.

Opierając się na tych spostrzeżeniach, sądzi Hippius, że do celów pasteryzacyi mleka dla niemowląt odpowiedniejszem jest dłuższe działanie ciepłoty 60—63°, niż krótkie ogrzewanie w wyższych ciepłotach.

Pozostaje do rozpatrzenia kwestya, jakiej i jak długo trwającej ciepłoty musimy użyć, aby osiągnąć w mleku zabicie wszystkich drobnoustrojów, nie wytwarzających zarodników. Ustalenie naszych wiadomości w tym kierunku jest niezbędnem, aby módz rozstrzygnąć, czy wogóle osiągnięcie tego celu da się pogodzić z biologiczną nienaruszalnością mleka, czy zatem rozwiązanie tej kwestyi przez zabieg pasteryzacyi jest teoretycznie możliwe. Hippius w poprzednio przytoczonej pracy opiera się na zapatrywaniu, że jednogodzinne działanie ciepłoty 60° wystarcza, aby mleko oczyścić z wszystkich bezzarodnikowych bakteryi łącznie z gruźlicą. Jednakże rozglądając się w odnośnem piśmiennictwie, widzimy, że zapatrywania pod tym względem są znacznie mniej ściśle i jednostajnie sformułowane, niżby to wobec dzisiejszego stanu bakteryologii można przypuszczać. Nie mówiąc już o gruźlicy, do której będę miał sposobność powrócić, na dowód, jak znaczne są różnice liczb podanych przez rozmaitych autorów, wystarczy przytoczyć zdania, dotyczące ciepłoty, w jakiej ma ginąć laseczka okrężnicy[17]):

62—63° C	1 minuta	v. Geuns,
59° C	5 minut	
60° C	15 minut	Kitasato,
60° C	10 minut	Weisser,
60—61° C	5 minut	Chantemesse i Vidal,
59° C	15—30 minut	
55—60° C	120 minut	Fränkel.

Pragnąc zdać sobie sprawę z przyczyny tych tak znacznych różnic, zachodzących w podaniach poszczególnych autorów przeprowadziłem szereg doświadczeń, w których starałem się zbadać zachowanie się drobnoustrojów podczas ogrzewania w rozmaitych warunkach. Wyniki tych doświadczeń może się przyczynią do rozjaśnienia niektórych punktów tej sprawy.

[15]) „Jahrb. für Kinderh." 1905. Zeszyt II.

[16]) Loc. cit.

[17]) Escherich i Pfaundler: Bacterium coli commune (Kolle u. Wassermann: Handbuch der pathogenen Mikroorganismen).

W doświadczeniach tych posługiwałem się zwykłą łaźnią wodną, zaopatrzoną termoregulatorem. Muszę zauważyć na wstępie, że jeżeli idzie o dokładne oznaczenie stopnia i czasu trwania ciepłoty, jakiej poddany został dany gatunek bakteryi, to musimy ciepłotę tę mierzyć nie w wodzie łazienki, lecz wprost w jednej z ogrzewanych probówek i to napełnionej takim właśnie płynem, w jakim bakterye ogrzewaniu poddajemy. Nie zachowując tej ostrożności, popełnialibyśmy błąd, mianowicie przyjmowalibyśmy zawsze ciepłotę wyższą, niż ją posiadało środowisko, w którem ogrzewaliśmy dany gatunek. Różnica ta po kilku minutach się wyrównywa, zatem tam gdzie chodzi o dłużej trwające ogrzewanie w niezbyt wysokiej ciepłocie popełniany błąd byłby nieznaczny; natomiast przy krótkotrwającem ogrzewaniu do wyższej ciepłoty, n. p. 75—80°, różnica mogłaby wynosić kilka stopni, co w tym przypadku stanowi bardzo wiele. Również ważnem jest mierzenie ciepłoty w tem właśnie środowisku, w jakiem bakterye poddane zostają ogrzewaniu, gdyż pod względem własności przewodzenia ciepła rozmaite płyny przedstawiają znaczne różnice, n. p. woda, mleko, śmietanka. Jedynie postępując w ten sposób możemy być zupełnie pewni, iż badany płyn w istocie posiadał tę ciepłotę, jaką odczytujemy na termometrze.

Pierwszem spostrzeżeniem, jakie zwróciło moją uwagę, był fakt następujący: jeżeli ogrzewamy w łaźni wodnej szereg probówek, zawierających 24-godzinną hodowlę bulionową danej bakteryi (w moich dośw. *b. coli*), zaś z drugiej strony szereg probówek z bulionem, świeżo tą samą bakteryą zakażonych, przekonywamy się, iż do osiągnięcia zupełnego zabicia 24-godzinnej hodowli wystarcza ciepłota znacznie niższa, niż do wyjałowienia świeżo zakażonej pożywki. I tak: bulion świeżo zakażony i ogrzewany w łaźni wodnej wykazywał, iż jednorazowe ogrzanie do 77° nie jest w stanie zabić *b. coli*; natomiast jednorazowe ogrzanie do 65° 24-godzinnej hodowli tejże bakteryi wystarczało, aby przy przeszczepieniu hodowla ta okazała się zupełnie jałową. Doświadczenie to powtarzałem kilkakrotnie i zawsze z tym samym wynikiem. Ten sam fakt mogłem stwierdzić na mleku:

Szereg probówek z mlekiem, świeżo zakażonem laseczką okrężnicy, zanurzałem w wodzie o ciepłocie 75° na przeciąg czasu od 2 do 6 minut. We wszystkich tych probówkach laseczka okrężnicy pomimo ogrzewania okazała się żywą. Natomiast 24-godzinna hodowla mleczna tej samej bakteryi (mleko było już ścięte) okazała się martwą po zanurzeniu w wodzie o tej samej ciepłocie już poniżej 2 minut.

Znalezienie wytłómaczenia dla tego faktu nie jest łatwem. Nie może tu być mowy o zmniejszeniu odporności 24-godzinnej hodowli wskutek wyczerpania żywotności drobnoustrojów, gdyż i świeża pożywka była zakażoną prątkiem, pochodzącym z 24-godzinnej lub nawet starszej hodowli. Jedynie możnaby przypuścić, iż przy ogrzewaniu hodowli bakterye, znajdując się w środowisku, przesyconem produktami życia tychże bakteryi, przedstawiają w tych warunkach mniejszą względem wysokiej ciepłoty odporność, niż to ma miejsce w świeżo zakażonym bulionie. W każdym razie fakt ten rzuca pewne światło na możliwe źródło różnic, zachodzących w poprzednio przytoczonych podaniach rozmaitych autorów.

Przy ogrzewaniu bulionu świeżo zakażonego z hodowli agarowej, a bulionowej, nie znalazłem różnicy w odporności bakteryi.

Ciepłota, potrzebna do wyjałowienia świeżo zakażonego bulionu przez ogrzewanie probówki w łaźni wodnej wynosiła:

dla laseczki okrężnicy: jednorazowe ogrzewanie do 78, albo 2 minutowe ogrzewanie w ciepłocie 69—70°; albo 42 min. ogrzewanie w 60°;

dla paciorkowca (wyhodowanego z mleka): jednorazowe ogrzewanie do 75°;

dla gronkowca ropotwórczego: jednorazowe ogrzewanie do 75°;

dla prątka duru brzusznego: jednorazowe ogrzewanie do 65°.

Jednakże gdybyśmy z tych liczb chcieli wyciągnąć bezpośrednie wnioski odnośnie do pasteryzacyi mleka i ciepłoty, potrzebnej do jej uskutecznienia, narażalibyśmy się na popełnienie bardzo znacznych błędów. Wchodzi tu w rachubę ważna okoliczność, dotąd bardzo niedostatecznie uwzględniona w podaniach różnych autorów co do odporności bakteryi na działanie ciepłoty, a mianowicie wpływ środowiska, w jakiem dany gatunek bakteryi ogrzewaniu poddajemy, na stopień odporności tychże bakteryi. Doświadczenia wykonane w tym kierunku przekonały mnie, że wpływ ten ma tutaj bardzo duże znaczenie, a mianowicie, iż dla zabicia danego gatunku bakteryi w mleku musimy użyć ciepłoty znacznie wyższej lub znacznie dłużej działającej, niż to jest potrzebnem dla zabicia tejże samej bakteryi w bulionie.

W doświadczeniach tych posługiwałem się zwykłem zbieranem mlekiem, służącem jako pożywka w pracowni. Różnice przedstawiały się ilościowo następująco:

a) przy jednorazowem ogrzaniu *b. coli* ginie w bulionie powyżej 77°;

przy jednorazowem ogrzaniu *b. coli* ginie w mleku dopiero powyżej 84°.

b) Przy zanurzeniu probówek w łaźni wodnej o ciepłocie 75°:

b. coli ginie w bulionie już po 1 minucie,

„ „ w mleku powyżej 6 minut.

c) Przy ogrzewaniu *b. coli* w ciepłocie 60°:

w bulionie ginie powyżej 40 minut,

w mleku „ „ 78 minut.

d) Przy ogrzewaniu *b. coli* w ciepłocie 70°:

w bulionie ginie powyżej $1^1/_2$ minuty,

w mleku „ „ 13 minut.

Podobną różnicę w odporności stwierdziłem również na paciorkowcu. Świeżo zakażona probówka z bulionem glicerynowym, zanurzona w łaźni wodnej o 75°, okazała się jałową już po upływie 1 minuty (przez ten czas ciepłota w bulionie nie mogła nawet dojść do 75°); paciorkowiec w mleku wytrzymał w tych samych warunkach 4-minutowe ogrzewanie.

Różnice te, występujące tak wybitnie i stale, dałyby się wytłómaczyć chyba przypuszczeniem, iż istoty białkowe lub obecność tłuszczu w mleku stanowią dla bakteryi rodzaj osłonki, ochraniającej je przed działaniem wysokiej ciepłoty. Fakt ten stanowiłby pewną analogię do spostrzeżeń, stwierdzonych na prątku gruźliczym, który przedstawia niezmiernie wysoką odporność na działanie ciepłoty, o ile znaj-

duje się w śluzowej osłonie, jaką przedstawia dla niego plwocina. Jakkolwiek zresztą chcielibyśmy zjawisko to tłómaczyć, w każdym razie ma ono niezmiernie ważne znaczenie odnośnie do pasteryzacyi mleka: wykazuje ono mianowicie, że wszelkie wnioski w tym kierunku, opierające się na naszych ogólnych wiadomościach o ciepłocie, potrzebnej do zabicia bakteryi, będą zupełnie fałszywe, o ile nie uwzględnią znaczenia środowiska i o ile nie oprą się na znajomości ciepłoty, potrzebnej do zabicia bakteryi w mleku.

Tak z teoretycznego, jak i z praktycznego punktu widzenia zaciekawiało mnie, jakie będzie zachowanie się bakteryi w śmietance. W tym celu szereg probówek, napełnionych zwykłą sklepową śmietanką i wyjałowionych, zakaziłem laseczką okrężnicy i zanurzyłem w łaźni wodnej. o ciepłocie 75°. Czas potrzebny do wyjałowienia śmietanki był w tych warunkach jeszcze znacznie dłuższy, niż to miało miejsce przy mleku: śmietanka okazała się jałową dopiero po ogrzewaniu trwającem 15 minut, podczas gdy w mleku (zbieranem) ulegało *b. coli* zabiciu już powyżej 6 minut. Jednakże różnicy tej nie można wprost odnosić do różnicy odporności bakteryi w mleku a śmietance: wchodzi tu również w grę przewodzenie ciepła, jak się przekonałem, znacznie powolniejsze w śmietance, która dopiero po dłuższym czasie osiąga tę ciepłotę, którą posiada woda w łaźni. Różnica, zależna od samej zwiększonej odporności, przedstawiała się następująco:

przy jednorazowem ogrzewaniu *b. coli* ginie w mleku (zbieranem) powyżej 84° (mierzone w mleku);

przy jednorazowem ogrzewaniu *b. coli* ginie w śmietance powyżej 85·5° (mierzone w śmietance).

Widzimy zatem, że granica odporności bakteryi ogrzewanych w śmietance jest jeszcze wyższą, niż w mleku. Granica zatem ciepłoty, potrzebnej do wyjałowienia przez pasteryzacyę mleka pełnego, niezbieranego, leżeć będzie pomiędzy temi dwoma granicami i będzie zależną od zawartości tłuszczu w mleku; z drugiej strony może być zależną i od jego rozmieszczenia: w razie, jeżeli tłuszcz będzie tworzył grubą warstwę na powierzchni mleka, wyjałowienie będzie wymagało wyższej ciepłoty, niż przy równomiernem rozmieszczeniu w postaci zawiesiny. (C. d. n.).

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

O zastosowaniu niektórych nowszych przetworów wyciągu nadnercza

(proszek renoformowy, gaza i wata renoformowa).

Własności wyciągu nadnercza, wywołujące niedokrwienie (*ischaemia*), znalazły, jak wiadomo, zastosowanie w lecznictwie, zwłaszcza w okulistyce. Kilka kropel tego wyciągu, nawet w znacznem rozcieńczeniu, wywołują na przekrwionej spojówce oka natychmiastowe jej dekongestyę i zbielenie; ta własność wyciągu nadnercza utorowała sobie przystęp do rynoterapii. W zastosowanie wszedł wyłącznie przetwór angielski „adrenalina“, który według podania fabrykantów ma zawierać skuteczny składnik nadnercza, posiadający w rozcieńczeniu 1:1000 własności, sprowadzające niedokrwienie, których nie traci nawet w rozcieńczeniu 1:10.000.

Przetwór ten w krótkim czasie zaczęto wyrabiać w wielu fabrykach europejskich pod nazwą suprareniny (Merck), epinefryny (Singer), wyciągu nadnercza (Dr. Freund i Redlich), tonogenu (Richter). Wszystkie te przetwory nie ustępują w niczem amerykańskiemu wyrobowi. Jeżeli jednak mimo swojej taniości mniej są stosowane, niż adrenalina, to przyczyny należy szukać wyłącznie w kolosalnej reklamie, jaką amerykański preparat się posługuje. Wszystkie wyżej przytoczone przetwory stosowane były w rozczynach, zwłaszcza w rynologii, gdzie już to dla celów rozpoznawczych, już to leczniczych szło o zmniejszenie obrzmienia przekrwionych muszli, lub błon śluzowych nosa. Postępuje się zaś w ten sposób, że albo błonę śluzową pociąga się płynnym wyciągiem, albo też wkłada do nosa kawałek waty, zwilżonej wyciągiem.

W zeszycie VIII „Therapie der Gegenwart“ omawia Goldschmidt nową formę stosowania wyciągu nadnercza. Posługiwał się on w swoich doświadczeniach przetworem firmy Dr. Freund i Redlich, zwanym *extr. suprarenal sicc.* lub renoformem. Wychodząc ze stanowiska, że zastosowanie środka tego w nosie w postaci płynnej, w rzeczy samej skutecznego, bywa nieraz dla mniej wprawnych niewygodne, postanowił Goldschmidt wykorzystać skuteczne własności tego przetworu nadnercza przez nadanie mu formy odpowiedniej, łatwiejszej w zastosowaniu przez samych chorych. Mając szczególnie tę drugą okoliczność na względzie, starał się Goldschmidt przekonać, czy główna substancya wyciągu nadnercza, w formie suchej sproszkowanej, dodana do jakiejś substancyi obojętnej w tym samym stosunku, w jakim używa się jej w rozczynach, osiągnie ten sam skutek po zastosowaniu na błonę śluzową. Liczne w tym kierunku doświadczenia, które Goldschmidt, jako asystent Krausego, w klinice tego ostatniego poczynił, okazały, że kombinacya renoformu z jakimś środkiem obojętnym, w tym przypadku *acid. boric. subtil.* + *sacchar. lact. w stosunku 0·10:5·0*, zastosowana na błonę śluzową, wywołuje podobnie niedokrwienie, jak odpowiednio ustosunkowane rozczyny.

Asystując Goldschmidtowi w Reichenhallu, miałem często sposobność przekonania się o zaletach tego przetworu, zastosowanego w formie sproszkowanej. Po zaprószeniu nim błony śluzowej nosa w przeciągu $^{1}/_{2}$—1 minuty ustępuje jej obrzmienie, co się objawia wybitnem zbieleniem błony śluzowej; a ponieważ proszek ten rozpuszcza się łatwo w wydzielinie nosa, przeto nie zasłania on nam pola operacyjnego w razie wykonywania jakiego zabiegu w tym narządzie. Działanie renoformu trwa kilka minut, a czasem i kilka godzin. Na podstawie tej własności ma ten przetwór zastosowanie przy zwalczaniu objawów, występujących w nieżycie, zatkaniu i cieczeniu z nosa, oraz bolu głowy.

Na uwagę zasługuje ta okoliczność, że przez częste wdmuchiwanie renoformu do nosa udaje się w wielu przypadkach trwale i prędko usunąć ostre nieżyty zatoki czołowej. Osiągnięty zaś skutek tem sobie tłómaczę, że obecność proszka tego w nosie utrzymuje zatokę stale w stanie otwartym, co umożliwia odpływ wydzieliny śluzowej. Sposób postępowania w tych przypadkach jest następujący: kokainizuje się nasamprzód miejsca, odpowiadające ujściu zatoki czołowej, a następnie stosuje się na te same miejsca proszek renoformowy, który przeszkadza wystąpieniu odczynowego obrzmienia, a tem samem zatkaniu ujścia zatoki czołowej, występującego zwykle po ustaniu działania kokainy.

Aby stale utrzymać zatokę czołową w stanie otwartym, daje się pacyentowi proszek renoformowy do rąk własnych, aby go w formie „tabaczki“ stosował, ilekroć wystąpią bole głowy i zatkanie nosa, a w każdym razie przynajmniej raz na godzinę. W ten sposób udaje się niemal zawsze objawy nieżytu nosa znacznie zmniejszyć, a względnie zupełnie usunąć. Rzecz naturalna, że pacyent, mając do dyspozycyi renoform sproszkowany, może go z łatwością sam stosować bez pomocy lekarza, ilekroć zajdzie tego potrzeba i w ten sposób osiągnąć prędko pożądany skutek. Środek ten jest także godny polecenia i w tych przypadkach, gdzie wskutek prze-

wiekłego obrzmienia błony śluzowej mamy do czynienia z zatkaniem jamy nosowej, a pacyent z jakichkolwiekbądź powodów nie zgadza się na operacyę. Wreszcie renoform okazuje się skutecznym w wielu przypadkach uporczywego zapalenia przewodów nosowych na tle naczynioruchowem, połączonego z wzmożoną wydzieliną. Działalność leku występuje w ten sposób, że wydzielina początkowa jeszcze bardziej się wzmaga na kilka minut, później jednak zupełnie i stanowczo ustaje.

Z kolei rzeczy przystępuję do omówienia działania renoformu, jako leku, tamującego krwotoki. Niemal każdy krwotok nosowy można zatamować przez uciśnięcie miejsca broczącego watą, zwilżoną płynnym renoformem; ten sam skutek da się jednak także osiągnąć zapomocą renoformu w stanie sproszkowanym i to nawet w przypadkach znacznego krwotoku, jaki się często zdarza po wycięciu muszli nosowych. Naturalnie nie zawsze skutek ten jest trwały; jednak w bardzo wielu przypadkach wywołuje on skurcz ścian naczyń tak długo, aż się nie wytworzy skrzep. O skutecznem działaniu tamującem krwotoki proszku renoformowego przekonałem się w następujących dwóch przypadkach:

Po wycięciu migdałka prawego u 12-letniego dziewczęcia wystąpiła mniejwięcej w 6—8 godzin po operacyi wielka bladość. Badanie wykazało krwawienie z miejsca operowanego, mimo upływu sporego czasu od chwili operacyi. Zalecone zimne okłady na szyję i spokój nie sprowadziły należytego skutku, a w godzinę później oświadczyła matka pacyentki, że zwymiotowała ona znaczniejszą ilość krwi i zemdlała. Stan dziewczęcia przedstawiał się rzeczywiście groźnie, gdyż bladość, już przedtem stwierdzona, jeszcze bardziej się wzmogła, a tętno stało się przyśpieszonem i nitkowatem, z rany zaś na migdałku krew spływała ciągle. Dwukrotne zaprószenie renoformem miejsca broczącego w krótkich odstępach czasu wystarczyło do zupełnego i trwałego zatamowania krwotoku. Drugi przypadek dotyczył lekarza, u którego po wyrwaniu zęba nastąpił obfity krwotok. I tutaj proszek renoformowy, jak poprzednio, w kilku minutach wywołał pożądany skutek.

Przy wszystkich krwotokach następowych, które powstały po usunięciu z nosa tamponów, użycie renoformu okazało się również stale skutecznem.

W większej jednak liczbie przypadków skuteczniejszem jest wytamponowanie nosa po zabiegach operacyjnych w tym narządzie. W tych razach okazały się bardzo pożytecznemi gaza i wata renoformowa, wyrabiane przez firmę Hartmann & Kleining w Hohenelbe (Czechy); zwykle bywają sprzedawane w opakowaniach wyjałowionych i zawierają na 100 części wagi dwie części wyciągu nadnercza.

Gaza dla celów otyatrycznych i rynologicznych wyrabia się w postaci wązkich taśm; do użytku zaś chirurgicznego i ginekologicznego w dowolnej formie; natomiast wata w formie sznura, już to w większych opakowaniach dla użytku lekarzy, już to w mniejszych — dla publiczności.

Obojętnem jest, czy do tamponów nosa użyje się gazy, czy też waty; jednak wata przez swą zdolność pęcznienia, jak to Goldschmidt słusznie w „*Aerztliche Praxis 1904*“ *zeszyt XVIII.* zauważył, zyskuje na wartości. Przez użycie gazy lub waty renoformowej, przy których już lekkie przyciśnięcie do miejsc krwawiących wystarczy, aby zatamować krwotok, zaoszczędzamy choremu bolów, jakich doznaje przez silne wypychanie nosa innymi opatrunkami.

Nadto mają powyższe środki jeszcze tę wyższość n. p. nad watą, zwilżoną półtorachlorkiem żelaza, tak powszechnie jeszcze używaną, że są aseptyczne i że po usunięciu ich niemal nigdy nie mamy krwawienia następczego, jakie się często zdarza n. p. przy stosowaniu tamponów z gazy jodoformowej. *Knobel* (Kraków).

V. Oceny i sprawozdania.

Fernand Besançon et Marcel Labbé. **Traité d'hématologie.** *(Paris. G. Steinheil éditeur. 1904 avec 125 figures et 9 planches en couleurs* (XVIII+959).

Olbrzymia praca ta podzielona jest na siedem części. Część pierwsza obejmuje badanie krwi w całości bez względu na jej składniki morfotyczne, a więc zajmuje się własnościami krwi fizycznemi i chemicznemi, jak krzepliwością, zasadowością, gazami krwi, kryształami krwi, oraz rozbiorem krwi chemicznym i bakteryologicznym. W części drugiej znajdujemy opis techniki badania krwi co do jej składników postaciowych. Dział trzeci poświęcony krwinkom czerwonym, czwarty białym, piąty hematoblastom, szósty surowicy, a siódmy narządom krwiotwórczym. Wszystkie działy opracowane szczegółowo i bardzo dokładnie, wszędzie przytoczono bardzo obficie piśmiennictwo danego przedmiotu. Gruntownie i drobiazgowo, jak może w żadnym innym podręczniku, opracowaną jest sprawa leukocytozy w najrozmaitszych jej postaciach. Leukocytozę dzielą autorowie wedle tego, czy krwinki białe, składające się na leukocytozę, są jedno — czy wielojądrzaste i dlatego rozróżniają „mononukleozę“ i „polynukleozę“. Jedną z postaci „mononukleozy“ jest limfocytoza Ehrlicha. Naturalnie, że mówiąc o „polynukleozie“, odróżniają neutrofilną od eozynofilnej. Owocem wprost mrówczej pracy jest dział, traktujący o stanie krwi wśród przeróżnych zatruć, zakażeń, chorób ostrych i przewlekłych, czy to ogólnych, czy też tylko narządów krwiotwórczych. Zajmujący jest dział, poświęcony związkowi, jaki zachodzi między rodzajem leukocytozy (*formule leucocytaire)*, a odpornością ustroju. Autorowie dochodzą do wniosku, że choroby, przebiegające z polynukleozą we krwi, nie pozostawiają ustrojowi odporności na przebytą chorobę, lecz przeciwnie — większą do niej skłonność, n. p. róża, gościec stawowy, zapalenie płuc, gardła i t. d.; podczas gdy choroby, którym towarzyszy mononukleoza, uodparniają ustrój, n. p. ospa, ospica, dur brzuszny, dur powrotny i t. d. Autorowie dzielą krwinki białe, oraz zapatrują się na pochodzenie i wzajemny ich stosunek zupełnie tak, jak Ehrlich i jego szkoła. Tak samo też dzielą choroby narządów krwiotwórczych. W odróżnieniu od Ehrlicha i jego szkoły wierzą w istnienie białaczki szpikowej ostrej, do czego zresztą w ostatnich czasach i uczniowie Ehrlicha się skłaniają (porównaj art. Hirschfelda: „O nietypowych białaczkach“ w 3 Nrze „Folia haematologica“ z r. 1904). W dziale ostatnim, poświęconym narządom krwiotwórczym, jest dokładna histologia prawidłowa i patologiczna tychże narządów, — brak atoli opisu techniki badania drobnowidowego, co dla zawodowca byłoby bardzo pożądanem. Do dziś dnia bowiem badają n. p. autorowie przeważnie szpik kostny tylko w skrawkach. Tymczasem w skrawkach nie da się nigdy zabarwić ziarnina i dlatego z takich preparatów nigdy nie możemy wnioskować, czy mamy przed sobą myelocyty, czy myeloblasty, względnie komórki limfoidalne. Do tego nadają się tylko preparaty, otrzymywane przez rozcieranie szpiku na szkiełkach i następnie ustalone i barwione jak krew. Dzieło opatrzone przy końcu 8 barwnemi tablicami, przedstawiającemi krew z przeróżnych stanów chorobowych. Tablice te są niezwykle udatne. *Stahr.*

VI. Wyciągi.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Fr. Neugebauer **Trzy spostrzeżenia zwężenia miednicy różnego pochodzenia.** (*Caries*, *rachitis*, *spondylolisthesis*) z 63 rysunkami w tekście. (*Ginekologia* 1895, Nr. 1, 2, 3). (Do łańcucha prac Neugebauera o kręgozmyku przybyło nowe ogniwo, jako dalszy dowód ogólnie cenionej dokładności autora i wszechstronnego opracowania. Ponieważ niepodobna odzwierciedlić w krótkiem sprawozdaniu wielkiej ilości cennych szczegółów, więc każdego, interesującego się sprawą

kręgozmyku, skierować należy do oryginału. Sprawozdanie posłuży jedynie do oryentacyi). Dobre wyniki, jakie obecnie dają cięcie cesarskie brzuszne i pochwowe, jakoteż cięcie łonowe, pociągnęły za sobą pewne zaniedbanie w badaniu miednic zwężonych, które jest koniecznem dla należytego ocenienia przypadku, dla wyrobienia sobie zdania o tem, jakie przeszkody i w którem miejscu będzie miało do przezwyciężenia ciało płodu, dla obrania wreszcie odpowiedniego sposobu postępowania. Badając sam ściśle każdą ścieśnioną miednicę, zachęca autor kolegów do tego i podaje trzy następujące przypadki:

Przypadek 1. Kobieta 34-letnia, od 4 lat zamężna, rodziła 3 razy. Zawsze wykonywano wymóżdżenie na płodzie żywym, pomimo czego były trudności z wydobyciem jego. Stwierdziwszy znowu ciążę, odmówił lekarz ponownego wymóżdżenia i skierował ciężarną w III. miesiącu do autora z prośbą o przerwanie ciąży lub zrobienie cięcia cesarskiego. N. wykonał to ostatnie z końcem ciąży, wśród bólów porodowych. Chora ta w wieku $2^1/_2$ lat spadła ze stołu, co pociągnęło za sobą objawy porażenia kończyn dolnych na tle próchnienia kręgów lędźwiowych i zropienie lewego stawu kuprolędźwiowego. Po 6 latach ropienie ustało. Obecnie uderza mały wzrost (144 ctm.), liczne blizny po ropniach opadowych, skrócenie tułowia tak, że palce rąk dosięgają w pozycyi stojącej kolan, garb lędźwiokrzyżowy, zrównoważony bardzo znacznem zmniejszeniem nachylenia miednicy. Miednica lejkowata, skośna, wskutek zropienia lewego stawu kuprolędźwiowego. Sprzężna prawdziwa 10 ctm., odstęp pomiędzy guzami kulszowymi $4^1/_2$ ctm., odległość wyrostka mieczykowatego od spojenia łonowego zaledwie 14 ctm. Brzuch tak silnie obwisły, że cięcie wypadło powyżej pępka. Przed otwarciem macicy przebił asystent błony, by ułatwić kurczenie się macicy i uniknąć zanieczyszczenia otrzewnej. Łożysko na ścianie przedniej, płód w położeniu czaszki. Po oddzieleniu ręką całego jaja i wydobyciu go na zewnątrz, otworzył N. błony i wydostał płód żywy i rzeźwy. Z każdego jajowodu (trąbki) wyciął kawałek długości 2 cm. Usunął przytem Gartnerowską torbiel pochwową i torbiel wargi mniejszej prawej. Wyleczenie.

Przypadek 2. U 37-letniej mężatki wykonał jeden z kolegów dwukrotnie wymóżdżenie płodu, pomimo którego wydobycie było ogromnie trudne. Teraz przesyła ciężarną w V. miesiącu z prośbą o wykonanie cięcia cesarskiego. Z końcem ciąży zgłosiła się ta osoba jako rodząca. Jestto karliczka wysokości 104 cm., z objawami krzywicy ogólnej. Miednica płaska, ogólnie ścieśniona, krzywicza, sprzężna prawdziwa około 8 cm., garb, *kyphoscoliosis,* brzuch obwisły. Ujście na palec. Po godzinie główka wklinowana przy bardzo gwałtownych bólach. Przygotowano wszystko do cięcia cesarskiego. Wśród przygotowań nastąpił poród siłami przyrody. Główka dobrze dostosowana z przedgłowiem, płód omdlały rychło docucono; obwód główki 34 cm. Na przygotowanie do cięcia cesarskiego wpłynęły wywiady. Zdaje się, że płód nie był zupełnie donoszony, bóle zaś były niezwykle energiczne.

Przypadek 3. Chora 29-letnia, skierowana do N. z powodu przetoki moczowej. W wieku dziecięcym nie przebyła urazu; od 15. roku życia miewa słaby ból w krzyżu i dolnej części kręgosłupa, silniejszy wśród pracy; od tegoż czasu utrudniony chód. Stanik stawał się za długim. Rodziła 3 razy, zawsze przez 3 doby, coraz trudniej; 1-szy i 2-gi poród siłami przyrody, 1-sze dziecko zmarło po $^1/_2$ godzinie, 2-gie urodzone nieżywo; 3-ci poród ukończony wymóżdżeniem i trudnem rozkawałkowaniem płodu, poczem odchodził zaraz mocz bezwiednie. W ostatnim połogu przez 4 tygodnie gorączka. Wzrost 142 cm. *Externa* 19 cm., *diagonalis spuria* $7^1/_2$ cm. Tułów skrócony tak, że ostatnie żebra każdej strony leżą wewnątrz miednicy, wskutek czego powstały wybitne fałdy skórne ponad grzebieniem kości biodrowej; ręka spuszczona dosięga palcami prawie kolana. Nad spojeniem łonowem i pachwiną poprzeczny fałd skóry; pępek tuż ponad spojeniem łonowem, stojącem prawie pionowo, z czem w związku szpara sromowa patrzy wprost ku przodowi. Kręgosłup zbliżony do spojenia łonowego; odległość pomiędzy 3-cim kręgiem lędźwiowym, a spojeniem łonowem 6 cm. (*conj. spuria*). Wychód miednicy ścieśniony. Dolna powierzchnia 5. kręgu lędźwiowego przylega do przedniej powierzchni kości kuprowej. Pomiędzy boczną powierzchnią tego kręgu, a skrzydłami kości kuprowej, kąt sferyczny Breiskyego, charakterystyczny dla kręgozmyku. Rozp.: kręgozmyk, przetoka pęcherzowo-szyjkowa głęboka, ze zniszczeniem przedniej wargi macicznej. Przetokę zaszył N. sposobem ojca swego, drutami miedzianymi.

Przyczyny kręgozmyku dopatruje się N. we wrodzonym braku łączności kostnej pomiędzy przednią a tylną połową łuku 5. kręgu lędźwiowego. Rozszczep kostny bywa wypełniony więzami i tkanką łączną. Ciężar kręgosłupa przesuwa przednią połowę słupa lędźwiowego przed przedgórzo, coraz to niżej, a w przypadkach daleko suniętych aż do przedniej powierzchni kości kuprowej na wysokości 1 lub 2 kręgu. Praca, dźwiganie i częste porody pogarszają sprawę. W danym przypadku istniało wskazanie do cięcia cesarskiego. Cięcie łonowe, wykonywane już przy kręgozmyku, uważa N. zasadniczo za nieodpowiednie z powodu możliwości skostnienia stawów kuprolędźwiowych. Rzadkim objawem była w tym przypadku wielka ruchomość wszystkich 3 stawów miednicy, dająca się stwierdzić przy ruchach, co pociąga za sobą chód niepewny. W dalszej części omawia N. szczegółowo rozpoznanie różniczkowe pomiędzy miednicą kręgozmykową, miednicą, towarzyszącą obustronnemu wrodzonemu zwichnięciu stawu biodrowego i kyfotyczną, przyczem szemat własny autora ułatwia zrozumienie rzeczy. Następuje szereg ogłoszonych przypadków, dotyczących głównie kręgozmyku, własnych i obcych, obficie ilustrowanych. *B. Wojciechowski.*

Bardeleben. **Narzędzie i metoda Bossiego.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1895, Nr. 15). Autor badał szereg chorych po uszkodzeniach, spowodowanych metodą Bossiego i ogłosił wyniki. Odwołując się na to, wyraża się Hammerschlag, że nie przychodzi do wniosku Bardelebena, iż należy metodę zarzucić, lecz, że należy rozszerzać tak, by uniknąć przedarć. B. wykazuje, że źle został zrozumiany. Metoda jest zasadniczo fałszywą, jeżeli się ją chce stosować wszędzie, bez względu na podatność szyi, jak tego chce jej twórca. O ile przy danych warunkach może ona oddać tak dobre usługi, jak inne sposoby rozszerzania szyi (balonem, palcami, nóżką po obrocie), o tyle staje się bez tych warunków zgubną. Wbrew twierdzeniu H., iż metoda Bossiego nie pociągnęła nigdy za sobą śmierci, przytacza autor 3 przypadki, w których związek zejścia śmiertelnego z przedarciem szyi nie pozostawia wątpliwości. *B. Wojciechowski.*

A. Schücking. **Brak tlenu, czy zatrucie kwasem węglowym.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 115). S. przekonał się doświadczalnie na zwierzętach, że nie brak tlenu, lecz nagromadzenie się małych ilości kwasu węglowego we krwi wywołuje rytmiczne ruchy oddechowe, jakoteż, że wielkie ilości kwasu węglowego są przyczyną porażenia ośrodka oddechowego i śmierci. W myśl tej zasady udało mu się przez wstrzykiwanie śródżylne środków, wiążących kw. węglowy, „alkalisacharatu" lub „alkalifruktosatu", pobudzić zwierzęta uduszone do życia. W 6 przypadkach tak ciężkiego omdlenia noworodków, że musiał je uważać stanowczo za stracone, wstrzyknął S. powoli do żyły pępowinowej około 200 grm. 1% *natrium saccharatum*, z wynikiem w 4 przypadkach pomyślnym. Roczynowi temu odpowiadałby 2% roczyn *natrium fructosatum*, niewygodnego z powodu własności higroskopijnych. Próby śródżylnego doprowadzenia tlenu przy porażeniu ośrodka oddechowego u królików pozostawały bez skutku. *B. Wojciechowski.*

C. H. Stratz. **Operacya włókniaków w ciąży.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 15). Przed 19 laty ogłosił S. bardzo obszerną statystykę z kliniki Schroedera, obejmującą przypadki włókniaków w przebiegu ciąży. Opierając się o nią, miał powód oświadczyć się za kierunkiem operacyjnym, polecając indywidualizowanie. Przeciw tej zasadzie wystąpili wówczas Hofmeier i Olshausen. Dalsze doświadczenia, opierające się nie na najcięższych przypadkach klinicznych, lecz na dobrze spostrzeganym materyale codziennym, skłoniły teraz S. do zajęcia stanowiska jak najbardziej zachowawczego. Wzniecenie poronienia wobec postępów ginekologii operacyjnej — uważa wyjątkowo tylko za usprawiedliwione, a do operacyi włókniaków wśród ciąży rzadko nastąpi wskazanie. Na 68 przypadków włókniaków w przebiegu ciąży tylko raz jeden musiał operować; 17 razy nastąpiło poronienie; zresztą porody nie były ciężkie, a dzieci rodziły się żywe. Przypadek operowany dotyczył 32-letniej mężatki, będącej po raz pierwszy w ciąży. Tętno 72, nieregularne, guz kulisty, sięga do łuku żebrowego; macica odpowiada 2 miesiącom ciąży, odgięta ku tyłowi, przechodzi na lewo w guz. Położenie macicy, wielkość guza i nieregularne tętno nakazywały wkroczenie czynne. Myśląc o wznieceniu poronienia i o operacyi włókniaka wśród ciąży, wybrał S. to ostatnie ze względu na życie płodu. Szeroką szypułę zaopatrzył podwiązkami *en masse* i pokrył otrzewną. Guz ważył 3.000 grm. Przebieg pooperacyjny korzystny, tętno wkrótce wyrównało się. Prawie we właściwym czasie wystąpiły bole porodowe, lecz były tak słabe, że po 60 godz. zmuszony był przy ujściu rozwartem zaledwie na 6 cm., z powodu omdlenia płodu założyć kleszcze. Przy zakładaniu drugiej łyżki nastąpił silny krwotok, spowodowany, jak się okazało, nizkiem umieszczeniem łożyska na ścianie przedniej. Łyżkę cofnął, założył ponownie z ominięciem łożyska i wydostał płód ciężko omdlały, który docucono. Połóg prawidłowy.

B. Wojciechowski.

T. C. Riggs. **Studyum porównawcze miednic kobiet białych i murzynek z uwzględnieniem wielkości płodu i stosunek ich do położenia płodu i do przebiegu porodu u obu ras.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 116). Praca pochodzi z *Johns*

Hopkins-Hospital w Baltimore. Za materyał służyło 779 kobiet białych i 721 murzynek. Miednic prawidłowych stwierdzono u białych 90·75%, u murzynek 65·18%; — ogólnie ścieśnionych u białych 4·62%, u murzynek 23·16%; płaskich u białych 3·33%, u murzynek 1·94%; krzywiczych u białych 1·28%, u murzynek 9·70%. Uderza więc duża ilość miednic ogólnie ścieśnionych, a mała płaskich u murzynek w stosunku do białych. Nadto zauważono, że miednica białej jest przeciętnie niższą i szerszą, niż murzynki, że ścieśnieniom miednicy towarzyszą zazwyczaj mniejsze płody, że dzieci białych są cokolwiek większe, aniżeli murzynek, że u białych zdarza się większy odsetek położeń czaszkowych w porównaniu z murzynkami i że więcej porodów odbywa się bez pomocy sztuki u murzynek, niż u białych. Pozostaje jeszcze szereg innych, mniej uwagi godnych wniosków. *B. Wojciechowski.*

Schütze. **Przypadek zapalenia błony śluzowej macicy po poronieniu u 11-letniej dziewczynki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1895, Nr. 16). Ciąża u dzieci pomiędzy 9 a 14 rokiem życia należy do rzadkości. W przypadku autora chodzi o 11-letnią, dobrze rozwiniętą dziewczynkę, blondynkę, która jeszcze regularności nie miała. W lutym bole żołądka, nudności i częste wymioty poranne; 2 marca pierwsze krwawienie, trwające przez 8 dni, w którymto czasie miała odejść zdaniem matki jakaś część stała, mięsna (nieprzechowana). W ciągu następujących 2 miesięcy powtórzyły się 3 razy krwawienia, pierwsze przez 9, drugie przez 8 dni, ostatnie obfite trwa od 8 dni. Badanie w uśpieniu wykazało wcale dobrze rozwinięte części rodne, wejście drożne bez trudności dla palca, ujście zamknięte, z macicy wylewa się ciecz ciemno-krwawa, nie cuchnąca. Po rozszerzeniu szyi pręcikami Hegara, wyskrobał S. obfite strzępy tkanki stałej, której badanie drobnowidowe, przeprowadzone przez 2 różnych badaczy, wykazało wprawdzie brak kosmków, lecz zato zupełnie typową doczesną i gruczoły, przypominające Opitza gruczoły ciężarnych. Mimo braku kosmków rozpoznaje S. w tym przypadku na pewne zapalenie błony śluzowej macicy po poronieniu. Po zabiegu nudności ustały. Regularność powtarza się odtąd co 4—5 tygodni. *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. Albrand. **Pośmiertny objaw źreniczny i dalsze spostrzeżenia nad zmianami pośmiertnemi w oku ludzkiem i zwierzęcem. Studyum sądowo-okulistyczne.** (*Archiv f. Augenh.*, T. 51, 1905, zeszyt 3 i 4). Po przedśmiertnem rozszerzeniu źrenic, zależnem od zmniejszonej ilości tlenu w ustroju, względnie przeładowania bezwodnikiem węglowym, występuje bezpośrednio po śmierci zwężenie źrenicy, spowodowane skurczem pośmiertnym zwieracza. Zwężenie to nie jest jednak zupełnem, przeciwdziała mu bowiem stężenie pośmiertne rozwieracza, a w szczególności silnie rozwinięty układ mięśniowy w okrężnie przebiegających naczyniach tęczówki. W kilkunastu przypadkach spostrzegał A. pośmiertne rozszerzenie się źrenic; — jest to dowód, że sprawa pośmiertnego stężenia nie odbywa się tak szematycznie i że skurcz pośmiertny objąć może niekiedy silniej pierwiastki mięśniowe rozwieracza. Wynikiem tego wzajemnego oddziaływania zwieracza i rozwieracza jest przeciętna postać źrenicy, spostrzegana w pierwszym okresie pośmiertnym. Zwężenie źrenicy, występujące po 24 godzinach, polega już tylko na zmniejszonem napięciu gałki. Błony wewnętrzne oka tracą swą elastyczność, tęczówka się zapada. A. wywoływał doświadczalnie w tym okresie rozszerzenie źrenicy zapomocą następujących sposobów: 1) Ucisku przy pomocy pierścienia, odpowiadającego swą wielkością obwodowi podstawy rogówki. Ucisk, wywarty równomiernie na nasady wyrostków rzęskowych, napina tęczówkę, rozciąga brzeg źreniczny, podczas gdy równocześnie soczewka wypycha z tyłu tęczówkę najbardziej w części źrenicznej i w ten sposób sprowadza rozszerzenie źrenicy. 2) Nacisku na środek rogówki zapomocą trzonka noża. (Ucisk wywarty przez powieki jest jednostronny i sprowadza znaczne zniekształtnienie źrenicy. Skoro jednak łagodnie uniesie się powiekę ku górze, wraca źrenica stopniowo do okrągłego kształtu). 3) Jednostronnego ciśnienia, wywołanego wstrzykiwaniami fizyologicznego roztworu soli kuchennej. (Zmętnienie rogówki, występujące przy rozpoczęciu wstrzykiwań, wyjaśnia się w krótkim czasie tak, że znowu można spostrzegać zachowanie się źrenicy). Nakłucie, wykonane po wstrzyknięciu, połączone z upływem ciała szklistego, powoduje obniżenie ciśnienia śródocznego, zwiotczenie tęczówki i zwężenie się źrenicy. Największe jednak zmiany w szerokości źrenic spostrzegamy, gdy wstrzykniemy płyn do przedniej komórki. Wówczas komórka przednia staje się głęboką, soczewka cofa się w tył, a źrenica rozszerza się *ad maximum*. Przy badaniu objawów źrenicznych w chwili zgonu i po śmierci określał także A. nasilenie oświetlenia w salach szpitalnych przy pomocy odpowiednio przez siebie zmienionego fotometru Wingena i przekonał się, że prawidłowy przebieg objawów źrenicznych nie zależy ani od zmiennych stosunków oświetlenia, ani też od zboczeń w budowie gałki ocznej. Rozszerzenie pośmiertne źrenicy jest objawem bardziej przemijającym w porównaniu z pośmiertnem zwężeniem. Ze śmiercią ustaje działanie leków zwężających i rozszerzających źrenicę, jak również wykluczonem jest swoiste jakieś zachowanie się źrenic podczas rozmaitych zatruć. Na podstawie swych spostrzeżeń na ludziach i doświadczeń na zwierzętach dochodzi A. do wniosku, że pośmiertne zachowanie się źrenic nie może stanowić praktycznej wskazówki w medycynie sądowej przy rozpoznawaniu zatruć i uważa za mylne spostrzeżenia poprzednich autorów, którzy jeszcze po śmierci spostrzegali działanie leków rozszerzających lub zwężających źrenicę. Przed- i pośmiertne rozszerzenie źrenic stanowi prawo ogólne, niezależne od przyczyny śmierci. Autor przedstawia następnie obrazy wziernikowe dna oka i mikroskopowe zmiany w rozmaitych błonach wewnętrznych, komórkach nerwowych siatkówki i soczewce. W sprawozdaniu szczegółowem z doświadczeń na zwierzętach zwraca A. uwagę na odmienne zachowanie się źrenicy w oczach, które po śmierci zostały wyłuszczone i przechowane w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. W oczach tych występuje nadzwyczaj wybitne zwężenie źrenicy, wobec którego zwężenie źrenicy w oku, pozostającem w oczodole, jest zupełnie niepokaźne. Dotychczas nie można wytłómaczyć przyczyny owego odmiennego zachowania się źrenic. *Dr. W. Reis.*

Wecker. **Nowe usiłowania wyleczenia zaćmy bez operacyi.** (*Annales d'Oculist.* Marzec, 1905). Rozwinięta w ostatnich czasach technika wstrzykiwań podspojówkowych i śródgałkowych, obudziła myśl, czyby też przy zastosowaniu odpowiednich środków nie można zapobiedz powstaniu zaćmy i wyleczyć tę chorobę w jej początku. Do tego celu mogą bowiem tylko zdążać — zdaniem Weckera — usiłowania, oparte na znajomości zmian anatomiczno-patologicznych, odbywających się w soczewce. W. nie podziela stanowczego twierdzenia Dransarta, jakoby ogólna higiena w połączeniu z leczeniem przeciwgośćcowem i doskonałą higieną oka przez dobór odpowiednich szkieł, mogła zapobiedz powstaniu zaćm w połowie przypadków. Niemniej jednak badanie moczu powinno być przeprowadzone ze szczególną starannością u osób, którym grozi zaćma i polecone odpowiednie leczenie, względnie higiena. Wobec nieregularnego postępu zaćmy nigdy nie można orzec terminu, kiedy ona będzie dojrzałą, i lepiej zająć wobec rokowania stanowisko wyczekujące, aniżeli widzieć później, że przepowiednie się nie sprawdzają. Ze sposobów, stosowanych dla wstrzymania rozwoju zaćmy początkowej, przytacza W. polecane przez Badala kąpiele oczne z roztworu jodku potasowego (1: 40) lub wkraplania wody do ócz o tym samym składzie. Podawane jednak przez Badala dodatnie wyniki wyleczenia nie wytrzymują krytyki, gdyż czas spostrzegania wynosił zaledwie jeden rok. Obok zewnętrznego wkraplania można się posługiwać także wstrzykiwaniami 5% jodku potasu w połączeniu z akoiną lub kokainą (½ ctm.³). Dla uniknięcia znacznego obrzęku spojówki gałkowej należy wstrzykiwania wykonywać cokolwiek głębiej, śródtorebkowo. Najnowszą próbę w celu usunięcia zaćmy początkowej przedsięwziął W., stosując leczenie wyciągami tkankowymi (opoterapię) z błon wewnętrznych i zawartości oka. Myślą przewodnią autora było podniesienie sztuczne odżywienia soczewki przez dostarczenie pierwiastków, zawartych w środku oka. Z powodu małej jednak liczby przypadków i krótkiego czasu spostrzegania nie wyciąga W. żadnych wniosków, a namawia do stosowania tych środków tylko w tym celu, by nie dawać przeczącej odpowiedzi chorym, którzy przychodzą do lekarza z zapytaniem, czy też nic nie można przedsięwziąść dla zwalczenia zaćmy, grożącej im utratą wzroku. *Dr. W. Reis.*

Bednarski. **O zmianach anatomiczno-patologicznych więzadełka Zinna.** (*Archiv f. Augenh.*, T. 51, 1905, zeszyt 3). Po wstępie historycznym, streszczającym dotychczasowe skąpe spostrzeżenia nad anatomią patologiczną obwódki rzęskowej Zinna, przytacza autor wyniki swych badań, określające bliżej istotę zmian chorobowych obwódki. 1. Pojedyncze włókienka blaszki promienistej Zinna wykazują w stanach chorobowych przeważnie zwyrodnienie szkliste, obok tego jednak napotyka się obrazy anatomiczne, przemawiające za rozpłynięciem się włókien w wypocinie surowiczej. 2. Zgrubienie włókien obwódki rzęskowej jest wyrazem ich zaniku. Obok zgrubienia poszczególnych włókienek powstaje takie zgrubienie w ten sposób, że pojedyncze włókienka zlepiają się ze sobą w jedno. Włókienka blaszki promienistej mogą być także wyjątkowo zrośnięte ze sobą zapomocą tworów komórkowych. Przerostu obwódki w ścisłem słowa znaczeniu niema. 3. Zanik obwódki rzęskowej przy garbiakach jest w związku z zanikiem ciała rzęskowego. Im większy jest zanik ciała rzęskowego, tem większy zanik obwódki rzęskowej. *Dr. W. Reis.*

Elschnig. **Wstrzykiwania hemolizyny w ponawiającym się krwotoku do ciała szklistego.** (*Arch. f. Augenh.*,

T. 51, 1905, zeszyt 4). Jak wiadomo surowica królika, któremu w krótkich odstępach czasu wstrzyknięto małe ilości krwi ludzkiej, nabiera własności hemolitycznych dla krwi człowieka. Jeśli do zawiesiny ciałek czerwonych krwi ludzkiej dodamy kroplę surowicy z królika, w powyższy sposób przygotowanego, rozpuszczą się natychmiast ciałka czerwone. To było myślą przewodnią dla Römera, by własności surowicy wyzyskać jako środek leczniczy w krwotokach śródgałkowych. Autor zastosował wstrzykiwania tej surowicy u chorego 34-letniego z wynikiem ujemnym. Po wstrzyknięciu wystąpiła ostra sprawa zapalna, a wyłuszczona gałka wykazywała następujące zmiany chorobowe: *irido-cyclitis plastica*, *chorioiditis*, *scleritis*, *necrosis retinae et perineuritis*. Powstanie martwicy siatkówki tłómaczy E. rozległemi zmianami w naczyniówce i bezpośredniem działaniem trującem surowicy hemolitycznej. Niefortunny wynik leczniczy pobudza do większej ostrożności; — należy używać surowicy rozcieńczonej (n. p. w stosunku 1: 10 fizyologicznego rozczynu soli kuchennej), by pozostało jeszcze działanie hemolityczne, natomiast zniesionem zostało działanie składników cytotoksycznych. Zabieg operacyjny wykonywa się w ten sposób, że odsłania się spojówkę gałkową, przez wbitą igiełkę Pravaza wyciąga się wprzód trochę ciała szklistego, by zapobiedz wzmożeniu się ciśnienia śródocznego i dopiero potem wstrzykuje się surowicę hemolityczną.

Dr. W. Reis.

Guibert i Guéritéau. **Rak woreczka łzowego, wyleczony promieniami Röntgena.** (*Ophthalmol. Klinik*, Nr. 6, 1905). U 56-letniego chorego rozpoznał autor raka woreczka łzowego i powieki dolnej oka prawego. Woreczek łzowy był otwarty wskutek całkowitego owrzodzenia przedniej ściany; tylna jego ściana i brzegi pokryte były mięsistą ziarniną, krwawiącą przy najlżejszym dotyku. Wywinięta dolna powieka zrośniętą była na przestrzeni 1 ctm. z okostną brzegu oczodołowego. Przy równoczesnem ochronieniu twarzy i oka poddano owrzodziałe miejsce działaniu promieni Röntgena. Po pierwszych naświetleniach nie zauważono żadnej zmiany; dopiero po naświetleniach dalszych, po których wystąpiło lekkie zapalenie skóry, stwierdzono polepszenie, a po 8-mem naświetleniu zupełne wyleczenie. Blizny miejsc owrzodziałych były cienkie i elastyczne, nie odróżniające się zbyt od skóry prawidłowej. Od wyleczenia upłynęło sześć miesięcy; nawrotu nie było.

Dr. W. Reis.

PEDYATRYA. Cronquist. **Zimnica w wieku dziecięcym.** (*Heilkunde*, 1905, Nr. 1). Autor zebrał 77 przypadków spostrzeganych u dzieci w Malmö w Szwecyi. Uderza wielka ilość postaci utajonych, które autor określa nazwą *malaria larvata* z poddziałami: *enteritica*, *neuralgica* i *cephalalgica*. Przypadków takich spostrzegał autor 56, w tem 44 postaci ostatniej. We wszystkich stwierdzono pasorzyty zimnicze, niekiedy jednak dopiero po przeszukaniu znacznej liczby, do 50 szkiełek nakrywkowych. Tylko 21 przypadków przypada na typową gorączkę przerywaną. Leczenie w postaciach utajonych powinno być długotrwałe i energiczne.

Lewkowicz.

Detot i Bourcart. **Badania nad aglutynacyą paciorkowca w płonicy.** (*Revue mens. des mal. de l'enfance* 1905, II i III). Autor dochodzi do wniosków następujących: Paciorkowiec u chorych płoniczych może okazywać z surowicą chorych na płonicę wybitną aglutynacyę; odczyn ten jednak jest zmienny i niestały. Przytem podobną aglutynacyę wywołują często surowice osób zdrowych, lub chorych na inne choroby zakaźne, a surowicą pochodzenia płoniczego można otrzymać znów wyniki dodatnie z paciorkowcem innego pochodzenia. Różne metody, podane przez autorów, prowadzą do tych samych wyników. Wyniki te świadczyłyby, że aglutynacya paciorkowca nie nadaje się jako metoda serodyagnostyczna zakażeń paciorkowcowych i nie może być zużytkowaną do rozstrzygnięcia pytania o swoistości paciorkowca w płonicy.

Lewkowicz.

Lenhartz. **Leczenie nagminnego zapalenia opon mózgordzeniowych.** (*Müncheuer med. Wochs.*, Nr. 12, 1905). Doświadczenia autora, nabyte w ostatniem dziesięcioleciu na 45 przypadkach, upoważniają go do wniosku, iż pod względem leczniczym nakłucie lędźwiowe prawie zawsze sprawia ulgę choremu i że wpływając na samą sprawę chorobową, częściej, niż dawniej, zażegnuje niebezpieczeństwo, grożące życiu młodych osobników. Za jedyny warunek niezbędny uważa L. regularne i dość częste stosowanie powyższego zabiegu, dającego się wykonać w każdym domu bez większych przygotowań. L. wbija kaniulę w linii środkowej pomiędzy 2 wyrostkami kolczystymi, oznaczając sobie to miejsce jako najodpowiedniejsze, w którem stos pacierzowy krzyżuje się z prostopadłą, pociągniętą od grzebienia miednicy ku stosowi; na jednem posiedzeniu nigdy więcej, niż 50 gramów płynu nie wypuszcza, kontrolując ciągle wysokość ciśnienia. Ze swej kazuistyki przytacza L. pięć przypadków bardzo ciężkich, w których nakłucia nietylko w pierwszych dniach choroby wywierały korzystny wpływ na rozmaite przypadłości, ale też w późniejszych okresach choroby; szczególnie zasługuje na wzmiankę przypadek, tyczący się robotnika 21-letniego, u którego w 6 tygodniu choroby wystąpiły objawy rozpoczynającego się ostrego wodogłowia; po 2 nakłuciach i wypuszczeniu 25, względnie 37 ctm. sześcien., stan chorego rychło się poprawił, ale w 2 dni później powtórzono znowu nakłucia wobec ponownego pogorszenia się choroby; odtąd chory stopniowo przyszedł do siebie i w 3 tygodnie zupełnie wyzdrowiał.

Korm.

Reyher. **Przyczynek do kwestyi zapotrzebowania pokarmowego i energijnego oseska przy piersi.** (*Jahrb. für Kinderh.* Tom 61, kwiecień 1905). Dotychczas istniało tylko jedno jedyne spostrzeżenie, w którem wszystkie karmienia w ciągu całego okresu żywienia piersią i odstawiania dokładnie oznaczono wagowo i zestawiono, mianowicie spostrzeżenie Feera. Przybywa drugie podobne spostrzeżenie, przeprowadzone na dziecku autora. Dziecko przez cały czas nie okazywało żadnych zboczeń. Karmione było w pierwszych dwóch miesiącach przeważnie siedem razy na dobę, później najczęściej sześć razy. Ilość pokarmu na dobę osięgła w paru dniach 500 gramów, z końcem 1-go miesiąca 600, z końcem 2-go mies. wynosiła około 700, z końcem 3-go 800 gramów, następnie zaś raczej zaczęła się zmniejszać i wahała do 7-go miesiąca około 750,0. Odtąd zaczęło się dokarmianie, szybkie opadanie pokarmu naturalnego i również szybkie wznoszenie się dostarczanego mleka krowiego. Pokarm był wogóle skąpy i przeważnie trzeba było podawać obie piersi za każdem karmieniem. Mimo to dziecko przybywało stale na wadze i osiągnęło z końcem 40-go tygodnia ciężar 7815 grm. wobec początkowego ciężaru przy urodzeniu 3290 grm. Przybywanie to było dziwnem wobec małej ilości pokarmu. Jak wiadomo, Heubner wygłosił zasadę, że do prawidłowego rozwoju potrzebuje osesek 100 wielkich kaloryi dziennie na kilogram swej wagi („iloczyn energijny“); jeżeli ta ilość spada do 70 kaloryi, dziecko nie może przybywać. Wobec tego, że mleko kobiece zawiera przeciętnie około 650 kaloryi w litrze, to iloczyn energijny był pozornie bardzo blizki 70 kaloryi. Sprawę wyjaśniło dokładniejsze zbadanie chemiczne mleka matki i oznaczenie wartości kaloryjnej. Okazało się, że mleko było bardzo bogate w tłuszcz; odsetek wynosił 4.5—5, a w czasie odstawiania 5—6, temsamem jego wartość kaloryjna bardzo wysoka około 765. Iloczyn energijny był też aż do 16-go tygodnia wyższy niż 100, a następnie dopiero opadł nieco poniżej 100. W ten sposób skąpość mleka była zrównoważoną jego wysoką wartością energijną. W następnym artykule „O zawartości tłuszczu mleka kobiecego“ podaje autor zasady, których należy się trzymać przy oznaczaniu tej zawartości.

Lewkowicz.

Rietschel. **Przyczynek do poznania wymiany kreatyniny u oseska.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, kwiecień 1905). Kreatynina w moczu pochodzi prawdopodobnie częściowo z pokarmów, częściowo z tkanki mięsnej. U dorosłych nawet po parotygodniowem głodzeniu (Succi) daje się wykazać. Badania autora wykazują, że u osesków zdrowych przy piersi, lub żywionych polewką Kellera, nie udaje się stwierdzić w moczu ani śladu kreatyniny, co autor odnosi do pokarmu wolnego od kreatyniny i przypuszczalnie do gromadzenia przez oseska azotu. U osesków gorączkujących udawało się wykazać ślady, u osesków, którym podano wyciąg mięsny Liebiga, znaczne ilości kreatyniny.

Lewkowicz.

Zappert. **O paradoksalnem poceniu się u dziecka.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, maj, 1905). U 6-letniej dziewczynki, żydówki, występowało począwszy od 2-go roku życia obfite pocenie się, obejmujące najpierw grzbiet rąk, potem stronę wyprostną przedramion i ramion, potem kark, wreszcie piersi, a, co szczególne, że zawsze po zadziałaniu zimna i to głównie w porze zimowej. Stan ten okazywał skłonność do poprawy. Autor uważa zboczenie za nerwicę i wspomina o analogicznym przypadku u żydka 14-letniego, opisanym w r. 1899 przez Marischlera.

Lewkowicz.

Neurath. **Kliniczne badania zapalenia przednich rogów szarej istoty rdzenia.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, maj, 1905). Zestawienie 240 przypadków, spostrzeganych ambulatoryjnie w wiedeńskiej poliklinice. Z szczegółów mniej znanych zasługują na uwagę objawy zwiastunowe, występujące niekiedy przed właściwym początkiem choroby: znużenie, brak łaknienia, niechęć do biegania, kulanie przemijające, drżenie i osłabienie ręki; a znów w gorączkowym okresie początkowym bolesność zajętych części przy obmacywaniu, dotycząca skóry i mięśni, jakoteż samoistne bole w karku i grzbiecie. Rzadziej i wyłącznie tylko przy porażeniu dolnych kończyn pojawiają się wtedy także zaburzenia w wydalaniu moczu: bole przy moczeniu, zatrzymanie moczu, lub moczociek.

Lewkowicz.

Moro. **Morfologiczne i biologiczne badania nad bakteryami kiszkowemi oseska.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, maj, 1905). Przeważna część kału oseska składa się z bakteryi. Od czasów badań Eschericha wiadomem jest przytem, że kał ten, badany drobnowidowo, robi wrażenie hodowli czystej prątka smukłego, okazującego niekiedy na końcach zgrubienia, lub rozwidlenia i nie odbarwiającego się przy barwieniu metodą Grama. Robiąc zwykłe hodowle, otrzymujemy w przewadze prątek kałowy (*b. coli*), odbarwiający się Gramem. Escherich sądził, że prątek ten w stolcach oseska, bogatych w tłuszcz, może się nie odbarwiać. Zapatrywanie to okazało się błędnem, jak to wykazały badania Tissiera. Prątek, znajdujący się w stolcach oseska prawie w czystej hodowli, jest beztlenowcem i przy zastosowaniu zwykłych sposobów hodowania nie wyrasta tak, że wtedy na pierwszy plan wysuwają się prątki kałowe. Otrzymać go można przeciwnie łatwo w hodowlach w agarze cukrowym głębokim. Jestto *b. bifidus communis*. Autor potwierdza to podanie Tissiera, opisuje cechy morfologiczne i hodowlane prątka rozwidlonego i kilku innych, obok niego najczęściej w stolcach oseska napotykanych bakteryj anaerobijnych i aerobijnych. *Lewkowicz.*

Stirnimann. **Gruźlica w pierwszym roku życia.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, maj, 1905). Autor daje zestawienie 42 przypadków zupełnie pewnej gruźlicy, stwierdzonej pośmiertnie na 591 przypadków badanych (7, 1%). Chłopcy byli dotknięci częściej, niż dziewczęta (10, 3 i 5, 4%). W przeważnej liczbie (88%) była gruźlica wprost przyczyną śmierci, rzadko przypadkowem powikłaniem (2, 3%), lub jej znaczenia nie można było określić (9, 4%). Nigdy nie stwierdzono ani śladów spraw, któreby mogły świadczyć o skłonności do wyleczenia. Następuje przegląd głównych i pobocznych umiejscowień sprawy gruźliczej, jakoteż i objawów klinicznych. Płuca zajęte są najczęściej (60, 9%), rzadziej jednak nieco, niż u dorosłych (76, 6%). Rozpoznanie gruźlicy płucnej u osesków opiera się na stwierdzeniu stłumień, niekiedy bardzo nasilonych bez wybitnego bębenkowego odcienia, stanu bezgorączkowego, lub tylko nieznacznych wzniesień gorączkowych i silnego, stale postępującego zaniku. Gdy z powodu rozwoju świeżych prosówkowych gruzełków, lub towarzyszącego zapalenia zrazikowego płuc istnieje wyższa gorączka, rozpoznanie staje się niemożliwe. Nacieki zajmują często płaty dolne (przeciwnie jak u dorosłych), a płuco prawe znacznie częściej zostaje zajęte, niż lewe, lub też zajęte są oba. Nie tak rzadko przychodzi do wytworzenia jam gruźliczych. Przy zaniku osesków należy zawsze myśleć o możliwości gruźlicy. Często jednak nie zdołamy za życia stwierdzić żadnego umiejscowienia. Rozpoznanie gruźliczych ognisk w kościach, gruczołach, zapalenia gruźliczego opon nie przedstawia wielkich trudności. Gruźlicy prosówkowej nigdy na pewne za życia rozpoznać nie zdołano. Objawy zaczęły się u 2-ch dzieci zaraz po urodzeniu; jedno miało powiększone gruczoły, drugie kaszel. Widocznie chodziło o zakażenie łożyskowe. U innych przypady rozwinęły się później. Śmierć nastąpiła najczęściej w drugim lub trzecim kwartale pierwszego roku życia (razem 66, 5%). *Lewkowicz.*

Kraus. **Przyczynek do zagadnienia trwałości surowicy przeciwbłoniczej.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, maj, 1905). Odpowiedź na artykuł Schön-Ładniewskiego. Badania surowic, przechowanych przez kilka miesięcy, a nawet 1—2 lat, wykazały, że utrata siły antytoksycznej w niektórych surowicach prawie zupełnie nie następowała, w innych wynosiła $^{1}/_{7}$—$^{1}/_{3}$, w każdym razie mniej, aniżeli połowę. Takie serye zostają z handlu zaraz po stwierdzeniu ubytku wycofane. *Lewkowicz.*

Frenkel i Langstein. **O wrodzonym rodzinnym niedokształcie móżdżku.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, maj, 1905). Opis objawów u trojga rodzeństwa w wieku od 4—12 lat. U dwóch z reszty rodzeństwa zresztą zdrowych, stwierdzono, podobnie jak u chorych, drżenie gałek ocznych. Objawy polegały głównie na niezborności, jak ją autor nazywa „tułowiowej“: Chód szerokosiadowy, niemożność utrzymania tułowia w spokoju, a zwłaszcza niemożność balansowania na jednej nodze, choćby na sekundy. Chód odbywa się bez pomocy. W dwóch innych przypadkach dalej posuniętych stanie i chód były niemożebne. Cechującem byłoby dla obrazu chorobowego połączenie ogólnej hipotonii mięśni z podwyższeniem odruchów ścięgnistych, bez odruchu Babińskiego. Od niezborności dziedzicznej Friedreicha choroba różniłaby się zachowaniem, lub wzmożeniem odruchów ścięgnistych, brakiem zmian w czuciu, brakiem skrzywienia kręgosłupa, końskiej stopy, pojawieniem się we wczesnem dzieciństwie, przebiegiem niepostępującym. Obraz ma się także różnić od dziedzicznej niezborności móżdżkowej, opisanej przez Marie, gdyż ta rozwija się w wieku ponad lat 30, cechuje się skurczowymi objawami i przebiegiem postępującym. *Lewkowicz.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Kacnelson. **Prawidłowa i patologiczna pobudliwość odruchowa błony śluzowej dwunastnicy.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1904 r.). K. badał i porównywał w pracowni prof. Pawłowa odruchy zdrowej i chorej błony śluzowej dwunastnicy, oddziaływującej na ruchową czynność żołądka. Już Bołdyrew wykazał, że u zdrowych psów naczczo istnieje zawsze prawidłowa praca okresowa większej części przewodu trawiennego, zarówno ruchowa, jak i wydzielnicza. K. badał zachodzące w tej pracy zmiany przy różnych podrażnieniach błony śluzowej dwunastnicy; badanie przeprowadzał na psie z przetoką żołądkową w dnie żołądka i z przetoką jelitową Thiry-Vella, wykonaną w ten sposób, że odcinek jelita długości 25 ctm. obejmował dolny odcinek dwunastnicy i górny jelita czczego. U psa tego w ciągu 6—7 godzinnych doświadczeń dały się zauważyć 3—4 wspomnianych okresów, które ustępowały miejsca okresom wypoczynku, trwającym 1—2$^{1}/_{4}$ godz.; okres pracy składał się z 5—10 oddzielnych skurczów, z których każdy trwał 5—10''; przerwy między skurczami wynosiły 1—2'; podczas okresu pracy żołądek wydzielał śluz w ilości 0,5—5 sz. ctm. w 1'. W czasie tej pracy okresowej żołądka K. wlewał do odcinka jelitowego przez przetokę 0,1% HCl: skurcze żołądka natychmiast ustawały przez czas wlewania (zwykle 1') i powstawały znów po $^{1}/_{2}$—1 godz., licząc od początku wlewania; nowe te skurcze niczem nie różniły się od zwykłych pod względem siły i częstości; następny okres czynny występował w swoim czasie. Na podstawie tego K. uważa 0,1% HCl, jako fizyologiczny bodziec drażniący dla błony śluzowej jelit cienkich. Inaczej się dzieje w razie podrażnienia błony śluzowej jelita 0,5% HCl. Jakkolwiek skurczowa praca żołądka nie ustaje, skurcze nabierają cechy podniecenia: liczba, siła i długotrwałość ich zwiększa się, linie wstępująca, zstępująca i szczytowa na krzywych skurczu stają się nierównemi; w dniach następnych czynność skurczowa po wlewaniu ma cechy depresyi, co wyraża się mniejszą wysokością i długotrwałością wzniesień na krzywej, ostrym szczytem i pionowem opadnięciem niżej abscisy kolana zstępującego; prawidłowa czynność żołądka następuje dopiero na 6—9 dzień. Wreszcie wlewanie 0,5% HCl do odcinka jelitowego tłumi i wydzielniczą czynność żołądka. Na podstawie tego K. uważa 0,5% HCl za bodziec patologiczny dla jelita. Dalsze doświadczenia K. wykazały, że wlewanie 0,1% HCl do odcinka jelita po poprzedniem wlewaniu 0·5 HCl nietylko nie tamuje, lecz przeciwnie podnosi skurczową czynność żołądka aż do stanu drgawek. Ten stan może być zniesiony przez wlewanie do jelita $^{1}/_{3}$% dwuwęglanu sodowego. Na podstawie tych doświadczeń K. przychodzi wreszcie do wniosków następujących: 1) błona śluzowa dwunastnicy i górnego odcinka jelita czczego jest źródłem odruchów na ruchową i wydzielniczą czynność żołądka; 2) kwas solny jest czynnikiem tych odruchów: 0,1% roztwór przedstawia czynnik prawidłowy, 0,5% patologiczny; 3) prawidłowy czynnik podniecający (0,1% HCl) ze zdrowej błony śluzowej tamuje, z patologicznie zmienionej — zwiększa okresową kurczliwość żołądka; 4) patologiczny czynnik (0,5% HCl) tamuje wydzielniczą czynność gruczołów żołądkowych; 5) ponieważ inne środki drażniące (zawiesina gorczycowa) nie sprowadzają tych zmian, co HCl, to ten ostatni należy uważać jako swoisty czynnik dla odruchów z jelita na okresową pracę skurczową żołądka. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bremener. **Wpływ toksyny błoniczej na wymianę azotu i soli u zwierząt.** (*Miedicinskoje Obozrenije*, 1904, Nr. 8—9). Badania przemiany materyi u psów i kotów pod wpływem toksyny błoniczej, przeprowadzone przez B., wykazały, że toksyna ta wywołuje wzmożony rozkład białkowy i znaczne obniżenie przyswajania białkanów z pokarmu; wydzielanie chlorków podnosi się i przewyższa prawie o 2 razy wydzielanie azotu, co wskazuje na rozkład komórek i tkanek, zawierających dużo chloru; wydzielanie fosforanów również spotęgowuje się w większym stopniu, niż należałoby oczekiwać odpowiednio do ilości azotu; waga ciała obniża się, ilość moczu zmniejsza się, *t* podnosi się. Wszystkie te zmiany występują w pierwszym okresie zatrucia toksyną i są tem więcej wybitne, im większą jest dawka. W następowym okresie, trwającym aż do śmierci, przemiana materyi i *t* spadają niżej normy. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bennoma A. **Badania nad mlekiem pasteryzowanem.** (*Chem. Zg.* 182—183). Jeżeli mleko będziemy ogrzewać w ciągu $^{1}/_{4}$ godz. do ciepłoty 66° C., wówczas giną laseczniki kwasu mlekowego, a zostają tylko drobnoustroje kwasu masłowego. Autor przekonywał się o tem, czy mleko jest pasteryzowane, w ten sposób, że wstawiał próby w flaszkach jałowych do cieplarki przy 37° C. Jeśli w ciągu 24 godz. wytworzyły się gazy i kwas masłowy (charakterystyczne laseczki), wówczas mleko było dobrze pasteryzowane; w przeciwnym razie wytwarza się kwas mlekowy bez gazów. Mleko przegrzane wyżej 65° C. nie daje próby Storcha (zabarwienie niebieskie zapomocą H_2O_2 i p-phenylendiaminu). *Gertler.*

Gordan P. **Czy woda utleniona (H_2O_2) nadaje się do wyjałowienia mleka?** (*Centr. f. Bact.*, Bd. XII, Nr. 22—23). Budde podał sposób wyjałowienia mleka przez dodanie małej ilości wody utlenionej i ogrzanie mleka do ciepłoty 40° C. Kontrolę tych doświadczeń przeprowadził Gordan i przekonał się, że małe ilości H_2O_2, zalecane przez Buddego, nie wyjaławiają mleka; większe nieco ilości powstrzymują rozwój drobnoustrojów, a dopiero potrójna ilość wody utlenionej, dodatek $10^5/_{100}$ cm³ roztworu 30% przetworu Mercka na 1 litr niszczy drobnoustroje. Dodatek tak wielkiej ilości wody utlenionej wytwarza nieprzyjemny smak mleka i dlatego sposób ten nie nadaje się do wyjaławiania mleka. Równoczesne ogrzanie i dodatek wody utlenionej ma tylko małe znaczenie. *Gertler.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Błonicę i zapalenie mieszkowe migdałków leczył Justi (*Münch. med. Wochs.*, 1904, 49) pędzlowaniami 5% roztworem kolargolu (3 × dnia). Podaje on, że w 6 przypadkach błonicy nastąpiło przy tem leczeniu wyzdrowienie w 5 dniach, gdy w jednym, surowicą leczonym przypadku, dopiero po dniach 10. Zapalenie mieszkowe miało ustępować w ciągu 24 godzin. *H.*

Przetwory salicylowe, stosowane zewnętrznie, porównywał między sobą P. Müller (*Deutsche med. Wochs.*, 1904, 37). Działanie ich w cierpieniach gośćcowych, jako leków głównie objawowych, jest mniej więcej jednakie, różnią się one tylko między sobą tem, że jedne częściej, inne rzadziej, wywołują niemiłe skutki uboczne w postaci zadrażnienia skóry, jej zapaleń, a nawet cięższych postaci wyprysku. Odznacza się tem szczególnie *ol. gaultheriae;* lepszym już jest mesotan, zwłaszcza rozcieńczony do połowy oliwą. Najwyżej jednak stawia M. ze wspomnianych względów salit, oraz salocreol, który nadaje się też do leczenia róży i obrzęków gruczołów chłonnych. Mieszaniny maści, olejów i mydeł z kwasem salicylowym (jak reumasan i t. d.) mocno drażnią skórę, a działają tylko bardzo słabo. *H.*

W zapaleniu płuc używany bywany bywa w Ameryce kreozotal. Zandt (*Ther. Gaz.* 1904, 6 i *The med. Council. 1904, Oct.*) zestawił 1130 tak leczonych przypadków, z których tylko 56 zakończyło się śmiercią i zauważa, że pomyślnego działania można oczekiwać tylko po wielkich dawkach tego leku, co potwierdza Stivers (*Brooklyn med. Journ.* 1904, *Nov.*). Lek najlepiej podawać w zawiesinie (10—12 grm. na dzień dla dorosłych), której według Helcha (*Pharmac. Prax.* 1904, 8) można nadać trwałość, ogrzewając ją na parze lub w kąpieli wodnej do 80—90° C. Zawiesinę taką przyrządza się zaś według następujących przepisów: 1) *Creosotal 200, Gummi arab. 100, Aq. dest. 150 Mf. emulsio et adde aq. dest. 150.* (Dzieciom w pierwszym roku życia 15—30 kropli, starszym ½—2½ łyżeczek): 2) *Creosotal 3, Emuls oleos. 80, Syr. liquir. 40.* (Naprzód wlewa się do flaszki 12 *Muc. gummi arab.*, potem 8·0 *Ol. amygd.*, po 3·0 kreosotalu i *Trac Quillayae* i wstrząsa aż do powstania zawiesiny, dodając w końcu syrop i brakującą wodę. Z tego oseskom podaje się 2—4 łyżeczek, starszym dzieciom ¼ część flaszki na dzień). Świeżo także Walser (*Medico* 1905, 4) zaleca kreozotal w zapaleniu płuc. *H.*

Różę leczył Feldmann (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 3) w jednym przypadku, w którym z powodu gorączki 40·8° C. i słabnącego tętna musiano już stosować *excitantia*, wcieraniem maści Credego (*argent. colloidale*). Po pierwszem wtarciu spadła ciepłota na 39°, po drugiem na 37·3°, nie podnosząc się już wyżej mimo, że róża jeszcze czas jakiś dalej się szerzyła. *H.*

W ostrej rzeżączce, nie mogąc z jakichkolwiek powodów wcale użyć leczenia miejscowego, — w przewlekłej zaś, jeżeli samo leczenie miejscowe nie wystarcza, trzeba się uciec do środków wewnętrznych. Z nich rozpowszechnia się w ostatnich czasach gonosan. Melun (*Monatsber. f. Urol.* 1905, 1) określa na podstawie swych spostrzeżeń wskazania dla tego środka, jak następuje: 1) poparcie leczenia miejscowego leczeniem wewnętrznem; 2) samo tylko leczenie wewnętrzne wobec burzliwych objawów rzeżączki przedniej części cewki, wobec ostrego zapalenia części tylnej i pęcherza, gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych, najądrza i t. d., lub wobec wrażliwości chorego. *L.*

Przeciw **bólom** w toku **zapaleń ucha** zewnętrznego i środkowego poleca Meier (*Heilkunde,* 1904, 11), jako lek objawowy aspirynę, która (również tylko objawowo) łagodziła także podniecenie w dwóch przypadkach zapalenia opon pochodzenia usznego. Natomiast w przypadkach posocznico-ropnicy tegoż pochodzenia nie wywierała aspiryna żadnego wpływu na objawy. *S.*

W róży podaje Grawitz od szeregu już lat wewnętrznie chininę, w ostatnich czasach także aristochinę, z czego na podstawie 107 spostrzeżeń zdaje sprawę Lotsch (*Rozprawa dokt. Berlin* 1904). Na dzień podawano 0,5—2,0 chininy *in dosi refracta;* znane przykre uboczne działanie chininy rzadko się przytem pojawiało, uniknąć go zresztą można, używając aristochiny, która obniża gorączkę w róży nie gorzej od chininy. Przebieg choroby przy tem leczeniu wyraźnie się skraca. *Zm.*

Wrzody czerwonkowe odbytnicy goją się według Kolbassenki (*Fortschr. der Med.* 1904, 33) niekiedy nadspodziewanie szybko przy użyciu następnych czopków: *Ichthyol gtt.* II—VI *Xeroform* 5—8, *Antipyr.* 6—8, *Bism. subnitr.* 15—20, *Lanol. et butyr. cacao aa q. s. u. f. supp. Nr. X. S. 1—2 czopki dziennie.* Przy wrażliwości kiszki zamiast ichtyolu zapisuje się makowiec. *H.*

Styptycynę jako *haemostaticum* w krwawieniach i krwotokach macicznych poleca ponownie prof. Freund (*Therap. Monatsh.* 1904. VIII i *Deuts. med. Wosch.* 1904, 52). Wewnętrznie podaje się dziennie 6—10 kołaczyków à 0,05; według F. wystarcza 20 kołaczyków do utamowania nawet wielkich krwawień; zresztą można wobec nieszkodliwości leku leczenie w miarę potrzeby przedłużać. Można też do tamowania krwotoków użyć styptycyny miejscowo. — Z piśmiennictwa, które J. zestawia (53 prac) wynika, że styptycyny używano ze skutkiem także wobec krwotoków z innych narządów (płuc, jelit, pęcherza) w dawce 0,10 (= 2 kołaczyki) 4—5 razy dnia. Skutków szkodliwych niezauważono nawet po dużych dawkach (0·4 *pro die,* Thumen *Aerztl. Runds.* 1904, 40). Prof. Peschel (*Deuts. med. Wochens.* 1904, 44) zastosował styptycynę ze skutkiem w okulistyce, mianowicie w *chorioiditis haemorrhagica.* *M.*

Isopral podawał Selka (*Pharm. u. Ther. Runds.* 1905, 2) u 22 chorych I kliniki psychiatrycznej w Wiedniu (8 paralityków, 5 przyp. amencyi, 3 hebefrenii i t. d.) i uzyskał u 8 wynik mierny, u 8 dobry, u 4 bardzo dobry; 2 razy lek nie skutkował. Dawka 0,25 nie działała, 0,5 nie zawsze, przeto S. uważa 1.0 za zwykłą dawkę nasenną, zwykle u obłąkanych wystarczającą. Trzeba ją jednak podawać naraz, nie *in dosi refracta.* Sen był wprawdzie lekki, ale zato po obudzeniu się chorzy czuli się swobodni. Jako lek uspokajający i kojący ból isopral się nie nadaje, bo działa pod tym względem zbyt słabo lub wcale nie działa. *B.*

Metaphenylendiamin jako środek **przeciwbiegunkowy** wypróbował na sobie i swej rodzinie pierwszy Prof. Rademeister, chemik. Sprawą tą zajął się obecnie Prof. Unverricht, w którego klinice podjął obecnie Boye (*Centr. f. inn. Med.* 1905, 4) pierwsze doświadczenia na większą skalę. Metaphenylendiamin (metadiamidobenzol) jest krystalicznym, w wodzie, alkoholu i eterze łatwo rozpuszczalnym, przy 63° C. topiącym się proszkiem. Dla ustroju nie jest obojętnym (króliki giną w drgawkach po zadaniu im 1 g. wewnętrznie), jednakże w dawce 0,01 u dzieci, a 0,1 u dorosłych 3 razy dziennie zdaje się nie działać szkodliwie, tylko mocz przybiera zabarwienie ciemnobrunatne, (u zdrowych słabsze, niż u chorych na jelita). Wyniki lecznicze były dobre w ostrych biegunkach, szczególnie u 30 dzieci; natomiast lek zawodził zupełnie w cierpieniach przewlekłych i u suchotników. B. zachęca do dalszych badań, ostrzega jednak, by u dorosłych nie przekraczać dawki 0,3! trzy razy dnia. Lek nosi w handlu także nazwę lentin. *M.*

Tak zwana **„Kraftnahrung"** Riedla jest przetworem, uzyskanym przez wysuszenie mieszaniny słodu z żółtkiem, zawiera zatem rozmaite rodzaje białka. Według Zuntza zaś (*Berichte der Pharm. Ges.*), ustrój przyswaja więcej białka z takich mieszanin różnych białek, niż z białka jednogatunkowego, zawierającego równą ilość azotu. Clemm (*Cntrbl. f. Stoffwechsel- u. Verd. Krankh.* 1905, 5) wypróbował pożywkę Riedla u 7 chorych, nie zmieniając zresztą w niczem ich sposobu życia, ani dyety; osiągnięto wyborne wyniki (wzrost wagi ciała w ciągu miesiąca o 3—5 kg). przypisać więc można samej pożywce. *Ll.*

Thiolu używał Loredde (*Fortschritte der Medizin*, 1905, 8) jako słabego środka redukującego, mogącego z tego względu zastąpić ichtyol, w praktyce dermatologicznej. Dobre wyniki osiągnął w doleczaniu ustępujących wyprysków ostrych (pędzlowania roztworem wodnym lub glicerynową mieszanką), w *eczema seborrhoicum* głowy (5—10% maść); szczególnie dobrze działał thiol w wypryskach, połączonych ze znacznym świądem. Używać można thiolu z korzyścią także w początkach leczenia otrętu (*intertrigo*), w doleczaniu ustępujących zapaleń skóry, sztucznie wywołanych (półwilgotne okłady ½—1% roztworem thiolu w wodzie przegotowanej). Przedewszystkiem jednak jest thiol wskazany w leczeniu wyprysków u dzieci i w rozmaitych postaciach świądu (*pruritus*). *Ll.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VII. Posiedzenie naukowe z dnia 31 marca 1905 r.

Obecnych członków 45. Przewodniczy: kol. Wechsler.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Nowicki zdaje sprawozdanie bakteryologiczne z ostatniego przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, w którym wykonano kilka godzin przedtem nakłucie lędźwiowe i wydobyto płyn ropny, zawierający dwoinki, położone śródkomórkowo, odbarwiające się metodą Grama.

Kol. Progulski podnosi, że sprawa odbarwiania się meningokoków jest niejasna. Wail i Haidner przytaczają przypadki, gdzie w jednym i tym samym szczepie pewne koki się odbarwiały, inne nie.

III. Kol. doc. Wiczkowski zdaje sprawę ze sekcyi przypadku choroby Adissona, który przedstawił na ostatniem posiedzeniu. Sekcya wykazała zanik nadnerczy i zanik mięśnia sercowego; w innych narządach nie było żadnych takich zmian, któreby mogły być uważane za przyczynę śmierci.

Kol. prof. Sieradzki zapytuje, jak się zachowywał przewód pokarmowy, spostrzegał bowiem bardzo często w przypadkach, przez siebie sekcyonowanych, przerost tworów limfatycznych.

Kol. Nowicki stwierdził przy sekcyi nieżyt przerostowy żołądka, przerost gruczołów chłonnych z erupcyą gruzełków koło żyły bramnej i jednego gruczołu w okolicy nadnercza prawego. Gruczoły inne zmian nie okazywały.

IV. Kol. doc. Wiczkowski przedstawia chorą, u której w r. 1903 rozpoznał *cirrhosis hepatis atrophica*. U tej chorej wypuszczano kilkakrotnie płyn z jamy brzusznej, który nagromadzał się jednak prędzej lub wolniej, ostatnim razem już w przeciągu dni dwunastu. To go skłoniło do poddania chorej operacyi sposobem Talmy (prof. Rydygier). Skutek, jak dotąd, bardzo pomyślny (upłynęło już osiem tygodni od operacyi), chora czuje się bardzo dobrze. Prelegent oprócz tego przypadku oddał jeszcze trzy chore do operacyi (prof. Ziembicki), z tych dwie z wynikiem dodatnim, trzecia chora umarła, gdyż uległa powikłaniu w postaci zapalenia osierdzia. Stąd wysnuwa pewne wnioski: chorych z pewnem rozpoznaniem należy oddawać do operacyi, zwłaszcza że medycyna wewnętrzna jest bezsilną wobec tej choroby, — byle nie było zwyrodnienia w narządach, szczególnie w wątrobie i powikłań ze strony serca i osierdzia.

Kol. Franke podnosi, że statystyka kliniki lekarskiej lwowskiej pod tym względem brzmi niepomyślnie. Z pięciu przypadków, oddanych do operacyi, dwa zmarły w kilka tygodni, inne wróciły z dawnemi zmianami.

Kol. prof. Ziembicki wyraża przekonanie, że do oceny statystycznej należałoby mieć pewne rozpoznanie i protokół operacyjny, nie mamy bowiem jeszcze ustalonych wskazań operacyjnych. Nadto mogą być inne jeszcze zmiany, które pogarszają rokowanie. W każdym razie operacya nie jest zbyt niebezpieczna i wobec ciężkości choroby należy jej próbować.

V. Kol. doc. Wiczkowski przedstawia chorą, u której przed dwoma miesiącami rozpoznał białaczkę szpikową. W tydzień potem wystąpiło poronienie, znaczna utrata krwi, lekka gorączka. Po ustąpieniu gorączki zastosowano leczenie wstrzykiwaniami atoksylu. Przed zaczęciem tegoż śledziona sięgała do kości biodrowej, ilość ciałek czerwonych wynosiła 1·622,000, ciałek białych 85,000, czyli stosunek 1 : 19; hgl. 42%. Po 31 wstrzyknięciach śledziona zmniejszyła się o $^2/_3$, ilość ciałek czerwonych podniosła się do 1,900000, ciałek białych spadła do 60,000, czyli stosunek 1 : 32. Stan ogólny poprawił się znacznie. Prelegent sądzi, że leczenie atoksylem wcale nie ustępuje leczeniu promieniami rentgenowskimi, a łatwiejszem jest do przeprowadzenia. Nadto prelegent podaje myśl na podstawie teoryi o działaniu promieni rentgenowskich i o działaniu przetworów arszenikowych, czy też przez zastosowanie równoczesne obu tych środków nie dałoby się osiągnąć pewniejszych i trwalszych wyników?

VI. Kol. Stankiewicz wygłasza odczyt: „O zatruciu mięsnem ze szczególnem uwzględnieniem epidemii lwowskiej.“ (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol. prof. Sieradzki zwraca uwagę, że sprawa dostała się drogą prywatną w ręce kol. Stankiewicza, który przeprowadził badanie bakteryologiczne, sąd bowiem początkowo przekazał ją chemikowi, który szukał trucizn chemicznych. Dalej, na podstawie wyników badania bakteryologicznego można na pewno twierdzić, że mięso to nie pochodziło z rzeźni miejskiej, ale zostało sprowadzone z za Lwowa, i w takim przypadku, choćby było oglądane przez weterynarza miejskiego, może być zakażone.

Kol. prof. Kadyi sądzi, że zarazek nie mógł przedtem istnieć w mięsie, ponieważ musiałby zginąć przy gotowaniu, a przyprawienie studzieniny wymaga właśnie bardzo długiego gotowania.

Kol. Stankiewicz podaje kilka możliwości przeciw temu twierdzeniu. Naprzód podczas gotowania może jakiś kawałek wystawać nad powierzchnię i nie dojść do ciepłoty, w której ginie zarazek; następnie może kawałek mięsa, który z wierzchu wykazuje ciepłotę 100°, posiadać w środku tylko 70°. A zarazek ten, trzymany przez 10 minut w 70°, ginie; przy 65° stopniach jednak pozostaje przy życiu. Najważniejszą okolicznością jest to, że rzeźnik, który sprowadził mięso zakażone, ma tym jadem zanieczyszczone ręce, narzędzia i naczynia, więc każdej chwili może zarazek zawlec na swoje wyroby.

Kol. Obtułowicz przypomina jako dowód, że mięso może być zawleczone z za miasta, proces Katza, który pomimo wszelkich zarządzeń sprowadzał do Lwowa mięso wąglikowe. Co się tyczy tej epidemii, to w niektórych przypadkach występowały objawy ostrego zapalenia żołądka i jelit i to nieznaczne, przeważnie jednak silne objawy nerwowe.

Zawadzki.

VIII Posiedzenie naukowe z d. 14 kwietnia 1905 r.

Obecnych członków 50. — Przewodniczy: kol. Wechsler.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Łukasiewicz przedstawia: 1) dziecko czteroletnie z *erythema toxicum* na całem ciele. Dziecko przebywało z matką, która bierze wcieranie rtęciowe. Ważną jest rzeczą, że zresztą brak innych objawów rtęcicy.

2) Chorą z bardzo licznymi guzkami *xanthoma*, rozrzuconymi po całem ciele, wielkości prosa do orzecha laskowego, barwy żółtej lub różowawej, rozmieszczonymi symetrycznie, głównie w miejscach narażonych na ucisk. U chorej rozpoznano *cirrhosis hepat. hypertroph.* na podstawie powiększenia wątroby i żółtaczki; możliwe jednak, że w wątrobie toczy się ta sama sprawa, co na skórze.

3) Chorą 56-letnią z uporczywem *eczema universale*, które przez pięć miesięcy opierało się leczeniu. Prócz tego zaczęła występować gorączka do 39°, dla której nie można było znaleść podstawy. Dopiero po zastosowaniu atoksylu ustąpiło cierpienie skórne, a wraz z niem i gorączka.

4) Mężczyznę 72-let., charłaczego, dotkniętego *sarcoma idiopathic. multipl.* w postaci rozlanych nacieków sinoniebieskich na podudziach, grzbiecie nóg, podeszwach, grzbiecie palców. Choroba trwa od listopada r. 1904.

5) Chorego z *syccosis parasitaria*, chorobą, która niemal epidemicznie panuje w Galicyi; leczony był plastrem salicylowym z szybkim skutkiem.

6) Chłopca 11-letniego, charłaczego, z gruźlicą gruczołów i szczytów, u którego na skórze występuje *lichen scrophulosorum* w kombinacyi z *ichthyosis*.

7) Mężczyznę 30-letniego, dotkniętego przymiotem i okazującego *lupus erythematodes*, zajmujący cały policzek.

8) Mężczyznę 22-letniego z wysypką przymiotową, podobną do skorup ostryżanych. Przy leczeniu wcieraniami jedne wykwity ginęły, drugie się pokazywały. Dopiero po zastosowaniu wstrzykiwań sublimatowych zaczynają wszystkie zanikać.

III. Kol. prof. Gluziński przedstawia preparat z wady wrodzonej tętnicy płucnej, pochodzący z chorej, u której w roku 1902 rozpoznał: *stenosis ostii art. pulmonalis, defectus septi ventriculor. suspectus*, na podstawie następujących objawów: sinica na twarzy i kończynach bez zgrubień palców, nad sercem szmer bardzo głośny, prawie wszędzie słyszalny, najwyraźniejszy w drugim przestworze po stronie lewej i nad mostkiem, bardzo słabo się udzielający do tętnic, nad tętnicą płucną pierwszy ton głuchy obok szmeru, drugi ton niezaakcentowany. Że zmiany zapalne w prawem sercu są nader rzadkie, rozpoznano ten stan jako *vitium congenitum; defectus septi ventriculo-*

rum zaś podejrzywano ze szmeru nad podstawą. Gdy w r. 1903 zgłosiła się znów ta chora z rozwiniętą gruźlicą płuc, wykreślono rozpoznanie *defectus septi*. Szmer nad podstawą rozszerzył się ku stronie prawej i tętnicy płucnej, jako szmer skurczowy. Sekcya wykazała, że zastawki tętnicy płucnej nie były rozdzielone, tworząc jakby przeponę, nad nią tętnica rozszerzona. Innych zboczeń nie było.

Kol. Pisek zauważa, że preparat robi wrażenie, jak gdyby zmiany na nim widziane były następstwem zboczeń wrodzonych i nabytych. Przepona zastawkowa okazuje bowiem w kilku miejscach zgrubienia, jakby następstwo zapalenia śródsierdzia. Mogło więc być wrodzone zwężenie, obok którego rozwinęła się sprawa zapalna, może w okresie płodowym. Za tem przemawia też brak komunikacyi między jedną jamą, a drugą. Wady zaś wrodzone prawie nigdy nie występują bez ubytku w przegrodzie. Stąd też należy podnieść z uznaniem rozpoznanie prelegenta, że rozpoznając wadę wrodzoną, nie wahał się wykluczyć obecność ubytku przegrody.

Kol. prof. Gluziński nie wyklucza możliwości sprawy zapalnej, przebytej w łonie matki; w każdym razie wada jest od urodzenia. Zgrubienia w *conus art. pulmonal.* mogłyby przemawiać za tem; brak blizn na zastawkach jednak przemawia za wadą rozwojową.

Kol. Pisek podnosi jeszcze, że rozpoznano zwężenie tętnicy płucnej pomimo udzielania się szmeru do tętnic dogłowowych, który to objaw w tem zboczeniu nie występuje.

Kol. prof. Gluziński odpowiada, że udzielenie to było bardzo słabe w tym przypadku. Może ono być wyraźne, jeżeli jednocześnie istnieje ubytek przegrody; wówczas może tętnica główna odchodzić od komory lewej i prawej zarazem.

IV. Kol. Fajersztajn L. przedstawia mężczyznę 37-letniego z naciekiem rakowym na prąciu, mającym 15 cm. w obwodzie, obejmującym całą żołądź i dolną część napletka, trwającym od lat czterech. Stosowano naświetlanie radem, jednak pomimo 25 posiedzeń nie zauważono najmniejszego oddziaływania, z czego wniosek, że przetwór ten radu, jako niemiecki, jest marny. Chory przed dziesięciu laty przebywał w szpitalu z rozpoznaniem: *oedema chronic. praeputii, lymphangoitis,* gdzie mu też z powodu stulejki zrobiono trzy nacięcia na napletku.

V. Kol. doc. Wiczkowski przedstawia chorą, która w październiku 1904 r. zachorowała na gardło, do czego przyłączyło się osłabienie, powiększenie gruczołów na szyi, następnie powiększenie brzucha, obrzęki śluzakowate tak, że szyi od twarzy nie można było odgraniczyć. Badanie wykazało: cera twarzy bardzo blada, liczne wybroczyny na skórze; gruczoły silnie powiększone, odosobnione i w całych pakietach, miernie twarde, niebolesne; skóra nad nimi przesuwalna. Błona śluzowa ust rozpulchniona, pokryta wybroczynami, migdałki powiększone, wrzodziejące, również owrzodzenia na łukach i języku *(tonsillitis et uvulitis gangr.)*. Śledziona znacznie powiększona, twarda, niebolesna. Brzuch wzdęty, napięty, wolnego płynu w jamie brzusznej nie ma.

Obraz ten przedstawiał się zewnętrznie jako białaczka; badanie jednak krwi wykazało obok cech niedokrwistości, także stałą leukopenię i brak limfocytozy. Było mianowicie wielojądrzastych 65%, limfocytów małych 21%, limfocytów dużych 6%. Chora gorączkowała od początku pobytu w szpitalu z powodu *tonsillitis et uvulitis gangr.* i pomimo gorączki liczba ciałek białych się nie podnosiła.

Przez wykluczenie gruźlicy i zwyrodnienia mięsakowatego doszedł prelegent do prawdopodobnego rozpoznania: białaczki rzekomej, dodając, że klinicysta rzadko kiedy może podać ścisłe i pewne rozpoznanie. Zastosowano leczenie wstrzykiwaniami atoksylu (20% rozczyn, 0·05—0·2 dziennie). Skutek był nadzwyczajny: po trzydziestu wstrzykiwaniach gruczoły znacznie się zmniejszyły, śledziona spadła do $^2/_3$ dawnej wielkości, ustąpił obrzęk śluzakowaty, a z nim objawy ogólne i przytępienie umysłowe. Pomimo tego polepszenia rokowanie pozostaje niepomyślne z powodu istoty samej choroby.

Kol. Mahl poddawał tę chorą, przed jej wstąpieniem do szpitala, naświetlaniu rentgenowskiemu, jednak bez skutku.

Kol. Merunowicz R. stwierdził u chorej ból w okolicy ucha prawego i utratę słuchu, które te objawy ustąpiły z polepszeniem stanu ogólnego.

Kol. prof. Gluziński: Objawy, jakie przedstawiała chora z początku, jak wysoka gorączka, zmiany na migdałkach, skaza krwotoczna na skórze, powiększenie gruczołów i śledziony, przemawiałyby za ostrą białaczką; temu jednak sprzeciwia się obraz krwi, bo niema limfemii, zresztą byłby się przypadek zakończył śmiercią. Trzeba więc oddzielić zmiany w gardle i gorączkę, jako zakażenie krwi, wychodzące z migdałków; resztę zaś objawów po wykluczeniu „sarkomatozy“, gdyż w niej jest zawsze leukocytoza wielojądrzasta, po wykluczeniu białaczki rzekomej, której rozpoznanie wymaga obecności typu limfemicznego krwi, należałoby uważać za jedną z postaci gruźlicy gruczołów: *lymphadenitis hyperplastica tuberculosa.*

Kol. Pisek uważa rozpoznanie: białaczki rzekomej za postawione z konieczności, gdyż choroby nie może ściśle określić. Zmiany na błonach śluzowych mogą być pierwszym etapem białaczki. W ocenianiu poprawy, jaka zaszła, można się łudzić skutecznością arszeniku, widział bowiem takie poprawy, występujące samoistnie.

VI. Kol. Damański przedstawia chorą z *thrombophlebitis migrans,* leczoną przyrządem Polana. Były obrzęki, przechodzące aż na tułów, puchlina brzuszna, nieco białka. Już po trzeciem posiedzeniu obrzęk zaczął się zmniejszać, po czternastu zdołano wybadać, że jest ciąża pięciomiesięczna. Mimo tego leczenia nie przerywano i obecnie ledwo jest ślad obrzęków.

Kol. prof. Mars objaśnia, że obrzęki te nie stoją w żadnym związku przyczynowym z ciążą, ale ciąża pogarsza rokowanie. Od pewnego czasu występuje obrzęk na sromie, zależny od rosnącej macicy, który, jeżeli się nie da usunąć, może doprowadzić do obumarcia tych części. Pozostaje poronienie, ale i to może mieć u tej chorej złe następstwa.

VII. Kol. doc. Wiczkowski przedstawia chorą, u której rozpoznano *morb. Addisoni* na podstawie nieznacznych zmian barwikowych na języku i wybitnego osłabienia serca, dla którego nie można było znaleść żadnej przyczyny.

VIII. Kol. Stankiewicz zdaje sprawę z badania pośmiertnego w pierwszym przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, stwierdzonym we Lwowie. Szczepienie ropy z opon wykazuje obecność samego *meningococcus intracellularis.*

Kol. Fels opisuje przebieg kliniczny tego przypadku. Cała choroba trwała osiemnaście godzin zaledwie. Gdy po dwunastu godzinach zrobiono nakłucie lędźwiowe, wyszła tylko kropla płynu. *Zawadzki.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne Towarz. w dniu 3 maja 1905 r.

Przewodniczący: kol. doc. Rutkowski. — Obecnych czł. 20.

I. Protokóły z posiedzeń Towarz. w dniu 5/IV 1905 i 12/IV 1905 odczytano i przyjęto.

II. Przyjęto jednogłośnie na członków Drów: Klęska, Majewskiego, Schlanka, Lauera, Jakobsohna, Jaworowskiego, Jossego, Wojnarowskiego, Wierzbickiego i Przybylskiego.

III. Kol. Herman Hirsch okazuje kamyk, wydobyty z przewodu gruczołu podjęzykowego, jako przyczynek do tworzenia się kamieni w gruczołach, względnie przewodach ślinnych, tak zwanej *sialolithiasis.*

Chory F. S., lat 53, kupiec, już od lat kilku zauważył, że w pewnych odstępach czasu występował u niego obrzęk niebolesny pod językiem, który jednak bez dalszego leczenia po kilku dniach znikał; tym razem trwa znacznie dłużej, nie ustępuje i jest bolesnym. Z tej przyczyna zgłosił się o poradę. Prócz kamicy żółciowej, żadnych chorób nie przebywał; pali dużo, alkoholu używa w bardzo miernej ilości. Badanie wykazuje: osobnik dobrze odżywiony, o prawidłowych narządach wewnętrznych, ma obrzęk pod językiem, w postaci tak zwanej żabki (*ranula*), wielkości śliwki; na szczycie tego guza widoczny biały punkt, który przy badaniu sondą zdradza ciało twarde. Przy naciśnięciu dwupalcowem wyskakuje kamyk na 6 mm. długi, kształtu wrzecionowatego, barwy szaro-żółtej, chropowaty, kruchy, wewnątrz próżny, o budowie warstwowej, ważący 6·3 grm. Nieznaczne rozpulchnienie błony śluzowej całej jamy ustnej i wzmożone ślinienie towarzyszą zmianom przedmiotowym. Gruczoł podszczękowy nie jest powiększony. Po usunięciu kamyka obrzęk się zmniejszył i już po kilku godzinach nie można było nawet śladu obrzęku dostrzedz, a rozpulchnienie błony śluzowej i ślinienie dnia następnego ustąpiły w zupełności. Z objawów podnoszę brak znaczniejszej bolesności, brak obrzęku gruczołu podszczękowego i usadowienie kamyka poza *caruncula sublingualis,* a w uwzględnieniu opisanych zmian rozpoznać musiałem, że

kamyk pochodzi tylko z jednego z przewodów gruczołu podjęzykowego. Dotychczas jest opisanych 8 pewnych przypadków kamieni z gruczołu podjęzykowego, względnie przewodów Rivina.

Etyologia kamyków w gruczołach, względnie w przewodach ślinnych, jest niepewna. Najbardziej przyjęta jest teorya bakteryologiczna Klebsa i Galippa, według których to autorów włoskowiec jamy ustnej (*leptothrix buccalis*) osadza się na poprzednio zapalnie zmienionej błonie śluzowej, złogi zaś utworzone uważają jako wytwór biologicznej czynności tych drobnoustrojów. Mareau i Czygan przypuszczają, że około obcego, z zewnątrz do przewodu wnikniętego ciała tworzą się kamyki ze soli, w ślinie zawartych, analogicznie do tworzenia się kamieni w pęcherzu moczowym około ciał obcych. Temu sprzeciwiają się słusznie Imisch i Bardeleben, podnosząc, że w kamykach tych nie napotyka się ciała środkowego; owszem są one wewnątrz próżne, a nadto, według doświadczenia, ciała obce powodują zastój śliny, ropienie, względnie przetoki, a prawie nigdy nie są powodem tworzenia się kamieni w gruczołach, względnie przewodach ślinnych. Do usadowienia się tak licznych w jamie ustnej drobnoustrojów koniecznem jest, aby błona śluzowa była poprzednio zmienioną; prawidłowa błona śluzowa jest odporną; również nie wystarcza sam zastój śliny, za czem przemawia fakt, że w tak zwanej żabce (*ranula*) ciała obce znaleźć można, kamyków się jednak nigdy nie napotyka. Zależnie od tego, czy ujście przewodu jest mniej lub więcej dostępne, w różnych gruczołach ślinnych mniej lub więcej łatwo usadowią się drobnoustroje, a częściej też napotykamy kamienie w łatwiej dostępnym przewodzie Wartona, aniżeli Stenona, a najrzadziej w wązkich przewodach gruczołu podjęzykowego (*ductus Rivini*). Według statystyki Buchwalda, obejmującej 50 opisanych przypadków, znaleziono kamienie w gruczole podszczękowym i przewodzie Wartona 25 razy; w gruczole przyusznym i przewodzie Stenona 17 razy, w gruczole podjęzykowym i przewodach Rivina — 8 razy. Kamienie w gruczołach, względnie przewodach ślinnych tworzyć się mogą w każdym wieku, najczęściej między 30—50 rokiem życia: Burdel opisał przypadek u noworodka. Częściej się pojawiają według ogłoszonych zestawień u mężczyzn, aniżeli u kobiet (4:1); u mężczyzn z przyczyny mniej dokładnego pielęgnowania jamy ust, do czego się przyczyniają i szkodliwości, wynikające z palenia tytoniu. Zwykle się napotyka jeden większy kamyk. Sayders wydobył z przewodu Wartona 3, a Plater z gruczołu przyusznego aż 30 mniejszych kamyków. Przeciętna waga opisanych kamieni waha się między 5—20 gr.; największy ważył 93·5 gr.; Wengel opisuje kamień, ważący 282 gr., wydobyty z przewodu Stenona u konia. Kształt kamienia bywa różny; przeważa kształt podłużny, wrzecionowaty, szczególnie w kamieniach, wytworzonych w przewodach ślinnych. Powierzchnia bywa zwykle chropowata, brodawkowata. Barwa kamieni przeważnie szara, budowa ich warstwowa, a pojedyncze warstwy mogą być różnej barwy. Twardość kamieni zależy od składu chemicznego i może być w różnych warstwach różną. W chemicznym składzie kamieni przeważają sole wapniowe (fosforany i węglany wapniowe), a po rozpuszczeniu tychże pozostaje utkanie, które pod drobnowidem przedstawia się jako zbiór drobnoustrojów i zmienionych przybłonków. Objawy mogą być znaczne i nie zawsze w stosunku do wielkości kamienia; mały kamień wytworzyć może i wielkie dolegliwości, zależy to więcej od gruczołu, względnie przewodu, w którym się wytworzył. Zatkanie przewodu Stenona sprowadza obrzęki i tkliwość gruczołu przyusznego, wyjątkowo tylko większe dolegliwości. Najcięższe objawy są przy kamykach gruczołu podszczękowego, względnie przewodu Wartona. Rozległe zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, obfite ślinienie, utrudnienie żucia, zmieniona mowa, obok podniesionej nieraz do 39° C. ciepłoty ciała, występują prawie równocześnie z wytworzeniem się twardego guza na dnie jamy ustnej, wypychającego język ku górze, ku podniebieniu. Gruczoł podszczękowy wyczuwalny, bolesny, twardy. Zbyt często występują napadowe bole już na samo wspomnienie o jedzeniu, tak zwane *coliques salivaires*. Objawy te dadzą się wytłómaczyć bliskością zwoju podjęzykowego.

Mniej burzliwe są objawy przy kamieniach, wytworzonych w przewodach gruczołu podjęzykowego; guz, podobny do tak zwanej żabki, niezbyt wielki i mało bolesny, położony więcej ku tyłowi, bliżej podstawy języka. Niezbyt wielkie ogólne dolegliwości przy zatkaniu przewodów gruczołu podjęzykowego dadzą się wytłómaczyć większą ilością przewodów tego gruczołu (8—12 przewodów Rivina).

Przebieg choroby zwykle długotrwały, rzadko powodujący zropienie gruczołu. Leczenie zawisłe od tego, czy kamień usadowiony jest w gruczole, czy w przewodzie, często bardzo musi być chirurgicznem.

IV. Kol. Bier: „O nowszych metodach fotometryi, stosowanych w higienie oświetlenia“. Omówiwszy na wstępie pierwotne sposoby, którymi posługiwano się dawniej przy ocenie stopnia oświetlenia miejsc przeznaczonych dla pracy delikatniejszej rzemieślniczej, oraz pisania i czytania, zaznaczył kol. B., że obecnie stosowane metody fotometryi higienicznej oparte są na 2 zasadach, uzupełniających się wzajemnie: na 1) określeniu warunków oświetlenia przez oznaczenie wielkości nieba, dostarczającego światła dla miejsc pracy, oraz na 2) zasadzie innej, według której dąży się do określenia stopnia chwilowego naświetlenia miejsca pracy. Druga zasada fotometryczna dostarczyła więcej metod, polegających bądź na mierzeniu przyrządami optycznymi — fotometr Webera, Wingena, bądź okulistycznymi: przyrząd Cohna; przyrządami Decenduna i Pfeiffera, w których zastosowano do mierzenia światła płytki okrągłe z wyciętą częścią i zasadę blendy — w końcu i metodą fotograficzną, ocenę oświetlenia powierzchni ze stopnia zczernienia papierka fotograficznego. Demonstrując odnośne przyrządy, objaśniał prelegent ich wartość ścisłą, naukową, oraz praktyczną. Do szeregu przyrządów optycznych zaliczyć należy jeszcze i fotometr najnowszy Martensa, który, badany przez prelegenta, łączy w sobie zalety ścisłości naukowej z wartością praktyczną, pozwalając na odczytywanie bezpośrednie znalezionej liczby metroświec. Do dawniejszych metod fotometryi, w których zastosowano zasadę określenia warunków oświetlenia miejsc pracy przez rąbek nieba, dostarczającego światła bezpośredniego, metod, polegających na określeniu pewnych kątów powierzchni (Förster) i przestrzeni (Weber), przybyła w ostatnim czasie nowa metoda Gottschlicha, oparta w znacznej mierze na metodzie Förstera. Metoda ta jednak, wychodząca z założenia, że warunki oświetlenia miejsc pracy w klasach szkolnych dobrze są zagwarantowane przez znaczną szerokość okien, wzgl. przez stwarzanie ścian, w których większą część powierzchni zajmują okna, metoda ta dla oceny warunków oświetlenia w naszych szkołach nie da się zastosować, gdyż sposoby budowania szkół u nas ze względu na szerokość okien nie odpowiadają wzorom zachodnim.

V. Z powodu spóźnionej pory odczyt prof. Wachholza spadł z porządku dziennego. *Pisarski*, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 11 marca 1905 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przedstawił kol. Borzęcki dwunastoletniego chłopca ze zmianami na całym tułowiu i kończynach w postaci guzków wielokątnych, o woskowym połysku, barwy różowej, przechodzącej w brunatnawą z odcieniem sinym w częściach środkowych. Niektóre z guzków okazują w środku wyraźne zagłębienie. Oprócz pojedynczych guzków znajdują się wyniosłości, powstałe przez zlanie się większej liczby guzków, pokryte cienkiemi łuseczkami. Cierpienie to, trwające od lat kilku i sprawiające choremu dość znaczne swędzenie, rozpoznaje kol. Borzęcki jako *lichen ruber planus*. Rzadkim objawem tej choroby w dotyczącym przypadku jest właśnie pojawienie się jej w tak młodym wieku, jakoteż zajęcie tak rozległej powierzchni skóry. Następnie przedstawił kol. Borzęcki chorą ze zmianą na języku w postaci *lingua geographica*, zajmującą przybrzeżną część powierzchni z powierzchownem złuszczeniem błony śluzowej.

Następnie przedstawił kol. Reiss chorą, u której w okolicy mostka i w pasie międzyłopatkowym na dużej przestrzeni znajdują się żółtawo, lekko łuszczące się pola. Obraz kliniczny tych zmian usprawiedliwiałby rozpoznanie *pityriasis versicolor*. Badanie drobnowidowe wykazało jednak zupełny brak grzyba *microsporon furfur*. W przypadku tym rozpoznaje kol. Reiss *eccema du flanelle* (Besnier). Następnie przedstawił kol. Reiss chorego ze zmianami kiłowemi w postaci guzków dużych, pokrytych na szczycie pęcherzykami wypełnionymi ropą, a przypominających wejrzeniem osutkę ospową; guzki te rozsiane głównie na tułowiu, przedstawiają powrotną formę kiły: *syphilis pustulo-papulosa recidiva*. Wreszcie przedstawił kol. Reiss chorego z niezwykłą postacią *eczema seborrhoicum circinat*.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Stopczański.*

IX. II. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem — od dnia I maja 1904 r. do dnia I kwietnia 1905 roku.

Opracował dla Zjazdu balneologicznego

Dr. Kazimierz Dłuski.

W maju r. z. przedstawiłem na posiedzeniu Towarz. lekarskiego w Warszawie I Sprawozdanie z 18-miesięcznej działalności Sanatoryum, które zostało ogłoszone w prasie zawodowej i dostało się do rąk licznych kolegów lekarzy polaków. Dziś, będąc powołanym przez Szanowny Wydział polskiego Towarzystwa balneologicznego do wygłoszenia odczytu na Zjeździe, wybrałem za temat „Sprawozdanie z działalności Sanatoryum“ w ostatnich 11 miesiącach. Nie mogłem doprowadzić sprawozdania do końca roku, t. j. do 1-go maja, gdyż zestawienie i opracowanie materyału zabrało mi cały miesiąc czasu [1]). Musiałem więc zamknąć sprawozdanie z dniem 1 kwietnia r. b. Sądzę, że nie będzie ono obojętnem dla ogółu lekarzy polskich.

Zakład nasz, jako jeden z posterunków w walce całego naszego cywilizowanego społeczeństwa z gruźlicą, tylko przy poparciu i zainteresowaniu się lekarzy polskich może w sposób należyty i skuteczny spełniać swoje zadanie.

Przechodzę odrazu do sprawozdania. Zaznaczam na wstępie, że nie mam zamiaru wdawać się w żadne teoretyczne rozumowania, dotyczące sprawy gruźlicy. Jest tam jeszcze sporo zagadnień spornych lub niejasnych. Mamy nadzieję, że pracownie i kliniki rzucą na nie z czasem należyte światło. Ograniczam się tylko do faktycznych danych, zebranych w naszym Zakładzie i do wniosków, jakie z nich się wysnuwają.

Ogólna liczba chorych, leczonych w tym 10-miesięcznym okresie w Sanatoryum, wynosi 235, w tem Polaków 219, Rosyan 13, innych narodowości 3 (1 węgierka, 1 francuzka i 1 tatar-mahometanin z Litwy). Ogólna liczba dni leczenia wynosi 19,725, co przeciętnie na 1 chorego daje 80 dni. Sprawozdanie nasze nie obejmuje jednak całej liczby 235 chorych, lecz tylko 191. Wykluczyliśmy zeń 44 pacyentów, a mianowicie:

1) 27, którzy leczyli się w Sanatoryum mniej niż 30 dni, co uważamy za okres czasu minimalny dla określenia skutków leczenia;

2) 13, którzy w chwili zamknięcia sprawozdania nie byli jeszcze całych 30 dni w Zakładzie;

3) wreszcie 4 „profilaktyków“.

Dla dokładności zauważyć musimy, że w liczbie 191 chorych, stanowiący przedmiot naszego sprawozdania, znajduje się 20 osób, które odbyły 2 razy leczenie w Zakładzie i 4 osoby, które je odbyły 3 razy.

Co się tyczy leczenia, stosowaliśmy ściśle znaną metodę Brehmera-Dettweilera. Unikaliśmy wszelkich środków swoistych, jak tuberkulina Kocha, hetol, surowica Marmorka, wychodząc z tej zasady, że nie są to środki dostatecznie wypróbowane i ogólnie uznane przez cały świat lekarski. Nie uważaliśmy się więc za upoważnionych do próbowania ich na naszych chorych. Może z czasem, gdy stosowanie tych lub innych środków na szeroką skalę w klinikach i sanatoryach da wyraźne wyniki w zakresie terapii gruźlicy, wypadnie i nam zwrócić się do nich. Jak na dziś, wolimy pozostać wyłącznie na wypróbowanym gruncie metody sanatoryalnej, w przekonaniu, że zwykle pomaga, a nigdy nie zaszkodzi, jeśli jest umiejętnie stosowaną [2]).

Choć metoda Brehmera-Dettweilera jest znaną w świecie lekarskim, a nawet i wśród oświeconych warstw społeczeństwa, pozwolimy sobie w paru słowach przytoczyć ją, kładąc główny wzgląd na sposób stosowania jej w naszem Sanatoryum.

Streszcza się ona w 3 zasadniczych punktach: stałe używanie świeżego powietrza, odpowiednie odżywianie, oraz spokój fizyczny i psychiczny. Używanie świeżego powietrza nazywamy stałem, gdyż chorzy dniem i nocą oddychają niem. Dniem spędzają oni 6 godzin, leżąc na werandach. Poza temi godzinami obowiązkowego „werandowania“ wielu pacyentów werandzie wieczorami w dni pogodne zarówno zimą, jak i latem. Silniejsi około 2—3 godzin spędzają na spacerach w parku zakładowym lub i poza granicami jego,

Tablica I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1 maja 1904 r. do 1 kwietnia 1905 r.

Narodowość	
Polacy	219
Rosyanie	13
Inne narodowości	3
Razem	235

Płeć	
mężczyzni	126
kobiety	109
Razem	235

Wiek lat	osób
1—10	0
10—20	37
20—30	101
30—40	62
40—50	26
50—60	5
>60	4
Razem	235

Pochodzenie		Liczba dni leczenia
Warszawa 32, Królestwo 61	93	2595, 5879
Litwa, Wołyń, Podole, Ukraina, Rosya	62	5552
Galicya	72	5316
Ks. poznańskie i Śląsk pruski	8	384
Razem	235	19726

Przeciętna pobytu jednego chorego w Sanatoryum = 80 dni.

Sanatoryum	
opuściło osób	161
zmarło	4
pozostaje w leczeniu	70
Razem	235

stosownie do stanu sił. Wreszcie przyzwyczajamy naszych pacyentów do sypiania przy otwartych oknach lub „oberlichtach“, stosownie do stanu pogody. Dniem i nocą więc oddychają oni stale świeżem powietrzem. Tym sposobem leczą oni płuca swe, dostarczając im stale zdrowego powietrza, nie zatrutego ani wielkomiejskim dymem, ani żadnymi szkodliwymi miazmatami, hartują się na zimno i na wszelkie t. zw. przeziębienia, wreszcie pozbywają się gorączki. Tu wypada mocno podkreślić spostrzeżenie, zrobione przez znanych europejskich sanatoryalistów, jak Brehmer, Dettweiler, Turban i inni, że właśnie to stałe oddychanie świeżem powietrzem jest jedynym pewnym środkiem do usunięcia gorączki. Czasem odbywa się ono nawet bardzo

[1]) Zebraniem surowego materyału, poszczególnych liczb i dat zajął się asystent Zakładu — Dr. Czaplicki.

[2]) Oprócz środków powszechnie używanych przeciw rozmaitym objawom gruźlicy, stosowaliśmy często w złym stanie ogólnym i niedokrwistości — przetwory żelaza, rozczyn Fowlera, wreszcie w 26 przypadkach wstrzykiwania arsykodylu (w połowie z dodatnim wynikiem); następnie rozmaite przetwory odżywcze, jak somatoza, sanatogen i t. d. Ze środków przeciwgorączkowych najskuteczniejszymi okazały się piramidon i aspiryna. Gruźlicę krtani leczyliśmy wlewaniami 10% oliwy mentolowej, rozczynem lugola, zasypywaniami ortoformu i t. d.

szybko i to u chorych, którzy przedtem silnie gorączkowali i u których stosowanie najrozmaitszych środków przeciwgorączkowych prowadziło tylko do chwilowego zmniejszenia ciepłoty lub do przesunięcia jej na inne godziny dnia lub nocy. Naturalnie, że chorzy z gorączką leżą stale aż do zupełnego jej zniknięcia. Dopiero wtedy pozwala się im powoli i stopniowo używać ruchu pod ścisłą kontrolą, aby nadmiar jego nie przyczynił się do ponownego podniecenia ciepłoty. Trzeba tu ściśle indywidualizować, jak i we wszelkich przypadach w przebiegu choroby, wychodząc z tej zasady, że każdy chory, dotknięty gruźlicą, jest odrębną właściwą sobie całością patologiczną. Skoro mowa o hartowaniu, powinniśmy wspomnieć o zabiegach wodoleczniczych, stosowanych wszędzie w Sanatoryach europejskich, a mianowicie o nacieraniach i natryskach. Zaczynamy od nacierań wodą z wyskokiem, a później czystą wodą, następnie zaś przechodzimy u bardziej odpornych chorych do natrysków, przy których ciepłotę w przeciągu 20—30 sekund obniżamy od 35° do 10° C. Nacierania stosowaliśmy u 153 chorych, natryski u 26.

Przechodząc z kolei do odżywiania chorych, bez przesady powiedzieć możemy, że kuchnia w Sanatoryum może się poszczycić bardzo dodatnimi wynikami. Dość spojrzeć na wzrastanie wagi w dołączonej poniżej tablicy.

Tablica II.

Wyniki leczenia 191 chorych za czas od 1 maja 1904 r. do 1 kwietnia 1905 r.

Płeć		Wiek chorych		Obciążenie dziedziczne		Gorączka	Prątki Kocha	Waga sprowadzona do 100 dni						Wyniki leczenia					
		lata	liczba osób	rodzaj *)	liczba osób									Okresy	poprawa wyraźna	poprawa względna	bez zmiany	pogorszenie	Śmierć
mężczyźni	kobiety	1—10	0	0^1	55	przyjechało z gorączką osób 79	przyjechało z prątkami osób 100	148 chorych przybrało przeciętnie 7,3 kgr.	10 chorych straciło przeciętnie 3,8 kgr.	u 8 chorych waga pozostała bez zmiany	u 25 chorych waga nieznana	Ogólna liczba dni leczenia = 18,936.	Przeciętna liczba dni leczenia na osobę = 99.	na 62 osób I okresu	46	14	1	1	0
		10—20	31	0^2	6	wyjechało " 41	wyjechało " 86												
		20—30	83	0	38	przyjechało bez gorączki " 112	przyjechało bez prątków " 91							na 93 osób II okresu	64	13	10	4	2
		30—40	49	bez	92	wyjechało " " 150	wyjechało " " 105												
		40—50	21											na 36 osób III okresu	10	6	9	9	2
		50—60	5																
		>60	2																
99	92													Razem osób 191	120	33	20	14	4
191		191																	

*) 0^1 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców, — 0^2 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony obojga rodziców, — 0 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Chorzy mają 5 posiłków dziennie, oprócz tego mleko o g. 9 wieczorem. Niezależnie od tego mają mleko na zawołanie. Wypijają przeciętnie 1½ litra mleka na osobę. Dodać do tego winniśmy, że uwzględniamy bardzo skrupulatnie wszelkie zaburzenia w trawieniu przez stosowanie odpowiedniej dyety. Zaburzenia te jednak, tak często towarzyszące gruźlicy płuc, jako wynik upośledzonego odżywiania, niejednokrotnie szybko ustępują bez żadnych leków, jedynie pod bezpośrednim wpływem podniesienia i wzmocnienia ustroju. Spostrzeżenia w tym rodzaju poczynił już dawno prof. Jaworski na chorych w Sanatoryum Dr. Turbana w Davos.

Dotykamy z kolei 3-go, bardzo ważnego punktu leczenia, a mianowicie spokoju psychicznego chorych. Jest rzeczą aż nadto wiadomą, że każdy gruźliczy z natury swej choroby znajduje się w stanie większego lub mniejszego nerwowego podniecenia. Do tego trzeba dodać przygnębienie, wynikające bezpośrednio stąd, iż chory, udający się do Sanatoryum, skazany jest na rozłączenie z najbliższą rodziną, ze środowiskiem, z którem się zrósł, z zajęciami, które zapełniają jego życie i wstępuje w ramy życia bezczynnego, monotonnego, że tak powiemy, wegetacyjnego. Zwykłe pytanie po I-szem badaniu jest: „Panie Doktorze, jak długo będę musiał tu pozostawać, kiedy się wyleczę?" To też tutaj rola lekarza, który musi być przedewszystkiem psychoterapeutą, jest bardzo wdzięczną, choć zarazem i wielce trudną. Trzeba mieć nieprzebrane zapasy cierpliwości, a przedewszystkiem wiele współczucia dla chorych, aby należycie wywiązać się z tego ciężkiego zadania. Utrzymanie chorego zapomocą serdecznego słowa i spokojnego, ale nieugiętego przekonywania w stanie równowagi psychicznej, wnikanie we wszelkie niepokoje jego duszy, cierpiącej częstokroć więcej niż ciało, męzka pociecha w chwilach zwątpienia tak częstych, — oto środki, którymi lekarz może sobie zdobyć zaufanie chorych, im zaś wzamian dać spokój i wiarę w leczenie. Ale niezależnie od ciągłego obcowania z chorymi, mającego tak wielkie dla nich pod względem psychicznym znaczenie, staramy się w miarę możności, jak to już zaznaczyliśmy w I-szem Sprawozdaniu, dostarczać pacyentom rozrywek, nieszkodliwych dla zdrowia. A więc od czasu do czasu miewamy koncerty wokalne i instrumentalne artystów krakowskich, przedstawienia teatralne przejezdnych trup w zimowym i letnim sezonie, wreszcie teatry amatorskie, urządzane przez samych chorych, naturalnie silniejszych, cieszące się zwykle ogromnem powodzeniem. Dla potrzeb umysłowych chorzy mają czytelnię z dużą ilością pism i bibliotekę, liczącą sporo dzieł wyborowych, przeważnie beletrystycznych. Powoli więc chory, który z początku czuł się bardzo nieszczęśliwym i przygnębionym, przywyka do nowego otoczenia, oswaja się z niem, choć tęskni za domem,

czuje się pod względem psychicznym prawidłowo i prowadzi leczenie bez szemrania. A wreszcie przy odjeździe nierzadko dają się słyszeć z ust jego słowa, że choć z radością wraca do swoich, to jednak pobyt w Zakładzie nie zostawia w jego pamięci złego wspomnienia.

Nakreśliwszy w głównych zarysach warunki leczenia klimatycznego, spojrzyjmy na jego wyniki.

W tym celu podzieliliśmy, jak i w I-szem Sprawozdaniu, naszych chorych na 3 kategorye wedle znanego schematu Turbana, przyjętego w sanatoryach europejskich, uważając, że pomimo swych braków, jest wystarczającym pod względem klinicznym. Zaznaczamy, że dla wyników naszych używamy terminów „poprawa wyraźna“ i „względna“, a unikamy terminu „wyleczenie“, jako zbyt daleko idącego, tembardziej, że $2^1/_2$ lat istnienia Zakładu nie daje możności mówienia o wyleczeniu, ani też możności skontrolowania takowego. Jako poprawę „wyraźną“ uważamy poprawę stanu ogólnego, oraz miejscowego. Poprawa tylko stanu ogólnego jest poprawą względną. Poprawa stanu ogólnego, która zwykle i dla powodów zupełnie zrozumiałych, wyprzedza poprawę w płucach, objawia się na zewnątrz szeregiem objawów podmiotowych i przedmiotowych. Przedewszystkiem podniesienie różnych podupadłych czynności ustroju, a więc lepsze łaknienie i trawienie, lepszy sen, zmniejszanie się i zniknięcie gorączki, większe poczucie sił i t. d., i t. d. Poprawa miejscowa podmiotowo objawia się swobodniejszym oddechem, zmniejszaniem się i znikaniem kaszlu, zmniejszeniem się ilości i zmianą jakości plwociny, ustąpieniem różnych dolegliwości, jak kłucie, ból i t. d., a przedmiotowo lepszymi wynikami fizykalnego badania, o których mówić zbyteczna.

Opierając się na takich danych, otrzymaliśmy następujące ogólne wyniki: około 63% wyraźnej poprawy i przeszło 17% względnej, razem 80%. Dodajmy do tego, że na 36 chorych, 10 doznało w III okresie poprawy wyraźnej, 3 względnej, razem przeszło 44%.

Te ogólne wyniki wymagają pewnego omówienia i wyjaśnienia. Przedewszystkiem wiek chorych: największa liczba przypada na okres 20—30 lat, gdyż wynosi on 43% ogółu. Następnie od 30 do 40 lat stanowi przeszło 25%, razem 69%. Jest to liczba niemal identyczna z liczbą z I Sprawozdania, która wynosiła 70%. Następnie obciążenie dziedziczne. Już w I Sprawozdaniu pozwoliliśmy sobie zaznaczyć, że nie ma ono wielkiego znaczenia, jako czynnik usposabiający do powstawania gruźlicy i nie wywiera wpływu na przebieg leczenia. Liczby obecne jeszcze nas bardziej w tem mniemaniu utwierdzają. Gdy w I-szem Sprawozdaniu mieliśmy 68% wolnych od wszelkiego obciążenia, obecnie mamy tylko 48% Tymczasem wyniki lecznicze obecne, jak to poniżej wykażemy, są lepsze od poprzednich.

Następnie, dla uwidocznienia ogólnej poprawy chorych, pozwolimy sobie zwrócić uwagę na przyrost wagi, który w sprawozdaniach z Sanatoryów niemieckich, szwajcarskich i francuskich figuruje jako jeden z ważnych objawów podniesienia ogólnego odżywienia ustroju. — Otóż, jak nam wskazuje tablica II, u 148 chorych na 191, czyli u 77%, nastąpiło zwiększenie tej wagi. Sprowadzony do 100 dni, przyrost ten wynosi przeciętnie 7,3 kg. u jednego chorego; najmniejszy przytem wynosi 0,5 kg., największy 26 kg. U 40 osób przyrost wynosił 10 kgr. i powyżej.

Druga strona medalu: 10 chorych straciło w ciągu 100 dni leczenia przeciętnie 3,8 kg.; *minimum* utraty 0,3 kg., *maximum* 9,6 kg. U 8 chorych waga pozostała bez zmiany, u 25 nieznana, — gdyż leżeli w łóżku.

Przechodzimy z kolei do innych ważnych znamion poprawy, a mianowicie do ustąpienia gorączki i zniknięcia laseczników Kocha. Z ogółu 191 chorych, przybyło do Zakładu 79 z gorączką, a wyjechało z gorączką 41. Znikła więc ona u 38 chorych, czyli u 48%. Co się tyczy laseczników Kocha, wynik mniej zadawalniający, gdyż na 100 chorych tylko 14, czyli 14%, utraciło ostatecznie zarazki gruźlicy przy opuszczeniu Zakładu. Wyniki nasze pod tym względem są gorsze, niż w Sanatoryum Dr. Turbana. W sprawozdaniu za okres 7-letni podaje on, że gorączka znikła u 65% chorych, a prątki Kocha u 35%. Ale różnica da się usprawiedliwić tem, że materyał Dr. Turbana, jak mi to osobiście dobrze wiadomo, znacznie jest lepszym od naszego; następnie zaś chory spędza przeciętnie 222 dni na leczeniu, gdy u nas tylko 90—100 dni. Dla uzupełnienia obrazu zaznaczamy jeszcze ważniejsze powikłania w leczeniu naszych chorych, a mianowicie: swoiste zapalenie krtani, krwioplucia i krwotoki.

Gruźlicą krtani w mniejszym lub większym stopniu było dotkniętych 30 chorych. Z tej liczby u 13 nastąpiła poprawa, u 4 wyleczenie, czyli razem wynik dodatni prawie u 57%. U innych stan pozostał bez zmiany.

Krwioplucia i krwotoki zanotowane są w wywiadach u 70 chorych (36% ogółu). Powtórzyły się one podczas leczenia w Sanatoryum tylko u 13 (20%); niepokazywały się zupełnie u 57 chorych, co stanowi wysoką liczbę 80%. Natomiast po raz pierwszy pokazało się krwioplucie w Zakładzie tylko u jednego chorego, co na 121 chorych stanowi 0,8%.

Nad liczbami temi musimy się bliżej zastanowić, gdyż, jak to zaznaczyliśmy w poprzedniem Sprawozdaniu, klimat wysokogórski uważany bywa za szkodliwy dla wyżej wzmiankowanych powikłań gruźlicy i to nietylko wśród publiczności, lecz często i wśród lekarzy. Teoretycznie zapatrywanie Takie nie jest gruntownie uzasadnione żadnymi dodatnimi argumentami. Zresztą teoretyczne poglądy w dziedzinie terapii niezawsze są w harmonii z praktycznymi wynikami. A tu jedynie o nie chodzi. Otóż 57% polepszeń w gruźlicy krtani, gdzie trafiały się przypadki z bardzo rozległemi zmianami, jest chyba pod względem leczniczym zadawalniającym wynikiem. Liczba ta jest zupełnie identyczną z liczbą sprawozdania Dr. Turbana, gdyż wyleczenie i poprawa gruźliczych owrzodzeń krtani wynosi u niego również 57%. Naturalnie, że poprawa gruźlicy krtani szła w parze z poprawą stanu ogólnego i płuc; odwrotnie jednak nie zawsze tak samo się działo. Ale chyba to jest zupełnie naturalne i ma miejsce we wszelkich klimatach.

Co się tyczy krwioplucia i krwotoków, to całkowite ich zniknięcie u 80% chorych i zjawienie się po raz pierwszy u 0,8% podczas leczenia w Zakładzie, nie może być inaczej nazwanem, jak wynikiem wielce pomyślnym. Taka statystyka obala chyba całkowicie gołosłowne twierdzenie, że klimat wysokogórski usposabia do krwotoków. Znajduje się ona w harmonii ze statystyką odnośną Dra Eggera, dotyczącą 1613 chorych w Sanatoryum w Arosa, położonem na wysokości 1850 metrów, gdzie krwotoki wystąpiły po raz pierwszy u 2,5% pacyentów.

Do tych 2 powikłań w przebiegu gruźlicy dodać jeszcze musimy ważniejsze następujące: skrobiawica ogólna (1), odma piersiowa (1), nieżyt jelit (11), wypociny opłucnowe (2), białkomocz (3), nieżyt pęcherza (2), cukrzyca (1), wól (1), zapalenie ucha środkowego (3). Dalej musimy się powołać na spostrzeżenie, zanotowane w zeszłorocznem sprawozdaniu, dotyczące usadowienia się głównych ognisk gruźliczych, a mianowicie: w prawem płucu z tyłu od grzebienia do połowy łopatki, — i w lewem z przodu w II i III przestworze międzyżebrowym w bliskości mostka. Wówczas zaznaczyliśmy, że ogniska te występują oddzielnie lub też jednocześnie u jednego i tego samego chorego, że gdy szczyty były bardzo mało, lub wcale nie były zajęte, ogniska te były siedliskiem daleko posuniętej sprawy płucnej, że wreszcie odznaczały się one wielką uporczywością i poprawiały się wolniej i później od innych miejsc w płucach. Spostrzeżenie to utrzymujemy w całości, dodając, że liczba chorych z takiemi ogniskami wynosiła 15% ogółu.

Wreszcie notujemy suche zapalenia opłucnej, o których także w poprzednim Sprawozdaniu wspominaliśmy. Jest rzeczą powszechnie znaną, że suche zapalenia opłucnej często

bardzo towarzyszą przebiegowi sprawy płucnej. Mówią o nich wszyscy sanatoryalni lekarze, mający możność spostrzegania swych chorych codziennie, śledzenia za wszelkimi najdrobniejszymi objawami choroby. Na tem miejscu pozwalamy sobie zwrócić na nie uwagę z tej racyi, że w naszych przypadkach, wynoszących przeszło 16% ogółu, zapalenia opłucnej miały pewne swoiste cechy, a mianowicie: często przebiegały bez podniesienia ciepłoty, bywały często usadowione na bardzo nieznacznej przestrzeni, zaledwie kilku centym. kwadr., albo też porozrzucane w rozmaitych miejscach bez żadnego związku lub zdala od głównych ognisk choroby, a nawet w płucu niechorem, wreszcie odznaczały się dziwną zmiennością, gdyż wyraźne objawy tarcia znikały niejednokrotnie po paru godzinach. Zestawienie tych wszystkich danych faktycznych i statystycznych nasuwa nam następujące wnioski:

Porównywając pod względem klinicznym materyał obecny z pierwszem Sprawozdaniem, odrazu widzimy na podstawie liczb, iż jest on lepszym. Dawniej zapisaliśmy pod rubryką I-go okresu 37% ogółu chorych, teraz tylko 32%, ale natomiast w III okresie mieliśmy 26%, a teraz tylko 18%. A więc zmniejszenie się liczby chorych w I i III okresach, odbyło się na korzyść II, który dawniej wynosił 37%. a obecnie 50%. To też i wyniki lecznicze są lepsze. Wprawdzie i dawniej i teraz ogólna liczba polepszeń wynosi 80% ogółu, lecz poprawa wyraźna w I Sprawozdaniu wynosiła 55% ogółu polepszeń, obecnie wynosi 63%. Jest to wprawdzie różnica nieznaczna, zawsze jednak przemawia za lepszym materyałem klinicznym, skoro warunki leczenia w Zakładzie pozostały bez zmiany. Dalej na korzyść lepszych wyników przemawia inny jeszcze szczegół, powyżej przez nas zanotowany, mianowicie przyrost wagi. Wynosił on dawniej na 100 dni 5,6 kg, a obecnie 7,3 kg. Pod tym względem mamy znacznie lepsze wyniki, niż Dr. Turban. W takich ważnych objawach, jak całkowite ustąpienie gorączki i zniknięcie laseczników Kocha widzimy również pewien, wprawdzie nieznaczny postęp. Laseczniki w I Sprawozdaniu znikły u 11% chorych, obecnie u 15%; gorączka dawniej ustąpiła u 41%, obecnie u 48% chorych. Pomimo to, że materyał obecny jest lepszym, nie mamy prawa nie zwrócić uwagi lekarzy naszych na tę okoliczność, iż przysyłają czasem do Zakładu takich chorych, którzy literalnie gonią resztkami życia. Zdarza się to teraz rzadziej, niż w początkach istnienia Sanatoryum; lecz w każdym razie nie powinnoby wcale mieć miejsca, bo pod każdym względem chybia celu. Taki prawie że umierający chory, odbywa czasem męczącą kilkudniową podróż, która do reszty wyczerpuje jego siły i tym sposobem przyśpiesza niechybny zgon. W Zakładzie przyjazd jego wywołuje panikę i działa w wysokim stopniu przygnębiająco na chorych, mających szansę poprawy zdrowia i zniechęca ich do leczenia. Przysyłanie więc takich beznadziejnych chorych jest ze wszech miar szkodliwem i dla nich i dla Zakładu.

Streszczając całe Sprawozdanie, możemy je przedstawić w kilku zasadniczych punktach: Leczenie klimatyczne może dać bardzo dobre wyniki, byleby było w porę rozpoczęte i systematycznie prowadzone. Odnosi się to przedewszystkiem do tych chorych, którzy się znajdują w pierwszych okresach choroby i mają dość siły odpornej dla zwalczenia zarazka gruźlicy i tych szkód, jakie już wyrządził w ustroju. Ta siła odporna, czynnik nieuchwytny, jest, właściwie mówiąc, wszystkiem w leczeniu. Określić jej zrazu niepodobna. Tylko baczne codzienne spostrzeganie chorego, śledzenie za poprawą rozmaitych czynności ustroju, może dać nam pewną względną miarę tej siły. Ale pod tym względem zdarzają się czasem niespodzianki. Widzimy bowiem chorych z pozornie podupadłem odżywieniem, nawet z powikłaniami ze strony krtani lub kiszek, którzy pod wpływem świeżego powietrza, zupełnego spokoju i dobrej kuchni powoli zaczynają tracić gorączkę, nabierać sił i wracać do zdrowia. Ale to znów za ogólną zasadę służyć nie może, wkracza bowiem w dziedzinę kazuistyki, która jednak w przebiegu gruźlicy i jej leczeniu ma karty, obficie zapisane szeregiem zdarzeń i faktów, z góry zupełnie nieprzewidzianych. Ogólnie rzecz biorąc, szanse do poprawy zdrowia mają chorzy z niewielkiemi zmianami w płucach, słabo lub wcale niegorączkujący i nieźle odżywieni. Natomiast u chorych w ostatnim okresie, z wysoką gorączką, w stanie charłactwa, może się w warunkach tutejszego klimatu przebieg całej sprawy tylko przyśpieszyć. Słowa te podkreślamy: — Klimat wysokogórski, działający wyraźnie podniecająco na rozmaite czynności ustroju u chorych, którzy przedtem na nizinach mieszkali, wymaga od tegoż ustroju dość energii, aby na bodźce zewnętrzne w należyty sposób odpowiedzieć. To też może on wywierać i wywiera wpływ zbawienny na silniejszych chorych, którzy przez proces chorobowy tej energii jeszcze nie utracili. Dla chorych zaś, wyczerpanych długą chorobą — nie miejsce w wysokich górach.

Tutaj pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na jedną ważną bardzo okoliczność z zakresu klimatycznego leczenia. Dyrektor znanego Sanatoryum w Hohenhonef, Dr. Meissen, twierdzi, opierając się na długoletniem doświadczeniu, iż pory roku nie mają widocznego wpływu na przebieg i wyniki leczenia. To samo i my powiedzieć możemy. Istotnie, pomimo rozmaitych uprzedzeń do klimatu zakopańskiego, a zwłaszcza do pory wiosennej, jako niebezpiecznej dla chorych i do halnych wiatrów, o których obiegają całe legendy, spostrzeganie 480 chorych, którzy leczyli się w naszym Zakładzie, doprowadza nas do zupełnie analogicznego wniosku. Nie spostrzegliśmy wcale, aby jedna pora roku więcej sprzyjała przebiegowi i wynikom leczenia, niż inna; nie zauważyliśmy również, aby wiosna, względnie okres topnienia śniegów, wywoływała szkodliwe skutki u chorych. Naturalnie są chorzy bardzo wrażliwi na zmiany pogody, na wilgoć, chłód i t. d., ale zarówno w zimie, jak i latem, wiosną lub jesienią. W takim razie trzeba indywidualizować i skrócić im czas przebywania na świeżem powietrzu podczas złej pogody. Z drugiej strony znów spostrzegaliśmy, że podczas najpiękniejszych dni letnich niektórzy chorzy źle znosili gorąco, gorączkowali, czuli osłabienie i t. d. A więc i takich trzeba było chronić od gorąca. O halnych wiatrach, jako o poważnej przeszkodzie do leczenia, mówić nawet nie będziemy. Spostrzeżenia meteorologiczne w Muzeum Chałubińskiego za dłuższy okres czasu wykazują przeciętnie kilkanaście dni wiatru na rok. Ilość więc taka nie może zaważyć na szalach leczenia. Jedyny środek polega na zatrzymaniu chorych w czasie wiatru halnego w pokoju.

Na zakończenie jeszcze jedna uwaga: Obecne wyniki leczenia przedstawiają się w świetle liczb lepiej, aniżeli w poprzedniem sprawozdaniu. Wielu z tych chorych, którzy prowadzili leczenie systematycznie i przez czas dłuższy, jak też i ci, którzy leczenie powtarzali, opuścili Zakład ze znakomitą poprawą zdrowia. Mamy nadzieję, że prowadząc higieniczny tryb życia, którego się w Sanatoryum nauczyli, nic nie stracą z otrzymanych wyników. Nie możemy dziś jeszcze mówić o zupełnie trwałych wynikach, które pozwalają choremu wrócić na stałe do zwykłych warunków życia, być w całej pełni zdolnym do pracy, a więc być wyleczonym w znaczeniu ekonomiczno-społecznem. Na to trzeba dłuższego czasu, przynajmniej lat 5, jak to jest przyjęte w Sanatoryach niemieckich.

Mamy nadzieję, że sanatoryalna metoda leczenia, dziś jedynie racyonalna, będąc coraz bardziej i w coraz szerszych warstwach rozpowszechnioną, zyska sobie prawdziwe prawo obywatelstwa w naszem społeczeństwie. A wtedy będziemy mogli powiedzieć, że Zakład nasz spełnia należycie swe zadanie: ludzi chorych, niezdolnych do pracy, powraca społeczeństwu, jako pożyteczne jednostki, jako siły wytwórcze, tak bardzo w naszych ciężkich warunkach potrzebne dla pracy w imię dobra publicznego.

X. O metodzie nauczania i o podręcznikach używanych w starszej wiedeńskiej szkole klinicznej

napisał

Dr. Władysław Szumowski.

I.

Wydział lekarski wiedeński w drugiej połowie XVII stulecia zasługuje na baczną uwagę. Odbudowany z gruzów przez dobrą wolę Maryi Teresy, urządzony niepospolitym talentem organizatorskim van Swietena, ucznia Boerhaavego, na wzór wydziału medycznego w Lejdzie, zwraca w nauczaniu szczególną uwagę na stronę praktyczną. Na profesora kliniki powołuje van Swieten w r. 1754 również ucznia Boerhaavego, de Haëna, który świetnie się ze swego zadania wywiązuje i wykład kliniczny doprowadza do niebywałego dotąd rozwoju. Wydział medyczny wiedeński jest w tym czasie najpierwszym w Europie i ciągną doń uczniowie ze wszystkich stron świata. Po śmierci de Haëna klinikę obejmuje w roku 1776 Stoll, którego działalność stanowi najświetniejszą epokę szkoły, nazywanej w dziejach medycyny „starszą wiedeńską szkołą kliniczną“.

To też wszechstronne poznanie tej szkoły, stojącej u wrót medycyny umiejętnej i uchwycenie nici, wiążących ją z pokoleniem, z którego powstała, i z pokoleniem, które sama wykształciła, jest rzeczą dla dziejów medycyny dużej doniosłości.

Pięknych i gruntownych opracowań „starszej szkoły wiedeńskiej« mamy parę: najdawniejsze Heckera, obejmujące połowę dzieła »*Geschichte der neueren Heilkunde*« (1839), późniejsze Rosasa w »*Kurzgefasste Geschichte der Wiener Universität und der medicinischen Facultät insbesondere*«, drukowane w latach 1846—1847 w *Medicinische Jahrbücher des österreichischen Staates*, a zawierające przeważnie surowy materyał archiwalny — oraz najnowsze wiedeńskiego historyka Puschmanna w *Medicin in Wien während der letzten 100 Jahre*« (1884), nie licząc dziesiątków drobniejszych prac, porozrzucanych po niemieckich czasopismach i mniejszych lub większych ustępów w podręcznikach historyi medycyny.

Jeżeli mimo tych dość licznych, jak na jedną szkołę, opracowań, wydaje mi się, że przedmiot nie jest jeszcze zupełnie wyczerpany, to dlatego, że monografie te nie uwzględniają ciekawego materyału, zawartego w książce *Instituta Facultatis Medicae Vindobonensis* Antoniego Störcka, (Wiedeń 1775) który po śmierci van Swietena w r. 1772 został jego następcą, obejmując kierownictwo Wydziału medycznego i piastując wyższe urzędy medyczne przy dworze.

Powstała ta książeczka w części dlatego, że cesarzowa Marya Teresa po śmierci van Swietena zażądała od dyrektorów wszystkich wydziałów sprawozdań o stanie wydziałów, w części dlatego, że Störck chciał, jak sam to mówi w przedmowie, uczcić zasługi van Swietena opisaniem wydziału, który jest jego dziełem, oraz także dać sposobność uczniom, którzy ciągną do Wiednia aż z zamorskich stron (*e transmarinis usque regionibus*) wiedzieć zawczasu, co mają do wykonania, gdy chcą się medycynie poświęcić (*... praesertim cum utile futurum sit adolescentibus in antecessum scire, quod praestandum sibi sit, quandocunque medicinae velint se consecrare. Praef. XXIII)*. Książeczka ta zawiera także te reformy Störcka, które właśnie miały wejść w wykonanie.

Praca ta bynajmniej nie jest nieznana; przeciwnie zna ją z tytułu Hecker, przedrukowywa ją w całości po łacinie w swoim materyale archiwalnym bez żadnych komentarzy Rosas[1], mówi o niej również Puschmann[2], uwzględnia nawet jej treść częściowo, pomija całkiem natomiast ważne ustępy. Zarówno Rosas, jak Puschmann, widzą w książeczce Störcka tylko plan reform i to jest pewno przyczyną, dlaczego Puschmann tylko reformy uwzględnia, a dziełka nie czyta. Że zamiary Störcka, piszącego »*Instituta*«, były jednak odmienne, wynika to z jego własnych wyżej przytoczonych słów przedmowy.

W opisie swym przedstawia Störck cały wydział medyczny łącznie z nauką i egzaminami dla chirurgów, położnych i aptekarzy i jest on aż do końca nader ciekawy. Przy historycznem opracowywaniu medycyny wiedeńskiej należałoby zawsze i przedewszystkiem uwzględniać słowa Störcka, jako najbardziej wiarogodne. Nie będę się jednak zajmował całą książeczką, gdyż zawiera ona w połowie rzeczy skądinąd znane; chcę tylko tu zwrócić uwagę na te ustępy, które dotyczą podręczników, używanych w szkole wiedeńskiej, a w szczególności stosunku dzieł Boerhaavego do niej, omawiają sposoby wykładania tam przedmiotów, oraz przedstawiają nam ogólną metodę myślenia, jaką wpajano w umysły słuchaczów medycyny.

[1]) Rosas: l. c. T. 61 z roku 1847.
[2]) Puschmann l. c. str. 37.

Jeśli poznanie podręczników, używanych w różnych szkołach lekarskich, jest wogóle rzeczą dla dziejów medycyny nie bez wartości, one to bowiem właśnie są tą nicią, która starsze pokolenie wiąże z młodem, to szczególne znaczenie mają te dane bibliograficzne dla naszej ojczystej literatury lekarskiej XVIII wieku, która nie mogła się wtedy inaczej rozwijać, jak tylko pod silnym wpływem dzieł obcych. Dla oceny polskich dzieł lekarskich tego okresu, pisanych przeważnie przez ludzi, którzy zagranicą się kształcili, jest rzeczą pożądaną wiedzieć, z jakiemi dziełami obcemi byli autorowie polscy najbardziej oswojeni. A do Wiednia po reformach van Swietena ciągnęli Polacy na naukę chętnie już przed pierwszym rozbiorem kraju, po roku zaś 1772 jeździli tem liczniej ci, którzy pochodzili z Galicyi. Wkrótce wykażę na innem miejscu zależność polskich dzieł Jędrzeja Krupińskiego od podręczników wiedeńskich, z których obficie korzystał.

Metodą myślenia szkół i epok w dziejach medycyny nie zajmują się wogóle historycy, z wyjątkiem Petersona, prawie wcale, mimo że ona właśnie jest zawsze kluczem do poznania sprężyn postępu i błędów. I ją więc poznać choć w paru liniach nie będzie może bez wartości.

II.

Z powyższych względów zasługuje na uwagę ustęp, zatytułowany: »*Ratio, quae servatur in docendo*« [3]) który podaję w przekładzie i w oryginalnem brzmieniu.

„Ponieważ dyktowanie własnych pism, które było we zwyczaju w ubiegłych wiekach, zostało dla wielu powodów zniesione, przepisuje się profesorowi jedną z dogodniejszych i wypróbowanych książek w tym celu, żeby uczniowie wiedzieli, jakiego porządku profesor ma zamiar w nauczaniu się trzymać i żeby według tego porządku zapamiętywali to, co usłyszą na wykładach lub znajdą u innych autorów.

„Ze względu, że do zrozumienia jakiejkolwiek nauki lub sztuki najkrótszą drogą jest usilne zgłębianie dzieł doświadczonych mężów, w których bądź cała nauka, bądź jej część jest wyłożona, profesorowie nasi, prócz tego, że już zgodnie z przepisem zaczynają wykłady swego przedmiotu od jego piśmiennictwa, nie zaniedbują także i w czasie dalszego nauczania wskazywać słuchaczom znakomitych autorów, którzy o wykładanym przedmiocie biegłej i obszerniej traktują i ich do prywatnego czytania zalecać. Jednakże z tego, że do tej pory było przepisane naprzykład używanie „Instytucyi“ Boerhaavego, nie należy sądzić, że się profesorom medycyny zabrania pod jakimkolwiek pozorem odstępować bądź od porządku, bądź od myśli Boerhaavego; dlatego tylko przepisane są *Instytucye*, że dotąd nie ukazał się żaden inny krótki wykład sztuki lekarskiej, któryby w mniejszej objętości, a w układzie bardziej przejrzystym obejmował tyle, ile w swoich książeczkach zawarł Boerhaave.

„Sztuka bowiem lekarska nie jest niewolnicza, lecz wolna; kto jej się poświęca, nie powinien zależeć od czyichkolwiek prywatnych uprzedzeń, ale to tylko przyjmować, co doświadczenie i z niego wyprowadzone prawidłowe wnioski uznają za zgodne z naturą. Dlatego wolno każdemu profesorowi to mówić, co według swego doświadczenia uznaje za prawdziwsze, lub do nauki dla słuchaczy za właściwsze, choćby się to nawet nie zgadzało z poglądami wykładanego autora.

„Stąd jest we zwyczaju, że prócz dziełka, które się przepisuje do wykładu, profesor każdy, jeżeli uważa za stosowne, zaleca czytanie innego autora, który do zrozumienia jego wykładów może się przyczynić. Jeśli kto chce sam napisać książkę, z której będzie wykładał, to się mu to bynajmniej nie zabrania, byle tylko książkę napisaną, zanim odda do druku, przedstawił Prezesowi, żeby to, co ma służyć do publicznych prelekcyi, nie inaczej było wykładane, jak za zgodą fakultetu.

„Jest w szkołach naszych usilnem staraniem, i żeby umysły uczniów uchronić od swarliwości, i żeby one nie nasiąkały hipotezami, najczęściej przy wykonywaniu praktyki szkodliwemi.

„Dlatego profesorowie mają zalecone, by przy nauczaniu wyjaśniali otwarcie, co należy uważać za pewne, co za prawdopodobne, co za ciemne, co za wątpliwe.

„A ponieważ znajomość sprzecznych mniemań, słynnych dzięki powadze uczonych mężów, którzy spory wiedli, nie może uczniów w błąd wprowadzić i nie bywają opowiadane, lecz tylko w formie problematycznej z trafnem i bezstronnem przedstawieniem argumentów, które każdy z przeciwników na poparcie swego twierdzenia przytacza; przyczem ostrzega się słuchaczy, by, ile razy w rzeczach panuje niejasność, wstrzymywali się póty od sądu, póki obfitsze światło nie zajaśnieje“.

(*Ratio, quae servatur in docendo.* Cum nos ille dictandi propria scripta, qui superioribus saeculis invaluerat, sit pluribus de

[3]) Str. 6—10.

causis sublatus praescribitur Professori libellus aliquis ex iis, qui commodiores probationesque sunt, ut possint discipuli cognoscere ordinem, quem Professor in illis erudiensis sequuturus est, et ad eum memoriae gratia valeant referre, quaecunque in Praelectionibus audierint, vel in aliis Auctoribus invenerint. — Nam quia ad quamcunque scientiam artemque penitius comprehendendam compendiaria via est excutere quam diligentissime probatissimorum virorum opera, in quibus aut universa earum materia aut aliqua ejus pars illustratus; Professores nostri, praeterquam, quod ex praescripto Praelectiones suas auspicantur a litteraria Facultatis, quam docent historia, non praetermittunt inter docendum iudicare, privatimque legendos consulere Auditoribus suis praestantiores Auctores, qui de re, de qua illis sermo est, doctius uberiusque pertractarunt. Neque ex eo, quod hucusque injunctum est, exempli causa, uti Boerhavii Institutionibus, existimandum erit, Medicinae Professores adigi ne vel ab ordine, vel a sententiis Boerhavii ullo pacto recedant; sed ideo factum est, quod nulla hactenus prodierit Medicae Artis Epitome, quae minori volumine, et ordine magis perspicuo comprehendat tanta, quanta in suis libellis Boerhavius conclusit. — Medicina cum ars est non quidem servilis sed liberalis; quique ei se addicunt, pendere non debent a privatis cujuscumque opinationibus, sed id solum probare, quod experimenta, et hinc legitimae deductae ratiocinationes ostenderint esse naturae consentaneum. Quocirca in potestate cujusque Professoris est, ea proferre, quae ipse pro peritia sua judicat veriora, aut instituendis Auditoribus suis aptiora, etiamsi ab Auctore, quem praelegit, sint dissentanea. — Hinc in more positum est, ut praeter libellum, qui praescribitur explanandus, Professor quilibet, siquidem sibi videatur, commendet lectionem alterius Auctoris, quem censet ad intelligentiam Praelectiorum suare posse conferre. — Quin si voluerit conficere ipsemet libellum, ex quo praelegat, illi interdictum nullatenus est; dummodo, quod scripserit, antequam typis detur, exhibeat Praesidi, ut quod publice praelegendum est, non nisi Facultate consentiente praelegatur. — Innuo summa est in Scholis nostris solicitudo, ne vel ipsorum Discipulorum mentes factiosae fiant contentiosaeque, aut hypothesibus in artis exercitio plerumque noxiis inficiantur. — Ac propterea cantum Professoribus est, ut in docendo patefaciant candide, quid habendum sit certum, quid probabile, quid obscurum, quid dubium. — Et quia fraudari Discipuli non possunt cognitione controversiarum, quas auctoritas virorum doctorum disputationibus suis reddidit celebres enarrantur eae quidem, sed problematice tantum, expositis ingenue et sine partium studio argumentis, quae utterque contendentium in propriae sententiae confirmationem adducit; admonenturque Auditores, ut, quandocunque adsit in rebus obscuritas, abstineant a judicando, donec uberior lux adfulgeat).

Dalej przystępuje Störk do opisu poszczególnych przedmiotów, skąd się dowiadujemy, że „profesor chemii zachowuje porządek *Elementorum chemicorum* Boerhaavego i poleca prócz tego do czytania Spielmanna i Macquera“ [4]). Tak więc nowsi autorowie dopełniali to, czego nie mogło być u Boerhaavego. Profesor chemii (od roku 1769) Jacquin sam napisał prócz tego podręcznik »*Anfangsgründe der medicinisch practischen Chymie zum Gebrauche seiner Vorlesungen*«, ale dopiero w roku 1783 wyszło pierwsze wydanie. Profesor chemii uwzględnia w swoich wykładach nie tylko to wszystko, co jest potrzebne dla medyków i aptekarzy, ale i to, co bywa używane w metalurgii i w gospodarstwie. Wykład dopełniają często doświadczenia.

Ten sam profesor wykłada i botanikę. Trzyma się układu Linneusza i jego dzieło zaleca do czytania. Wykład botaniki jest przeważnie praktyczny, do tego celu służy bogaty i wygodnie urządzony botaniczny ogród, oraz wycieczki.

Profesor anatomii [5]) stosuje swoje nauczanie do »*Anatomicae Tabellae*« Schaarschmidta, zaleciwszy słuchaczom czytanie Winslowa. Wykłady anatomii tak się rozkłada, żeby zimową porą przechodzić i zaraz demonstrować te części ciała, które łatwiej się psują; w lecie zaś te, które można pokazywać na suchych preparatach. Jeśliby który z uczniów sam się chciał ćwiczyć bądź w preparowaniu ciała ludzkiego, bądź w wiwisekcyach, to profesor dostarczy mu materyału.

Fizyolog [6]) wykłada swój przedmiot według porządku Boerhaavego, korzystając jednocześnie z dzieła van Swietona i z prac Hallera. Żeby zaś uczniowie naprzód mieli pewne pojęcie o fizyologii, zaleca do czytania Ambrosii Marherri [7]) »*Praelectiones Physiologicas*«.

Podobnież z Boerhaavem, jako przewodnikiem, przystępuje profesor do nauki o lekach. Prócz tego wiemy, że i sam profesor tego przedmiotu Crantz napisał obszerny i dokładny 3-tomowy podręcznik p. t. *Materia medica et chirurgica* 1762.

Wykład *Materiae medicae* rozpoczyna się od pożywienia, dalej idą wszystkie leki, pochodzące z królestwa zwierzęcego, roślinnego i mineralnego, wreszcie opisuje się trucizny. Wyrazem tego programu jest właśnie podręcznik Crantza.

Opis wykładu patologii i kliniki nie przedstawia nic nowego; nad tym bowiem przedmiotem nauczania w Wiedniu, najważniejszym ze względu na stanowisko kliniki wiedeńskiej, zastanawiano się w historyi medycyny często. Ponieważ jednak słowa samego dyrektora Wydziału medycznego zasługują w tej mierze najbardziej na uwagę, choćby nawet tylko potwierdzały fakty znane, przeto przytaczam je w całości w wolnym przekładzie [8]).

„Szczególnym obowiązkiem lekarza, który się tak nazywa od „leczenia“, jest rozpoznać chorobę, jaka chorego opanowała i to wszystko wykonać, co może zdrowie przywrócić. A ponieważ nikt nie potrafi tego umiejętnie uczynić, jeśli mu nie są dobrze znane chorób przyczyny, gatunki i cechy, przeto trzeba, by uczniowie gorliwie się oddawali patologii, która obficie wiadomości tych rzeczy dostarcza i która na swoim obszarze wszystko zawiera, co może w jakikolwiek sposób do wyświetlenia przebiegu i właściwości chorób, oraz do ich leczenia się przyczynić. Dlatego profesor, zaleciwszy do hipokratesowskich studyów czytanie komentarzy van Swietena według porządku Boerhaavego (*Hippocratico studio ad Boerhaavianum filum commendata Swietenianorum Commentariorum lectione)*, stara się wyłożyć nasamprzód ogólne pojęcie choroby, dalej wskazuje, dlaczego jeden przebieg choroby od drugiego się różni, potem przechodzi do jasnego opisu poszczególnych chorób, przedstawiając każdej przyczyny, objawy, znaki i wskazując odpowiadające każdemu stanowi choroby rokowanie i sposób leczenia. Tym sposobem słuchacze tworzą sobie jakby obraz wszystkich rzeczy, dotyczących rozpoznania, rokowania i leczenia w każdej chorobie, który mogą sobie, nawiedzając chorego, przypominać, przez co potrafią szybko, póki można, uchwycić i wykonać wszystko to, co do sztuki należy. A ponieważ jest powinnością lekarza, nie tylko, jak gmin sądzi, przywracać stracone zdrowie, ale i baczyć, żeby to zdrowie, które jest, uszczerbku nie ponosiło, w tym przeto celu wykłada się takie w patologii ogólne i szczegółowe przepisy, których wypełnianie stanowi tryb życia ludzi zdrowych i chroni od łatwego ulegania chorobie. Łączy się także z patologią zależna od jej postępu medycyna sądowa, dlatego tak zwana, że jest w użyciu w sprawach, w których jeżeli magistraty i trybunały występują, sędziowie muszą opinii lekarzy zasięgać.

Ale chociaż ktoś już doskonale się wyuczył i zapamiętał wszystkie przepisy sztuki, to jednak nie odrazu jest przez to zdolny do udzielania pomocy chorym. Lekarzem bowiem w prawdziwem tego słowa znaczeniu ten tylko być może, który zestawił z samymi chorymi to, z czem się na wykładach i u autorów zapoznał. Dopiero bowiem z długotrwałego spostrzegania chorych wypływa prawdziwa biegłość w rozpoznawaniu i leczeniu chorób w tych nawet przypadkach, w których gwałtowny przebieg nie pozostawia czasu na dłuższe rozważanie. Dlatego więc ci uczniowie, o których wiadomo, że dobrze pojęli podstawy medycyny, zostają naostatek przyjęci do praktyki klinicznej w praktycznym szpitalu, utworzonym na ten cel dzięki hojności cesarzowej Maryi Teresy. W miejscu tem, w obecności wszystkich uczniów przy łóżku, profesor publicznie chorego bada, by wyśledzić przyczynę choroby, jej znaki, objawy i t. d.; wszystko to dokładnie się notuje i ze sobą jaknajstaranniej zestawia, żeby wyjaśnić naturę choroby. Potem zapisuje się lek i inne potrzebne zabiegi, a także stosowną dyetę, przyczem wskazuje się przyczyny, dla czego należy z tym a z tym chorym tak a tak postępować. Nazajutrz całą historyę choroby się odczytuje

[4]) Spielmann (1722—1783) był profesorem w Strasburgu. Z licznych dzieł, jakie napisał, jest tu mowa o »*Institutiones chemiae in usum praelectionum academicarum*«, wydanych w roku 1766; inne jego dzieła są późniejsze, niż »*Instituta*« Störcka. Macquer (1718—1784) — chemik paryski. Francuskie jego dzieła były tłómaczone na język niemiecki, polecano pewno szczególnie »*Anfangsgründe der praktischen Chymie*« 1768 — 2 tomy. Jego czterotomowy »*Dictionnaire de chemie*« był tłómaczony na niemiecki dopiero w końcu XVIII wieku.

[5]) Str. 15.

[6]) Str. 15.

[7]) Profesor fizyologii Crantz sam dzieła fizyologicznego nie zostawił, zastąpił go w tem jego uzdolniony uczeń Filip Ambroży Marherr, później profesor fizyologii w Pradze w trzytomowem dziele *Praelectiones in* Hermanni Boerhaavii *institutiones medicas*, które obejmuje tylko wykład fizyologii. Dzieło to po przedwczesnej śmierci Marherra wydał sam Crantz. (Puschmann *l. c.* str. 27).

[8]) Str. 21—27.

i rozbiera po kolei, co od tego czasu, kiedy uczniowie się oddalili, z chorym zaszło, czy to skutkiem zabiegów, czy drogą naturalną, przyczem zawsze każdą rzecz się tłómaczy; wtedy też się rozważa, co rokują dane objawy, które bądź stale trwają, bądź dopiero co się ukazały i wreszcie według istniejących wskazań miarkuje się leczenie. I to wszystko póty codziennie się powtarza, póki chory zupełnie nie wyzdrowieje. Jeżeli chory zmarł, to wtedy, zwoławszy wszystkich słuchaczów, którzy byli obecni przy postępowaniu z chorym, trupa się kraje i jaknajstaranniej się szuka, co mogło kiedyś tę chorobę wywołać, a teraz śmierć sprowadzić; roztrząsa się także, czy trafne były i z naturą choroby zgodne domysły i sądy, wypowiadane w czasie leczenia.

Żeby zaś chętnym i pilnym uczniom na niczem nie zbywało, by się mogli ośmielić do samodzielnej opieki nad chorymi, pozwala się tym, którzy dłużej i pilnie w podobnych klinicznych ćwiczeniach udział brali, odwiedzać codzień więcej razy ten szpital i tam leżących chorych obserwować i badać, żeby w ten sposób mogli istotne cechy chorób w każdym stanie uchwycić. Niemniej niektórych chorych powierza się pod kierownictwem profesora zupełnie pieczy uczniów. Każdy kandydat lub doktor medycyny ma jeszcze tę wygodę, że może chodzić według swej woli do wszystkich szpitali miasta i chorych nawiedzać, a ordynaryusze miejscowi wskazują, czy niema w danej chwili czego wątpliwego, lub czy nie oczekują w przebiegu jakich wyjaśnień, żeby jakąś rzecz należycie osądzić".

Do wykładu anatomii dla chirurgów miał profesor zalecony podręcznik francuskiego chirurga Verdiera[9]) *»Abrégé d'anatomie du corps humain«* 1725, tłómaczony i później wielokrotnie wydany, oraz anatomię Winslowa. W wykładzie chirurgii trzyma się profesor porządku *majoris chirurgiae* Heisteri, t. j. głównego dzieła Heistera *»Chirurgie in welcher Alles, was zur Wundarznei gehört, vorgestellt wird«* (1718 i często później), które wyszło także w skróconem wydaniu p. t. *Kleine chirurgie.* Wiemy również, że i sam profesor anatomii dla chirurgów Ferdynand Leber wydał swoje wykłady w roku 1772 p. t. *»Vorlesungen über die Zergliederungskunst«*, przetłómaczone później i na język łaciński. Podręcznik ten był powszechnie do nauki anatomii i przez lekarzy używany i jego to w części tłómaczeniem, a w części przeróbką jest polska anatomia Krupińskiego.

Uczącym się położnictwa zalecano podręcznik Rafała Steidelego[10]), przetłómaczony na język polski w r. 1777 przez Jakóba Kostrzewskiego.

III.

Powyższe ustępy, wyjęte z książeczki Störcka, oświetlają nam przedewszystkiem stosunek szkoły wiedeńskiej do Boerhaavego. Wszystkie przedmioty, z wyjątkiem anatomii, są wykładane z Boerhaavem w ręku, który, jak wiadomo, łączył w sobie wszystkie gałęzie nauk lekarskich. Boerhaavego niewolniczo się trzymać nie było nakazane, przeciwnie — głoszono, że nauka musi być wolna. Boerhaave ma służyć, jako przewodnik do wykładu, nie zaś jako sam wykład. Jeśli jednak zważymy, że zasadniczą myślą działalności Boerhaavego było nie stworzyć jednolitego systemu medycznego, zawsze kruchego i nietrwałego, lecz zjednoczyć w całość bez ramek systemu wszystkie te zdobycze medycyny, które w owym czasie dla większości uczonych były jej ostatniem słowem, to łatwo pojmiemy, że wpływ Boerhaavego musiał ogarniać nie tylko porządek wykładów, ale i całą istotną ich treść. Nie mogło być zresztą inaczej w szkole, założonej przez van Swietena i de Haëna, uczniów Boerhaavego i prowadzonej dalej przez Störcka, Crantza, Stolla, znowu uczniów tych założycieli. Pogląd szkoły wiedeńskiej na dzieła Boerhaavego, mówiący, że „niema drugiego wykładu medycyny, któryby w mniejszej objętości, a w układzie bardziej przejrzystym obejmował tyle, ile w swoich książeczkach zawarł Boerhaave", oraz fakt, że z Boerhaavem w ręku i wykładano i słuchano wykładów, mogą posłużyć do zrozumienia, dlaczego dziełom, wychodzącym ze szkoły wiedeńskiej, tak często dawano nagłówek „komentarzy" do Boerhaavego. Ponieważ w drugiej połowie XVIII wieku niektóre poglądy Boerhaavego musiały już być „przestarzałe", kierownicy Wydziału medycznego przepisują do użytku i nowszych autorów, jak Spielmanna i Macquera do chemii, a Hallera do fizyologii.

Wykłady zarówno chemii, botaniki, anatomii, jak i najważniejszej kliniki, mają charakter praktyczny. Ułatwianie spostrzegania klinicznego przyczynia się w najwyższym stopniu do gromadzenia faktów. Anatomia patologiczna zdobywa sobie pomału prawo obywatelstwa, choć nie zyskała ona w szkole wiedeńskiej nigdy głębszego uznania. Przy patologii wykłada się i medycynę sądową.

[9]) Störck pisze go Verdieux (str. 42).
[10]) Str. 54.

Jest godnem uwagi, że profesor chemii obznajamia przyszłych lekarzy także z metalurgią i z gospodarstwem.

Kierunek myślenia, panujący w szkole wiedeńskiej i wpajany w słuchaczy, odznacza się ścisłością i trzeźwością. To tylko się przyjmuje, co doświadczenie i z niego wyprowadzone prawidłowe wnioski uznają za prawdziwe. Jest to więc poprawna indukcya. Uczniów stara się szkoła uchronić od kłótliwości. Jest to przypomnienie tych sporów nie do ukończenia, które toczono w medycynie w wiekach średnich, kiedy argumentowano nie coraz to nowymi faktami, zaczerpniętymi z doświadczenia, ale przytoczeniami z uczonych mężów. Spory takie zdarzały się często jeszcze i w XVIII stuleciu, a wiedli je tacy mężowie, jak de Haën, który w polemice najczęściej wojował powagą starożytnych cytat. Spory takie nie były dyskusyą, ale kłótnią. To też ta myśl przewodnia w nauczaniu jest tutaj głębokiej wartości.

Profesorowie mają zalecone, by przy nauczaniu wyjaśniali otwarcie, co należy uważać za pewne, co za prawdopodobne, co za ciemne, co za wątpliwe. Jest to myśl, którą i w XX stuleciu możnaby niekiedy przypomnieć, myśl, że przy każdej hipotezie należałoby określać stopień jej prawdopodobieństwa, inaczej bowiem hipotezy bardzo prawdopodobne są razem z czczemi hipotezami jednakowo w czambuł oceniane jako hipotezy. Profesorowie mają przedstawiać różne poglądy autorów na jedno i to samo zagadnienie, ale z trafnem i bezstronnem wyłożeniem argumentów, które każdy autor na poparcie swej teoryi przytacza. Słuchaczy się ostrzega, by w zagadnieniach wątpliwych póty się od sądu wstrzymywali, póki nowe światło na nie nie padnie. Rady te są proste i zdrowe. Chronią one w nauce od osobistych sympatyi, nieuprawnionych indukcyjnem myśleniem.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że powyższe zasady wpajał w uczniów i Boerhaave w Lejdzie, choć nie posiadamy na to takiego dowodu, jaki właśnie stanowią dla szkoły wiedeńskiej powyższe słowa Störcka; są to bowiem myśli Bacona, któremi się kierowali wszyscy wielcy mężowie XVII i XVIII wieku. Od Boerhaavego wynieśli je van Swieten i de Haën, w nich się ćwiczyli we Wiedniu uczniowie van Swietena i de Haëna: Antoni Störck, autor naszej książeczki, i Stoll, który klinikę wiedeńską doprowadził do najwyższego stopnia rozkwitu. Z Wiednia rozchodziła się dobra metoda po całej Europie i przygotowywała grunt pod medycynę naukową, której okres właściwie rozpoczyna się z końcem XVIII stulecia z rozwojem kliniki, anatomii patologicznej, dyagnostyki i chemii.

Myliłby się jednak ten, ktoby sądził, że szkoła wiedeńska, która w uczniach swoich trzeźwe myślenie starała się wyrobić, sama już była w swoich poglądach medycznych bez błędów. Przeciwnie, obok prawidłowych spostrzeżeń klinicznych znajdujemy u van Swietena i de Haëna mnóstwo doktryn, opartych na dogmatycznych podstawach, jak poglądy jatromechaniczne i cała patologia humoralna z jej wszystkiemi następstwami. Doktryny te, które dotąd dla braku materyału faktycznego trwać musiały, miały jednakże już swoje dni policzone. Teorye jatromechaniczne zburzyła wkrótce chemia, a patologia humoralna runęła podkopana przez anatomię patologiczną.

Podobnież szkoła wiedeńska, mimo że doświadczenie tak wysoko ceniła, nie kierowała się doświadczeniem w sprawie odkrycia perkusyi przez Auenbruggera. Jest to w związku z całą organizacyą Wydziału medycznego. Organizacya ta niewątpliwie sprzyjała rozwojowi nauki tak, jak to się w historyi zdarzało nie często, ale tylko w kierunku hipokratesowskich zasad klinicznego spostrzegania. Powierzenie kierownictwa całego wydziału jednej osobie, oraz zatwierdzenie niejako przez cesarzową[12]) zasad Hippokratesa dawało rękojmię jednolitości kierunku. To też kierunek ten swobodnie się rozwijał i w wynikach zrodził szkołę kliniczną. Ale to właśnie było zarazem przyczyną niepowodzenia lekarza wiedeńskiego Auenbruggera. Nowość, zbyt radykalna względem panującej nauki, została widocznie potępiona przez dyrektora Wydziału van Swietena i przez profesora kliniki de Haëna, obaj bowiem o niej w swych dziełach ani jednem nawet słówkiem nie wspominają. To też nie mogła sobie wywalczyć prawa obywatelstwa i uległa na kilkadziesiąt lat zapomnieniu. Tym właśnie sposobem wiedeńska szkoła kliniczna wyparła się własnego dziecięcia, jakiem było wielkie odkrycie rozpoznawcze Auenbruggera.

[12]) Przedmiotem drugiego egzaminu medycznego miał być jeden lub dwa aforyzmy Hippokratesa (Medicinae studii Verlesserung z roku 1749 — Codex austriacus T. V. str. 400). Przy sprowadzaniu de Haëna był już z góry postanowiony kierunek Hippokratesa, o czem mówi de Haën: *animus van Swieteni fuit ut doctrinam Hippocraticam docerem* (Ratio medendi I. 13).

XI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

I. Kilka słów o nowym projekcie rządowym ubezpieczenia robotników.

Nowy projekt rządowy, obejmujący wraz z wyjaśnieniami 261 stronic druku, zawiera niektóre nowe postanowienia, które, uważniej roztrząśnięte, są tylko pozornie korzystne dla lekarzy I tak już § 3 tego programu rządowego stanowi, że od ustawowego obowiązku (*Versicherungspflicht*) należenia do nowych Kas uwolnione są osoby, których dochód miesięczny, względnie roczny, przekracza 200, względnie 2400 koron. Jeżeliby to postanowienie miało być dla lekarzy istotnie korzystne, to należałoby, ażeby wyraźnie zostało oznaczone, że osoby, mające taki dochód, nie mają prawa należenia do Kasy. Co innego bowiem nie mieć ustawowego obowiązku, a co innego nie mieć prawa. Przyglądnąwszy się więc z blizka temu paragrafowi, widzimy, że on nie wyklucza w przyszłości od należenia do Kasy chorych nawet i ludzi najbogatszych, bo że władze nie zmienią się w stosunku do lekarzy, ale że nadal tłómaczyć będą, jak i dotąd, wszelkie przepisy ustawowe na niekorzyść lekarzy, możemy tego być pewni, sądząc z dotychczasowych faktów. A że władze w pewnych przypadkach przybierają rolę filantropów kosztem stanu lekarskiego, wystarczy przypomnieć nie tak dawne zajście z okazyi założenia zarejestrowanej Kasy urzędników bankowych w Wiedniu:

Zarejestrowane Kasy zapomogowe mogą, — ale nie muszą, — przyjmować do bezpłatnego leczenia w razie choroby i takich członków, którzy nie mają obowiązku ubezpieczać się w Kasach. Tak mówi ustawa. Otóż kiedy urzędnicy bankowi w Wiedniu założyli zarejestrowaną Kasę zapomogową, Izba lekarska zabroniła lekarzom przyjmować posady w tych Kasach. Cóż na to władza? Władza znosi uchwałę Izby, a uzasadnia swe zarządzenie w ten sposób: „Ustawa daje zapomogowym Kasom możność leczenia członków swoich, a uchwała Izby możność tę uchyla, *ergo* władza uchwałę Izby znosi“.

Władza zatem postanowiła, że życzenie zapomogowej Kasy ma być rodzajem rozkazu dla lekarzy i ich ustawowych przedstawicieli. t. j. Izb. Lekarze zaś zupełnie słusznie tak rozumowali: Zarejestrowana Kasa zapomogowa nie ma obowiązku zapewniać swym członkom bezpłatnej pomocy lekarskiej; skoro zatem Izba lekarska, stojąc z obowiązku ustawowego na straży interesów lekarskich, zabrania lekarzom przyjmować w tej Kasie posady, to ma do tego najzupełniejsze prawo; Kasa zaś może swoim członkom dać za to większy zasiłek, by sobie pokryli wydatek na lekarza. Rząd jednak swojem postanowieniem uczynił lekarzy zależnymi nie od ich przedstawicielstwa zawodowego, t. j. Izby lekarskiej, — ale od woli i życzenia Kasy chorych.

Otóż dlatego to należy się domagać, by § 3 nowego programu zawierał nie słowo »*Versicherungspflicht*«, ale natomiast »*Versicherungsrecht*« tem bardziej, że przedstawiciele Kas chorych w szczegółowej nad programem dyskusyi napewno będą dopominać się, by wogóle skreślić granicę dochodów, po za którą ustaje możność korzystania ze świadczeń Kasy chorych. Im bowiem członkowie Kasy bogatsi, tem stosunkowo mniej chorują, a nawet chorując, tem mniej zwracają się do Kasy o świadczenia. Jeśliby nawet granica dochodów miała być podniesiona, to i tak powyższej zmiany w ustawie przedstawiciele i zastępcy stanu lekarskiego bezwzględnie i stanowczo domagać się powinni. *E. Stahr.*

II. Nowe niebezpieczeństwo zagraża całemu zawodowi lekarskiemu ze strony rządu.

Rząd przedłożył Izbie posłów nowelę przemysłową, której pierwsze czytanie już się odbyło i która obecnie wróciła do Komisyi. Postanowienia tej noweli dążą do wprowadzenia w życie Kas majsterskich dawnego pokroju z tym dodatkiem, że obecnie do tych Kas mają należeć także i członkowie rodziny: »*die Angehörigen*«. Samo określenie »*die Angehörigen*« jest bardzo nieścisłe, bo kogoż właściwie można nie zaliczyć do »*die Angehörigen*«? Jak bardzo rząd zapomina o lekarzach, stanowiąc o tych Kasach, niech za dowód posłuży fakt, że do tych Kas mają należeć ludzie bez ograniczenia ich dochodu. W nowym programie ubezpieczenia robotniczego ustanawia rząd granicę dochodów 2,400 koron rocznie; — nawiasem mówiąc i to ograniczenie jest złudne; — a tu, gdzie idzie nie o robotników, ale o majstrów, a więc przeciętnie ludzi zamożnych, nie ma w tym względzie żadnego ograniczenia.

Posłuchajmy, co mówią przepisy tej noweli:

§ 114. tego przedłożenia postanawia, że celem korporacyi między innemi jest „przedewszystkiem zakładanie Kas chorych i Kas wspierających dla członków i ich rodzin“ (*und deren Angehörige*). A więc znowu występuje widmo majsterskich Kas chorych w wydaniu nowem, uzupełnionem ubezpieczeniem rodziny, bo korporacye to są stowarzyszenia, obejmujące majstrów i robotników jednego zawodu. Jeśliby ktoś miał wątpliwość, że może te nowe Kasy majsterskie, obejmujące nadto ubezpieczenie rodzin, ograniczą się do zasiłków w chorobie i kosztów pogrzebowych, to niech przeczyta następujący paragraf, a dowie się, że Kasy dostarczać mają i bezpłatnej pomocy lekarskiej. Albowiem § 115 *a* powiada: „Kasy w poprzednim paragrafie wspomniane, o ile się opierają na zasadzie dobrowolnego przystępowania, mają być urządzone wedle ustawy z 16 lipca 1892 r. Dz. u. p. Nr. 202“. A co to jest za ustawa z 16 lipca 1892? To właśnie jest ustawa o zarejestrowanych Kasach zapomogowych, aż zanadto już znana lekarzom, co skłoniła rząd wbrew uchwale Izby lekarskiej do orzeczenia, że zarejestrowane Kasy mogą udzielać bezpłatnej porady lekarskiej, jak zechcą, że Izby nie mogą zabraniać lekarzom przyjmowania posad w tych zarejestrowanych Kasach zapomogowych, a to dlatego, że ustawa tym Kasom pozwala, daje możność bezpłatnego leczenia swych członków, a uchwała Izby tę możność znosi. A trzeba czytelnikom wiedzieć, że te zarejestrowane Kasy mogą, ale nie mają obowiązku udzielać członkom swym bezpłatnej pomocy lekarskiej.

Bardzo blizko lekarzy obchodzi także następny paragraf 115 *b*. § 115 *a* mówi o Kasach majsterskich dobrowolnych, ten zaś tworzy Kasy majsterskie przymusowe.

„§ 115 *b*. Korporacye mogą nałożyć na swych członków obowiązek ubezpieczenia się na zasiłki w chorobie, albo — i na zasiłki i na koszta pogrzebowe“.

„Nakładanie obowiązku ubezpieczania się tylko na bezpłatną pomoc lekarską, albo na koszta pogrzebowe jest niedopuszczalne“.

Co z tego wynika? Jak ten przepis mogą tłómaczyć władze, znane ze swej wątpliwej życzliwości dla zawodu lekarskiego?

Gdyby rząd był wysłuchał łaskawem uchem memorandum, wniesionego przez Izby lekarskie austryackie, byłby krótko postanowił: „niedopuszczalne jest ubezpieczanie się na bezpłatną pomoc lekarską“. Tymczasem w myśl powyższego przepisu bardzo łatwo będzie można zmuszać członków do ubezpieczania się albo na zasiłek w razie choroby wraz z bezpłatnem leczeniem, albo na koszta pogrzebowe też wraz z bezpłatną pomocą lekarską. Po co jednak korporacye mają się trudzić i zakładać w przyszłości przymusowe Kasy majsterskie, kiedy na podstawie § 115 *a* będą sobie mogły zakładać Kasy chorych z bezpłatną pomocą lekarską, zasiłkiem i kosztami pogrzebowymi. A tu władza widocznie chciała zabezpieczyć korporacye przed lekarzami: nie zawadzi być ostrożnym.

Położenie materyalne lekarzy może w niedalekiej przyszłości stać się wprost nieznośnem, bo większa część ludności będzie ubezpieczoną w Kasach powiatowych, gdzie wprawdzie rząd ma wyznaczyć granicę dochodu, ale tylko iluzoryczną, albo w zarejestrowanych Kasach zapomogowych, gdzie mogą należeć osoby, niepodlegające wogóle ubezpieczeniu ustawowemu, albo wreszcie w nowych Kasach majsterskich po myśli §§ 114, 115 *a* i 115 *b* noweli przemysłowej, gdzie mogą należeć całe korporacye, t j. pracodawcy i pracownicy wraz z »*Angehörige*« (dlaczego nie »*Familienmitglieder*« przynajmniej ?). Ubezpieczać się więc na wypadek choroby i otrzymywać bezpłatną pomoc lekarską mogą w przyszłości nie tylko ludzie niezamożni, ale najbogatsi pracodawcy, majstrowie i fabrykanci z całemi swemi rodzinami. Kto będzie się leczył u lekarzy prywatnie? Chyba tylko pluto- i arystokracya.

Jednem słowem rząd uprawia filantropię społeczną kosztem jednego stanu lekarskiego, który znajdując się w coraz gorszych warunkach, musi upadać i upadnie tak materyalnie, jak i moralnie. Każde społeczeństwo ma takich lekarzy, jakich sobie wychowa. Ubezpieczenia społeczeństwa na przypadek choroby nie można gruntownie przeprowadzić, nie oglądając się na to, co się stanie z lekarzami. Chyba lekarzy upaństwowić. Czy to jednak będzie dobrze, to jest jeszcze temat sporny. W każdym razie *caveant consules!*

E. Stahr.

III. W sprawie badań dla Towarzystw ubezpieczeń.

Pierwszem pytaniem, któreby należało zasadniczo rozstrzygnąć, jest kwestya, czy zgłaszającego się ma lekarz badać u siebie w domu, czy też raczej powinien to uczynić u niego, w jego mieszkaniu. Że wygodniej jest lekarzowi, żeby chcący się ubezpieczyć przyszedł do niego, n. p. w godzinie ordynacyjnej, to nie ulega żadnej wątpliwości. Skoro jednak dla oceny ryzyka doniosłe ma znaczenia, jak ubezpieczający się mieszka i jak się przedstawia całe jego otoczenie, to lekarz Towarzystwa ubezpieczeń, o ile to jest możliwem, powinien badać ubezpieczającego się u niego w domu, tem bardziej, że zawsze Towarzystwa pytają o to, czy mieszkanie lub też zajęcie jego nie jest dla zdrowia szkodliwe. Dość często równocześnie z mieszkaniem zobaczyć może lekarz i pracownię ubezpieczającego się

Inna jest rzecz, że lekarze powinni w takim razie żądać wyższego honoraryum, niż za badanie u siebie. Należy się jednak spodziewać, że Towarzystwa ubezpieczeń w dobrze zrozumianym własnym interesie chętnie poniosą większy wydatek, bo w ten sposób uchronią się przed niejednem niebezpiecznem ryzykiem.

Przeważna liczba Towarzystw ubezpieczeń wymaga przy ubezpieczeniach, przekraczających pewną sumę — (różne Towarzystwa przeróżne w tym względzie ustanowiły granice), aby zgłaszającego się do ubezpieczenia badało dwóch lekarzy. Otóż zachodzi pytanie, czy obaj lekarze mogą równocześnie badać ubezpieczającego się, czy też raczej powinni osobno to czynić. Mnie się zdaje, że jeśli naczelny lekarz Towarzystwa ubezpieczeń ma na podstawie przesłanych mu świadectw lekarskich nabrać możliwie najdokładniejszego wyobrażenia o stanie ubezpieczającego się, to powinny Towarzystwa stanowczo wymagać, a agenci ich bezwzględnie przestrzegać, by lekarze badali każdy z osobna, a nawet, o ileby się to dało osiągnąć, w różnych porach dnia. A jakże się dzieje dotąd? Obaj lekarze równocześnie badają wprawdzie narządy wewnętrzne, n. p. płuca, serce, ale pomiary zwykle zdejmuje jeden z nich, mocz także bada jeden z nich, a drugi sobie tylko wyniki notuje. Nie o to mi chodzi, by badającym zarzucać nieścisłość w badaniu, boć chyba zupełnie jest zbytecznem, by koniecznie każdy lekarz osobno mierzył ubezpieczającego i t. d., ale każdy przyzna, że dokładniejszy obraz można mieć na podstawie dwóch zupełnie od siebie niezależnych badań, a jeszcze dokładniejszy na podstawie dwóch badań, dokonanych w różnych porach.

Co do honoraryum lekarskiego za badania dla ubezpieczenia na życie, to wysokość jego waha się od 6 do 20 K., zależnie od Towarzystwa. Czasby był, żeby sprawą tą zajęły się Izby lekarskie i ustaliły wysokość wynagrodzenia. O ile bowiem 20 K. jest wynagrodzeniem dość dobrem, o tyle znowu wyjątkowem. Honoraryum zaś po 6 K. jest wprost niemożliwie małem: wszak za te 6 K. musi lekarz dokładnie ubezpieczającego się zbadać, dokonać rozbioru moczu, odpowiedzieć na szereg pytań, które drukowane gęstym drukiem zajmują bardzo często bite cztery strony arkusza — i jest ponadto wobec Towarzystwa ubezpieczeń odpowiedzialnym. O ileby bowiem Towarzystwo poniosło szkodę z winy, wynikłej czy to z zaniedbania, czy to z nieumiejętności lekarza, może ono dochodzić na lekarzu straty swojej. Ponadto musi lekarz jeszcze bardzo często odpowiadać listownie w sprawie dokonanego badania na pytania dokładne, stawiane mu przez naczelnego lekarza Towarzystwa.

Niezwykle ważną sprawą jest także kwestya, w jaki sposób świadectwa lekarskie powinny się dostawać do rąk naczelnego lekarza w Towarzystwie ubezpieczeń. Mojem zdaniem powinien lekarz świadectwo wysyłać wprost w zamkniętej kopercie do naczelnego lekarza, a nie, jak się to dzieje w wielu Towarzystwach, szczególnie obcych, oddawać świadectwo otwarte do rąk agenta. Bo dyrekcye Towarzystw powinny się starać zapewnić lekarzowi badającemu najzupełniejszą swobodę w wypowiedzeniu swego zdania co do zdrowia ubezpieczającego się bez względu na interes agenta, a po drugie to, co zawiera świadectwo lekarskie, jest tajemnicą lekarską, czego lekarzowi pod grozą kary nie wolno zdradzać nikomu, prócz Towarzystwu, i to tylko dlatego, że ubezpieczający się na to z góry się godzi. *E. S.*

XII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 czerwca.

* Według sprawozdania urzędowego z ostatniego tygodnia (15—20 maja) zapalenie nagminne opon mózgowordzeniowych zmniejszyło się w Galicyi. W 72 gminach (76 zeszł. tygodnia), należących do 32 (34 zeszł. tyg.) powiatów, zachorowało osób 127 (152 zeszł. tyg.), zmarło 61 (70 z. tyg.) w 39 (48 z. tyg.) gminach. W tygodniu sprawozdawczym zachorowało w powiecie krakowskim osób 22, w chrzanowskim i łańcuckim po 11, sokalskim 9, tarnobrzeskim 8, jarosławskim i mieleckim po 6, wadowickim 5, cieszanowskim, myślenickim po 4, bielskim, kamioneckim, rzeszowskim, tarnowskim, żółkiewskim po 3, kolbuszowskim, niskim, pilzneńskim, przemyślańskim, staro-samborskim, wielickim po 2, bobreckim, husiatyńskim, nowotargskim, podgórskim, przemyskim, przeworskim, rawskim, ropczyckim — po 1. W m. Krakowie było 4 przypadki, we Lwowie 1.

Tego polepszenia stosunków nie możemy, niestety, zaznaczyć w przebiegu duru plamistego: w tygodniu od 15 do 20 maja zachorowało osób 250 w 35 powiatach, leżących wyłącznie w Galicyi wschodniej.

* Dnia 3 i 4 b. m. odbędzie się w Krakowie II-gi Zjazd polskich abstynentów w sali Rady miejskiej. Zagajenie Zjazdu nastąpi dnia 3 b. m. o godz. 3 po południu. Po ukonstytuowaniu się wygłoszą odczyty: 1) Dr. Daszyńska-Golińska: „Czem zastąpić alkohol w życiu jednostki i narodu". 2) Prof. Piltz: „Alkohol a choroby umysłowe". 3) Ks. Niesiołowski: „Ruch antyalkoholiczny w Księstwie Poznańskiem." 4) Dr. Gumplowicz: „Alkoholizm i kwestya robotnicza w Królestwie Polskiem". 5) Giedroyć: „Ruch abstynencki w Galicyi w dobie obecnej".

II-gi dzień Zjazdu rozpocznie się w niedzielę 4 czerwca, o godz. 9 rano, w tejże samej sali. — Odbędą się dalsze odczyty: 1) Witkowski: „Ruch wstrzemięźliwości w Polsce w XIX stuleciu". 2) Dr. Eisenberg: „Alkohol a choroby zakaźne". 3) Dr. Kunicki: „Wpływ alkoholu na sprawność roboczą organizmu". 4) Turzyma: „Wpływ alkoholu na życie kobiety". *Po południu:* 1) Prof. Baumfeld: „Młodość i alkohol". 2) Dr. Piasecki: „Abstynencya a propaganda zabaw ruchowych". 3) Haraszkiewicz: „Stanowisko nauczycielstwa w walce z alkoholizmem". 4) Dr. Wróblewski: Szerzenie abstynencyi wśród dzieci".

* Generał gubernator Warszawy zezwolił na zorganizowanie obywatelskiego Komitetu sanitarnego, który ma być czynnym przy szerszym Komitecie, wybranym dla zwalczania cholery i będącym pod kierownictwem prezydenta miasta Warszawy. Główną rolę, niemal wyłączną w tym Komitecie obywatelskim będzie miało warszawskie Towarzystwo higieniczne; z regulaminu wnosić należy, że zadanie tej organizacyi sanitarnej, aczkolwiek głównie doradcze, odegrać może wielce pożyteczną rolę w uzdrowotnieniu stolicy Królestwa Polskiego.

* Dr. Neuburger opisuje w „Wiener Zeitung" byt lekarzy wiedeńskich przed 100 laty: było ich w stolicy Austryi 200 do 300, a już gorzko skarżyli się na przepełnienie, a prof. Józef Frank nazwał to pchanie się młodzieży na wydział lekarski „jatromanią." I wówczas sądzono, że byt lekarzy uratować może tylko upaństwowienie całego stanu. Na medycynę zapisywali się głównie kandydaci niezamożni, zarabiający korepetytorstwem na swoje utrzymanie. Szarlataństwo i przed stu laty popłacało u publiczności, a walka z partactwem nie była mniejszą, niż dziś.

* Krakowska Komisya sanitarna odbyła dnia 24 maja posiedzenie, na którem zastanawiała się nad sprawą reformy miejskiej służby zdrowia.

* W świeżo odbytym Kongresie rentgenologicznym zapadła uchwała wypracowania wyrazownictwa, odnoszącego się do tej gałęzi nauki.

* Dr. Goburek z Tylży zapisał 1,100,000 Mk na cele dobroczynne i higieniczne, uwzględniając głównie stan lekarski oraz potrzeby rodzinnego miasta.

* Międzynarodowy związek zawodowej prasy lekarskiej odbył narady w Bernie. Roztrząsano sprawę własności autorskiej, wyrażono życzenie, by nie ogłaszać tych samych rozpraw w kilku czasopismach,— słowem przeżuwano sprawy dawno przetrawione. Uchwalono wreszcie zaprosić do Związku dziennikarzy amerykańskich i rosyjskich.

* Między 7 a 13 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w powiecie dąbrowskim, cieszanowskim i jaworowskim (po 1 gm.). W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w powiatach: bohorodczańskim, borszczowskim, brzeżańskim, buczackim (po 1 gm.), czortkowskim (2 gm.), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (3 gm.), horodeńskim, kolbuszowskim (po 1 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (5 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim, liskim (po 1 gm.), lwowskim (3 gm.), mieleckim (1 gm.), mościskim (2 gm.), nadwórniańskim (3 gm.), niskim (1 gm.), nowo-sądeckim, przemyślańskim (po 1 gm.), rawskim (6 gm.), skałackim, śniatyńskim (po 1gm.), stanisławowskim (2 gm.), stryjskim, tarnopolskim, tłumackim, trembowelskim (po 1 gm.), turczańskim (6 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), zborowskim (1 gm.), żółkiewskim (4 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Hilger, prof farmacyi, zmarł w Monachium w 66 r. życia. Dr. Sciamanna, znany prof. psychiatryi, zmarł w Rzymie. Dr. Witold Jaworowicz, zmarł w Toruniu. Dr. Michał Trzebiecki, prof. chemii w b. Akademii lekarskiej, zmarł w Warszawie.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Z 10. Biehler: Przypadek ciała obcego w jamie opłucnej. Niedzielski: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki (dok.).

— *Medycyna* Nr. 20. Gaszyński: Z mechaniki porodu. Poszczególne składniki budowy miednicy. Zależność wymiarów sprzężny prawdziwej od dolnego kąta spojenia łonowego. Flatau i Sterling: O nowotworach rdzenia (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 19. Arnstein: Jakie stanowisko powinno zajmować leczenie zdrojowo-kąpielowe w kamicy moczowej i jakiem leczenie to być winno. Steinsberg: O leczeniu miażdżycy układu naczyniowego w Franzensbadzie. Karwacki: Przyczynek do badań nad florą nowotworów złośliwych (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 21. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů železových při vrožene přijici (c. d.). Marčan: O tonické, sthenické a statické funkci labyrinthu. Slavik: Druhá výroční zpráva léčebného ustavu k léčeni paprsky světelnymi, Roentgenovými a proudy vysoké frekvence w Praze (c. d.). Pexa: Serotherapie při spále a několik připadův, antiscarlatinosnim serem Bujwidowým léčenych (c. d).

— *La Presse médicale* Nr. 40. Hirtz i Lemaire: Wiąd dziecięcy młodzieńczy. Terrien: Rokowanie w zapaleniu płuc u dzieci. Śmierć nagła i śmierć prędka. Romme: Tegoczesna epidemia zapalenia błon mózgowordzeniowych w Niemczech.

Nr. 41. Auché: Czerwonka bakteryjna w Bordeaux. Lop: Położnictwo a medycyna sądowa. *M. L.*: Technika barwienia prątków krętych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 21. Fübringer: Znaczenie drżenia jako objawu alkoholizmu. Birnbaum: Przyczynek do nauki o pachwinowej przepuklinie macicznej i o histologicznych zmianach w przemieszczonych jajnikach. Davidsohn: Przypadek ospy zakończony śmiercią. Znaczny udział górnych dróg oddechowych i trawiennych. Bruhns: Wodolecznictwo w chorobach skórnych i kiłowych. Kisch: Zadania i cele balneologicznych pracowni w zdrojowiskach. Neumann: Leczenie zranień serca. Göppert: Przyczynek do nauki o nagminnem zapaleniu opon mózgowordzeniowych. Greeff: Schiller jako lekarz. Blum: W sprawie stosowania wielkich dawek oliwenolu w leczeniu chorób żołądka (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 21. Marburg: Miejscowe rozpoznanie chorób śródmózgowia. Colombani: Badania nad lędźwiowem zniesieniem bolesności zapomocą tropakokainy. Kuhn: Przyczynek do kazuistyki i terapii słoniowaciny. Bail: O agressynie prątków gruźliczych.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 21. Korte i Steinberg: O działaniu aglutynacyjnem surowicy chorych na dur na prątki duru rzekomego *(paratyphus)*, oraz uwagi nad makroskopowem i mikroskopowem rozpoznaniu surowiczem. Tendeloo: Wsteczny rozwój gruźlicy drogą naczyń chłonnych w niektórych narządach trzewnych. Kerschensteiner: W sprawie białaczki. Geissler: Znaczenie i wartość leczenia pracą nerwowo chorych. Dornblüth: Zapobieganie epidemicznemu zapaleniu opon mózgowordzeniowych. Oefele: Cukier w kostkach jako pożywka w cukrzycy. Grosse: Środki ochronne przeciw chorobom narządu płciowego. Marcus: Nowa miejscowa metoda leczenia czyraków i wąglika. Groth: Opaska przy szczepieniu krowianki.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 21. Leyden: Uwagi nad groźną epidemią zapalenia opon mózgowordzeniowych. Kirchner: Gdzie należy oznaczać topograficznie koniuszek serca w doświadczeniach, szczególnie w ocenach. Leubuscher i Bibrowicz: Neurastenia w kołach robotniczych. Heine: Cyklodyaliza — nowa operacya jaskry. Karewski: Przyczyny, zapobieganie i leczenie zapalenia okątniczego (dok.). Róna: Podwójna cewka moczowa.

Redakcya otrzymała. Hicner: Uwagi nad zawodem lekarskim w chwili obecnej. Część II.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 21 (od dnia 21/V do 27/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 21, dziew. 27; nieżywo: chł. 4, dz. 2. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 18, kob. 25; zamiejscowych: męż. 17, kob. 18.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 4, obcych 2. 2) gruźlica: miej. 17, ob. 13. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 4. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. 2, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem**: miejscowych 43, obcych 31.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Kwas karbolowy i lyzol, posiadając silne działanie bakteryobójcze, okazały się, jak wiadomo, znakomitymi środkami przeciwgnilnymi. Jednakże oba te środki drażnią skórę; dlatego też wielokrotnie już próbowano złagodzić to działanie drażniące bez zmniejszenia własności przeciwgnilnych obu tych środków. Niemiłe działanie drażniące przejawia się szczególnie przy łączeniu kwasu karbolowego i lyzolu ze zwykłem mydłem, gdyż mydło to wskutek pewnego nadmiaru zasad samo już nadwerężą mniej lub więcej skórę. Tych braków nie mają mydła glicerynowo-karbolowe i glicerynowo-lyzolowe. Zawarta w nich obficie gliceryna zachowuje skórę miękką i gładką, nieupośledzając działania środków przeciwgnilnych. Mydła te, wyrobu Sarga, wypróbowało z dobrym skutkiem, jako mydła odkażające, wielu anatomów i chirurgów, używając ich przed i po operacyach. Również nadają się te mydła w praktyce położniczej, gdzie niezmiernie zależy na najskrupulatniejszej czystości i odkażeniu, a ręce operatora, podobnie jak w chirurgii, nie powinny przy tem ucierpieć. Kwas karbolowy sprawia. jak wiadomo, czucie i sprawia często przykre swędzenie; tym ujemnym jego stronom zapobiega użycie mydła glicerynowo-karbolowego Sarga; mydło zaś glicerynowo-lyzolowe jest jeszcze łagodniejsze, dlatego też można je zalecić szczególnie dla dzieci. *Ll.*

Lysoform jest przetworem nieszkodliwym, w zupełności zastępującym trujący lysol. Świeżo znów zdarzył się w Berlinie przypadek zatrucia lysolem matki i 3 dzieci, wskutek czego domagają się niemieckie pisma lekarskie zupełnego usunięcia lysolu z rąk położnych i zastąpienia go lysoformem. Byłoby pożądane zarządzenie takie i w Austryi, gdzie należałoby na wzór Niemiec prowadzić statystykę zatruć lysolem.



Maść z kalomelolu. **Zastępuje dyskretnie szaruchę.** Nie brudzi bielizny, nie jełczeje, nie sprawia trądzika. Najlepsze **Antiparasiticum.** Wyborne **Antisyphiliticum.** Według *Neissera* i *Sieberta* ułatwia niezmiernie wykonanie i systematyczne powtarzanie leczenia wcieraniami. Dawka normalna na jedno wcieranie 6 gr. W podzielonych rurkach po 30 i 60 gr. Z powodu czułości maści należy ile możności unikać pakowania w pojedynczych dawkach.



(Koloidalny kalomel). Zastępuje kalomel jako wewnętrzny lek **przeciwkiłowy** w kołaczykach po 0,01, jako zasypka na **wrzody kiłowe.** Nie tak trujący, jak kalomel.



Najbardziej **niedrażniące Antigonorrhoicum** wśród **przetworów srebrowych.** Niezwykle bakteryobójcze; działa znacznie w głąb tkanek. 0,5—1% roztwory do zwykłych wstrzykiwań. 15% roztwór do wkraplań przy leczeniu poronnem.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 a

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

MEDAL ZŁOTY NA WYSTAWIE W PRADZE 1896.

I. KRAJOWA FABRYKA OPATRUNKÓW CHIRURGICZNYCH

pod kontrolą Komisyi przemysłowej krak. Tow. lekarskiego

M. L. DOBROWOLSKIEGO w Podgórzu

POLECA:

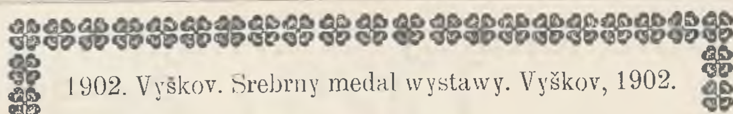
Watę Brunsa, watę szpitalną, watę drzewną, watę celulozową, watę białą klejoną w rulonach, włókno drzewne, batyst Billrotha, jedwab i katgut surowe lub preparowane, fil de Florence, kalikot biały i szary, organtynę białą odtłuszczoną i szarą. — Opaski, gazy impregnowane i inne opatrunki używane. — Plastry smarowane własnego wyrobu i amerykańskie. — Pastylki sublimatowe Prof. Obalińskiego.

Dyplom honorowy jako najwyższe uznanie za wyrób opatrunków, Lwów, 1888.

Jedyna Fabryka w kraju, posiadająca własną karderyę parową waty.

Laboratoryum parowe. — Oświetlenie elektryczne.

NB. **5% od czystego zysku w roku bieżącym przeznaczam na fundusz wdów i sierot po lekarzach.** 170

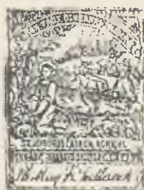


1902. Vyškov. Srebrny medal wystawy. Vyškov, 1902.

Linimentum Mentholi Chloroformiatum

compos. (Lin. mentholi chlorof. comp. aptekarza Fr. Sedláčka).

Mag. farm. Franciszka Sedláčka, aptekarza w Kyjove (Gaya) na Morawach, odpowiada swym składem i ceną zupełnie wymaganiom ustawy, a jest znakomitym środkiem w gośćcu, dnie, gośćcu mięśniowym, w bolesnych cierpieniach narządu słuchowego, w nerwowych bolach głowy i gośćcowym bolu zębów, przeciw zwiotczeniu mięśni po wytężającej pracy, długich pochodach i wycieńczających chorobach, w bolesnych cierpieniach nerwów na tle kiłowem. W chorobach żołądkowych i kobiecych oddaje linimentum jako wcierania w związku z okładami Priessnitzowskimi znakomite usługi.



Linimentum mentholi chlorof. comp. jest prawnie zabezpieczone od naśladowań znakiem ochronnym, obok podanym i zaregestrowaną nakrywką flaszek. Należy żądać i zapisywać zawsze wyraźnie **Linim. menth. chloroform.** compos. orig. Fr. Sedláčka. 155

Skład główny dla Austro-Węgier prócz Czech, Moraw i Śląska **Bruno Raabe,** Wiedeń V/1, handel leków i chemikaliów en gros, Wehrgasse 16; dla Czech, Moraw i Śląska **Milde & Rössler,** handel leków i chemikaliów en gros w Pradze.

Ceny: Wielka flaszka K. 2·40, mała K. 1·20. — Zamówienia pocztą wysyła się natychmiast. Mniej niż 2 flaszki nie wysyła się.

Lekarze, utrzymujący aptekę domową, otrzymują 30% opustu.



KRYNICA

Dr. H. Ebers i Dr. St. Lewicki

stosują w Zakładzie wodoleczniczym pod osobistym swym nadzorem

GORĄCE KĄPIELE POWIETRZNE

193 (100—150° C. sposobem Biera, Polana)

Wskazania: Gościec stawowy i mięśniowy, nerwobole, dna, wysięki stawowe, wysięki około- i przymaciczne, brak miesiączki i t. d.

Przybywanie białka krążącego

pod działaniem Sanatogenu — por. Therapie der Gegenwart No. 10, rocznik 1904. Wskutek swego zarazem wybitnie neurotonicznego działania wywiera Sanatogen znakomity skutek odżywczy i sprawia szybkie wzmaganie się sił. Sanatogen wcale nie działa drażniąco i dlatego znosi go doskonale każdy organizm. Piśmiennictwo i próbki PP. Lekarzom rozsyła się na każde żądanie.

- - - - - - - - **Bauer & Cie., Sanatogen-Werke, Berlin SW. 48.** - - - - - - - - -

24

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr. **Brodzki Jan.**

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski A.,** Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr. **Riedmüller B.,** b. asyst. klin. chir. Uniw. Jag., lekarz oddziału dermatol. szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Dr. **Staniszewski Julian,** b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr. **Czop Zygm.,** kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Aronsohn Julian,** („Krakus“).
Dr. **Askenazy Zygmunt,** („Pod Orłem“).
Dr. **Cercha Maksymilian,** („Domek Szwajcarski“).
Dr. **Dębicki Klemens,** („Pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz Franciszek,** (Willa „Pod Kosynierem“).
Dr. **Lewicki Stanisław,** b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Wąsowicz Zygmunt,** („Pod Orłem“).
Dr. **Zarzycki Emanuel,** („Witoldówka“).

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).
Dr. **Jasiński Stanisław,** lekarz zakładowy.

Rabka.
Dr. **Lang Otokar,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Wajgiel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Hammerschlag Rudolf,** (dom „pod Attyla“).
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu na Miedziusiu.
Dr. **Kruszyński Kazimierz,** radca cesarski.
Dr. **Żuliński Edward,** (Willa „Alma“), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.,** radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr. **Pelczar Zenon.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.
Dr. **Dłuski Kaz.,** Dyrektor Sanatoryum dla piersiowo chorych (4—5 g.).
Dr. **Dłuska Bron.,** Sanatoryum (wtorek, czwartek, sobota 5—6 g.).

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling Henryk,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon,** b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Biarritz.
Dr. **Bohdanowicz A.,** (Villa Enia) (zimą **Nizza** 11. Boulv. Victor Hugo).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz S.,** lekarz zakładowy.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą **Lussinpiccolo**).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen“).

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV)

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie, słoneczne i piaskowe)
Dr. **Oransz M.,** (Polak), specyalista chor. dzieci i ortopedyi.

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kostecki,** (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva“) (przez cały rok).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Fr.,** radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr. **Maciejewski J.,** („Villa Elsa“), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr. **Weissenberg,** (zimą w **Nervi**).

Marienbad.
Dr. **Harajewicz Władysław,** radca ces. („Villa Wahnfried“).
Dr. **Kaufmann Michał,** („Villa Lissa“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder R.,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Wiesbaden.
Dr. **Simon Aleks.,** (z Warszawy), właściciel lecznicy fizyk.

Rok XLIV. Kraków 10 Czerwca 1905. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału ocznego szpitala powszechnego we Lwowie

O rzadkiej postaci schorzenia spojówki powiekowej: *conjunctivitis Parinaudi*[1].

Podał

Dr. Wiktor Reis.

Nieżyt spojówki Parinauda należy do rzadkich postaci schorzenia spojówki powiekowej. Odmiana ta chorobowa nieżytu spojówki, od lat kilkunastu już opisywana, nie przeszła jeszcze do podręczników okulistycznych. Tak n. p. Saemisch, opracowując obszernie dział chorób spojówkowych dla drugiego zbiorowego wydania podręcznika okulistycznego „Graefe-Saemischa", tej postaci chorobowej wcale nie uwzględnia. Ponieważ jednak, — jak z dalszego przedstawienia wyniknie, — nieżyt spojówki Parinauda nie jest jakąś odrębną jednostką objawową, lecz tylko charakterystycznem zespoleniem objawów, dość często z osobna spostrzeganych, pozwolę sobie zaznajomić w szczególności lekarzy-praktyków z obrazem chorobowym, jaki na podstawie dotyczącego piśmiennictwa zebrać byłem w stanie. Dotychczas bowiem, oprócz przypadków ogłoszonych przez okulistów francuskich i angielskich, istnieją tylko dwa przypadki, ogłoszone w czasopismach niemieckich: z tych jeden Matysa z kliniki czeskiej w Pradze, a drugi Goldzihera z Budapesztu. (Ogłoszone prócz tego w czasopiśmie lekarskiem czeskiem i węgierskiem). Wystąpienie jednak tej postaci chorobowej nie jest bynajmniej właściwością wymienionych wyż krajów; małą liczbę przypadków prędzej już można wytłómaczyć okolicznością, że odosobnionych objawów chorobowych nie wiązano razem w jedną kliniczną całość i podporządkowywano cały ten obraz chorobowy pod jedną ze znanych już postaci, zależnie od przewagi jednego lub drugiego ze spostrzeganych objawów.

Po raz pierwszy postać tę chorobową opisał autor francuski Parinaud w r. 1899. Jako główną cechę charakterystyczną, wyodrębniającą ją od innych postaci nieżytu spojówki, podał Parinaud: wystąpienie na spojówce powiekowej ziarnistości i wyrośli o nieokreślonej postaci przy równoczesnem zajęciu gruczołów chłonnych szyjnych i przyusznych.

Pojawieniu się tych wyrośli na spojówkach powiekowych towarzyszą zwykle w pierwszym okresie objawy zapalne, mniejsza lub większa wydzielina z worka spojówkowego, a w przypadkach ciężkich obrzęk powiek i spojówki gałkowej. Wyrośle spojówkowe dosięgają znacznej wielkości, są barwy różowej, kształtów nieokreślonych, o brzegach zygzakowatych, podobnych do grzebienia koguciego. Siedliskiem ich jest spojówka chrząstkowa powiek i spojówka załamka. Wśród wyrośli większych napotyka się także ziarna małe, podobne do zwykłych ziarn jagliczych.

Spojówka gałkowa jest wolną od zmian chorobowych; także rogówka nie bierze udziału w procesie chorobowym. Mimo dłuższego nawet trwania nieżytu zmian na rogówce nie spotykamy. Obok tych dwóch wymienionych cech, t. j. anatomicznej postaci wyrośli spojówkowych i wykluczenia rogówki z procesu chorobowego, najbardziej znamiennym jest fakt, że owe zmiany chorobowe na spojówkach powiekowych występują tylko na jednem oku i to po tej stronie, po której się znajdują obrzękłe gruczoły chłonne. Na 20 przypadków spostrzegano wystąpienie wyrośli 11 razy na oku prawem, 7 razy na oku lewem, a tylko 2 razy na obu oczach.

Zachowanie się gruczołów chłonnych bywa rozmaitem. W siedmiu przypadkach, — a nadmienić muszę, że według Chaillousa, który w styczniu 1904 zebrał całą kazuistykę, dotyczącą tego przedmiotu, nie było ich do tego czasu więcej niż 20, — gruczoły chłonne uległy zropieniu i powodowały nawet lekkie podwyższenie ogólnej ciepłoty ciała. W większości jednak przypadków występował tylko obrzęk gruczołów chłonnych, gruczoły stawały się twarde i bolesne przy dotyku, oraz przy ruchach szczęki, utrzymywały się jeszcze czas dłuższy po ustąpieniu zmian chorobowych na spojówkach powiekowych, lub też uległy w następstwie dobrowolnie wessaniu.

W przypadkach późniejszych, ogłoszonych przez Stirlinga, Matysa, Goldzihera, oraz w przypadku, przez nas spostrzeganym, gruczoły chłonne uległy zropieniu i zostały usunięte drogą operacyjną.

To równoczesne spółistnienie obrzęku gruczołów chłonnych i zmian chorobowych na spojówkach powiekowych nadaje całej sprawie chorobowej odrębną cechę i stanowi zasadniczą jej istotę.

Głównemu temu zarysowi objawów chorobowych odpowiada w zupełności przypadek, przez nas spostrzegany:

Dnia 7 lutego 1905 zgłosiła się do oddziału ocznego szpitala powszechnego we Lwowie *Kr. M.*, 14-letnia dziewczyna ze wsi K. w powiecie złoczowskim. Zajęta była na wsi przy gospodarstwie, często także przy dojeniu krów. Nie przypomina sobie, żeby kiedykolwiek w dzieciństwie chorowała na oczy. Obrzękłe gruczoły chłonne szyjne miały wystąpić nagle tak, że ludzie z jej otoczenia zauważyli to, mówiąc, że dostała zołzów. Nie jest jednak w stanie określić dokładnie czasu, kiedy to się stało. Przed dwoma miesiącami zaczerwieniło się jej oko lewe i poczęło silnie łzawić. Leczyła się w domu okładami, u lekarza nie była.

[1] Rzecz przedstawiona na posiedzeniu naukowem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w dniu 3 marca 1905.

Niepewne wywiady, podane nam przez chorą, mogłyby wzbudzić podejrzenie, że przypadek obecny nie wchodzi w ramy podanego przez nas obrazu chorobowego. Przeważnie bowiem sprawa chorobowa przebiega w początkach dość ostro z wybitnymi objawami zapalnymi. Być może, że i w tym przypadku istniał ostry stan zapalny, gdyż chora zgłosiła się do nas już w kilka tygodni po ustąpieniu pierwszych objawów nieżytu spojówki. Czasami jednak objawy podmiotowe nieżytu tak są nieznaczne, że dopiero obrzęk gruczołów zwrócić może uwagę na zaburzenia chorobowe w oku. Przytaczam tu dosłownie odpowiedni ustęp z obszernej pracy Chaillousa: „Et les symptômes subjectifs de la conjonctivite infectieuse sont parfois si peu marqués, que l'adénopathie peut devenir le symptôme révélateur de l'affection conjonctivale“.

Stan zaś obecny oka lewego jest następujący:

Mierne opadnięcie powieki górnej. Spojówka chrząstkowa powieki górnej zasiana ziarniną i wyroślami znacznej wielkości i nieregularnej postaci tak silnie rozwiniętemi, że po odwinięciu powieki chora nie jest w stanie oka przymknąć bez pomocy. Wyrośle te barwy różowej wystają ponad powierzchnię spojówki na 3—5 mm. Podczas odwijania powieki i przy dotyku wyrośle te lekko krwawią. Spojówka powiekowa jest w całości obrzękła i zaczerwieniona; przy podwójnem zaś odwinięciu powieki górnej widać spojówkę załamka również lekko obrzękłą, lecz wolną zupełnie od wyrośli i ziarniny. Wydzielina z worka spojówkowego nieznaczna. W spojówce powieki dolnej liczne mieszki. Rogówka i spojówka gałkowa bez zmian. Bystrość wzroku i dno oka prawidłowe. Oko prawe nie przedstawia żadnych znaczniejszych zmian chorobowych. Przy badaniu przedmiotowem zauważyć można liczne przerosłe brodawki na spojówce powieki górnej i mieszki na spojówce powieki dolnej.

Gruczoły chłonne szyjne po stronie lewej znacznie obrzękłe, w postaci całego pakietu. Największy obrzęk wykazuje gruczoł podszczękowy, wysunięty najbardziej ku przodowi; jest on twardy, mało ruchomy i przy dotyku bolesny. W znacznie mniejszym stopniu są zajęte gruczoły przyuszne.

Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje nic nieprawidłowego.

1/III. Chora przez cały czas pobytu w szpitalu nie użala się na żadne dolegliwości ze strony oka. Wydzielina z worka spojówkowego ustąpiła. Leczenia właściwego nie zastosowano dla spostrzegania dalszego rozwoju choroby. Wkrapla się tylko 0·3% siarkanu cynkowego.

2/III. Wystąpiła bolesność i powiększenie obrzęku gruczołu szyjnego. Po kilku dniach jednak chwilowe podrażnienie ustąpiło.

11/III. Dokonano wycięcia przerosłej spojówki. Poprowadzono dwa podłużne cięcia, jedno równoległe do brzegu powiekowego, drugie tuż nad załamkiem i oddzielono skalpelem wyrośle spojówkowe od podstawy.

13/III. Obrzęk gruczołu podszczękowego znacznie się powiększył. Skóra nad nim zaczerwieniona, przy dotyku czuć wyraźne chełbotanie.

14/III. Chorą przeniesiono na oddział chirurgiczny; sekundaryusz oddziału Dr. Müller dokonał operacyi zropiałego gruczolaka chłonnego.

Preperaty drobnowidowe i hodowle z ropy i tkanki gruczolaka nie wykazały drobnoustrojów; czy zaszczepienie śwince morskiej da wynik dodatni, jest również wątpliwem. We wszystkich prawie przypadkach zropiałych gruczołów robiono tę próbę na gruźlicę, lecz zawsze z wynikiem ujemnym.

3/IV. Spojówka chrząstkowa powieki górnej przedstawia po kilkakrotnem przyżeganiu 1% azotanem srebra wejrzenie jednostajne spojówki o przerosłych brodawkach. Wydzieliny z worka spojówkowego brak. Opadnięcie powieki górnej zupełnie ustąpiło.

Chora opuściła szpital 18 kwietnia. (Dok. nast.)

II. Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych i ich znaczenie w naukach lekarskich.

Podali

Prof. W. Jaworski i **Dr. K. Flis**, asystent kliniki.

(Rzecz wykonana w czerwcu, lipcu i sierpniu 1904 w pracowniach kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell. R. Dw. Prof. Edwarda Korczyńskiego).

(Dokończenie).

Drugą metodą fizyologiczną jest metoda hematokrytowa, polegająca na zasadzie, iż ta sama ilość ciałek czerwonych w surowicy lub roczczynie soli, n. p. dwuchromianu potasowego, izotonicznym z surowicą, po scentryfugowaniu w kalibrowanej rurce włosowatej da słupek osadu ciałek czerwonych tak samo wysoki. Jeśli krew rozcieńczymy płynem hipotonicznym, wówczas ciśnienie osmotyczne surowicy się zmniejszy, ciałka napęcznieją, a słupek osadu będzie stosunkowo większy. Naodwrót: z wysokości słupka osadu możemy obliczyć ciśnienie osmotyczne tak surowicy, jak i różnych roczczynów soli. Wiele tego rodzaju pomiarów dokonał Koeppe (9)

Temi to metodami przekonano się, iż w ustroju zwierzęcym istnieją błony przepuszczalne i półprzepuszczalne, a udowadnia to jeszcze następujące doświadczenie:

Jeżeli jeden otwór rury szklanej zawiążemy błoną śluzową z jelita świńskiego, wypełnimy zgęszczonym roczczynem soli i wstawimy do wody przekroplonej, to słup wody w rurze nie podnosi się, a w wodzie przekroplonej wykazać możemy obecność soli. Zatem błona śluzowa jelita jest dla cząstek soli przepuszczalna.

Jeżeli zamiast poprzedniej użyjemy błony śluzowej żołądka, albo pęcherza, słup w naczyniu wewnętrznem podnosi się, chociaż nie w jednym stopniu. Są to więc błony półprzepuszczalne. Temi także metodami wykazano, jak wiele spraw życiowych podlega prawom ciśnienia osmotycznego, jak to ciśnienie osmotyczne w ustroju wywołuje te same zjawiska, jak w doświadczeniu fizykalnem.

Wyobraźmy sobie ustrój jako system komórek, otoczonych płynami i oddzielonych od nich błonkami, bądź to przepuszczalnemi, bądź półprzepuszczalnemi, posiadających, dzięki zawartym w nich solom, pewne ciśnienie osmotyczne, zbliżone do ciśnienia osmotycznego otaczających je płynów, a pojmiemy znaczenie zjawisk osmozy dla ustroju, którego dążnością jest wyrównanie różnic w ciśnieniu osmotycznem i sprowadzenie równowagi. Dążenie niedoścignione, bo nie możemy wyobrazić sobie ustroju ani chwili w okresie, w którymby nie odbywał się dowóz i odprowadzanie soli lub wody, a każda zmiana w ciśnieniu osmotycznem w jednem miejscu wywołuje cały szereg prądów osmotycznych, mających na celu sprowadzenie równowagi. Prawami ciśnienia osmotycznego tłómaczymy sobie dzisiaj znaczną część tej energii, jaką posiada ustrój, a jaką poznaliśmy w doświadczeniu Pfeffera, podnoszącą słup wody.

Prawom ciśnienia osmotycznego podlega w ustroju sprawa przemiany materyi, po części chłonienia, wydalania, wydzielania i wymiany gazów.

Wprawdzie nie wszystkie sprawy życiowe komórki są czysto fizykalnem zjawiskiem i na wytłómaczenie ich musimy przyjąć pewne własności żywotne komórki; jednak po-

znanie praw i zjawisk ciśnienia osmotycznego dozwala nam ocenić, o ile te sprawy życiowe odnieść należy do zjawisk fizykalnych. Heidenhein (10) przypisuje błonie śluzowej jelit pewne własności doboru i wpływ swoisty na chłonienie, które podlega nieznanym nam jeszcze prawom fizyki i chemii. Również nie da się w zupełności wytłómaczyć prawami fizykalnemi sprawa wydzielania przez gruczoły, sprawa wydzielania moczu, a teorya Korànyiego (11), tłómacząca wydzielanie moczu prawami fizykalnemi, okazała się niedostateczną.

Zapomocą metod fizyologicznych możemy studyować zachowanie się i sposób działania pewnych ciał na ustrój, spostrzegając bezpośrednio ich działanie na komórkę. Bardzo ciekawe pod tym względem badania przeprowadzał Overton (12) z ciałami narkotycznemi i rozczynami alkaloidów. Wykazał on, iż alkohol etylowy, chloroform, eter i wogóle ciała narkotyczne bardzo łatwo wnikają do komórek „tradeskancyi“, nie wywołując plazmolizy i że ta ich własność stoi w ścisłym związku z łatwą rozpuszczalnością w tłustych olejach, podczas gdy ciała w tłustych olejach nierozpuszczalne, a łatwo w wodzie rozpuszczalne, pomimo iż mają mniejsze drobiny, niż wymienione wyżej ciała narkotyczne, nie wnikają przez błonę komórkową. Tę zdolność zatem przenikania błony komórkowej tłómaczy pewnem powinowactwem do olejów. Wprawdzie nie wszystkie komórki zawierają tłuste oleje, ale za to zawierają ciała pokrewne olejom: lecytynę i cholestearynę. W największej ilości ciała te znachodzą się w komórkach mózgowych i wogóle układu nerwowego ośrodkowego i tem tłómaczy się działanie narkotyczne rozczynników tych ciał, jakiemi są narkotyki wogóle.

Bardzo ładnie bezpośrednio można spostrzegać pod mikroskopem wnikanie rozczynów alkaloidów w komórki roślinne „spirogyrów“, zawierające kwas garbnikowy, który alkaloid wnikający natychmiast strąca w postaci ziarenek. Tak samo na wyosobnionej komórce możemy wprzód badać działanie wszelkich innych leków, rozczynów soli, nim próbujemy stosować te leki.

Przytoczywszy tych kilka przykładów, wykazujących znaczenie badań fizykalno-chemicznych dla ustroju i dla spraw biologicznych, w nim się odbywających, przejdźmy do przedstawienia przynajmniej w ogólnym zarysie znaczenia tych badań dla wyjaśnienia działania rozczynów soli na sprawę osmozy w ustroju, tem samem zaś znaczenia ich dla balneologii.

Ponieważ najpospoliciej wody mineralne wprowadza się do ustroju drogą żołądka, rozważmy więc naprzód zachowanie się wody przekroplonej, a następnie rozczynów soli, jakimi są wody mineralne, w żołądku i przewodzie pokarmowym.

Idealnie chemicznie czysta woda przekroplona nie powinna zupełnie okazywać przewodnictwa elektrycznego. Otrzymanie jednak takiej wody jest w praktyce niemożliwe i każda woda przekroplona prąd przewodzi. Najwięcej do ideału zbliżoną okazała się według badań Koeppego (9) woda z lodu naturalnego, gorszą pod tym względem woda z lodu sztucznego.

W Gastein znajduje się źródło, nazwane „*Giftbrunnen*“, z którego woda wywołuje po wypiciu przypadłości gastryczne. Koeppe działanie jej toksyczne tłómaczy nie niską jej ciepłotą, lecz małem przewodnictwem elektrycznem, a zatem składem, zbliżonym do ideału wody przekroplonej. W niej mają komórki błony śluzowej żołądka ulegać takiemu pęcznieniu, iż giną. W tem znaczeniu uważa on wodę przekroploną jako truciznę protoplazmatyczną. W ten sam sposób tłómaczy i do tej samej przyczyny odnosi zaburzenia żołądkowe po połykaniu większej ilości lodu, zwłaszcza naturalnego.

Według badań Meringa (13), przeprowadzonych na psach, ściana żołądka ma być w pewnym stopniu przepuszczalna dla obojętnych drobin NaCl.

Co się tyczy działania i zachowania się rozczynów soli w ustroju, to cenne są pod tym względem badania Straussa (14), który żołądkowi prócz znanych czynności wydzielniczej, chłonnej i ruchowej przypisuje znacznego stopnia zdolność regulowania ciśnienia osmotycznego treści żołądkowej. To ciśnienie osmotyczne treści żołądkowej jest stale niższe od ciśnienia osmotycznego krwi. Podczas gdy dla krwi średnio $\Delta = -0{\cdot}56^0$, dla treści żołądkowej wynosi $\Delta = -0{\cdot}38^0$ do $-0{\cdot}43^0$. Zależnie od wypełnienia żołądka i szczytu trawienia wahać się ono może od $-0{\cdot}36$ do $0{\cdot}48^0$, a tylko w bardzo rzadkich wypadkach od $-0{\cdot}38^0$ do $-0{\cdot}55^0$.

Nie wdając się w szczegóły badań, wspomnimy jedynie, że Strauss na podstawie badań Kostkiewicza (15) i swych własnych nad rozczynami soli i wodami mineralnemi przekonał się, iż wyniki były identyczne i doszedł do następujących wniosków:

1) Wody hipertoniczne przebywają *ceteris paribus* w żołądku dłużej, aniżeli izotoniczne, a te dłużej, niż hipotoniczne.

2) Wolny kwas solny zjawia się po wodach hipotonicznych wcześniej i wydziela się w większej ilości, aniżeli po izo- i hipertonicznych.

3) W pewnych granicach zjawiska te ulegają indywidualnym wahaniom.

4) Przy wodach hipertonicznych występuje najpierw w żołądku wydzielanie celem rozcieńczenia, podczas gdy wydzielanie swoiste, wytwarzające HCl, rozpoczyna się dopiero, gdy ciśnienie osmotyczne treści żołądkowej obniżyło się do pewnej granicy.

5) Zdolność żołądka do wytwarzania HCl nie wpływa wyraźnie na zależność przebywania danej wody w żołądku od obniżenia jej punktu marznięcia.

Na podstawie tych ogólnych prawideł wysnuć można wnioski szczegółowe co do wskazań leczniczych poszczególnych wód, w które tutaj trudno się wdawać. Wspomnimy jedynie, że za podstawę podziału wód pod względem ciśnienia osmotycznego przyjąćby należało izotonię nie w stosunku do krwi, lecz w stosunku do treści żołądkowej, czyli — jak ją Strauss skreślił — gastroizotonię i przyjąć, że, wody, wyliczone w tablicy od Nr. 1 do 20, są gastrohipertoniczne; od 21—30 gastroizotoniczne, reszta gastrohipotoniczne. Stąd też uwidocznia się przeciwwskazanie do używania wód gorzkich przy stanach niedomogi ruchowej żołądka, a natomiast nieszkodliwość na atoniczny żołądek wód żelezistych, np. w blednicy. Stąd widocznem jest także korzystne działanie w niektórych przypadkach wód t. zw. stołowych, które mając małe Δ, przyczyniają się do obniżenia ciśnienia osmotycznego treści żołądkowej i szybszego jej wydalenia do dalszych części przewodu pokarmowego.

Według Zikela (16) zwiększenie ciśnienia osmotycznego w jelitach ułatwia chłonienie treści jelitowej. Strauss (17) badał ciśnienie osmotyczne limfy i przekonał się, że ani większe ilości wprowadzonej wody, ani soli, ani wreszcie używanie wód mineralnych w ciągu 20 dni, czy to hipo-, czy to hipertonicznych, na jej ciśnienie osmotyczne nie wpływają.

Ten fakt przypisuje powyżej właśnie wspomnianej czynności regulacyjnej żołądka.

Badanie ciśnienia osmotycznego żółci u człowieka z przetoką żółciową przez tegoż autora pod wpływem NaCl, dało $\Delta = -0·60^0$ do $-0·65^0$. Jest to ciśnienie osmotyczne wysokie, jakie jedynie moczowi jest właściwe; stąd też Strauss przypisuje wydalinom większy wpływ na regulacyę ciśnienia osmotycznego w ustroju, aniżeli wydzielinom.

Działanie wód, roztworów soli i wód mineralnych na ciśnienie krwi było przedmiotem badania wielu autorów, z których jedni, jak n. p. Koeppe, Engelmann, Hughes i Rothschild, Grube uważali podniesienie Δ krwi po roztworach soli, a obniżenie po wprowadzeniu wody do ustroju. Natomiast Strauss i Grossmann (18), pomimo skrupulatnie przeprowadzonych doświadczeń, wpływu żadnego nie dostrzegali. Badania wpływu roztworów soli, jak wogóle cała kryoskopia moczu, posiada już pokaźne piśmiennictwo.

Co się tyczy wpływu kąpieli mineralnych, to według Rothschilda i Hughesa (19) wpływ kąpieli hipertonicznych dla krwi ma wywoływać podniesienie ciśnienia osmotycznego krwi, zaś wpływ kąpieli słodkich — obniżenie.

Streszczając dotychczasowe wyniki badań fizykalno-chemicznych, zaznaczamy, że znaczenie ich dla balneologii przez oświetlenie wielu spraw fizyologicznych, odbywających się w ustroju, polega głównie na możności poznania i zrozumienia ogólnych dla nich wskazań leczniczych, a pod względem składu chemicznego wód dozwala łatwym sposobem sprawdzić, czy nie uległy zmianie. Natomiast metody fizykalno-chemiczne nie są zdolne do wykazania różnicy między wodami rodzimemi a sztucznemi, jak to przypuszczał Koeppe i nie dozwalają tak wniknąć w szczegóły ich składu chemicznego, aby go można było wyrażać w jonach.

Przedstawiając skład chemiczny wody mineralnej w jonach, nie uwzględnia się znacznej ilości drobin, jeszcze nie rozszczepionych. Zatrzymując dotychczasowe przedstawienie wód mineralnych w drobinach, nie uwzględnia się znów rozszczepienia pewnej ilości drobin. Obydwa więc sposoby przedstawiania składu wód są wadliwe. Wobec tych trudności najlepiej więc uczynimy, gdy zostaniemy jeszcze przy dawnym sposobie oznaczania składu wód, gdyż ono odpowiada przynajmniej jeszcze składowi suchej pozostałości soli, jaką otrzymamy po wyparowaniu wody mineralnej, a nadto dozwala lekarzowi łatwo odgadnąć działanie farmakodynamiczne poszczególnej wody. Praktykowany już obecnie sposób pisania składu wód obcych w jonach uważać należy jako jeszcze nie uzasadniony i jedynie chyba służący dla celów reklamy.

W końcu uważamy za miły obowiązek zaznaczyć, iż niemal wszystkie zdrojowiska, do których zwróciliśmy się o wody, chętnie potrzebną ilość do zbadania nadesłały (jedynie Busk odpisał, iż nie uważa za potrzebne poddać wód swoich badaniom), za co im na tem miejscu podziękowanie składamy.

Piśmiennictwo. 1. de Vries: Eine Methode zur Analyse der Turgorkraft. (Jahrbücher für wissenschaftliche Botanik. 14 Bd. 1884). — 2. Pfeffer: Osmotische Untersuchungen. Leipzig 1877. — 3. van t'Hoff: Die Rolle des osmotischen Druckes in der Analogie zwischen Lösungen und Gasen. (Zeitschrift für physikalische Chemie. 1887) — 4. Arrhenius: Ueber die Dissoziation der in Wasser gelösten Stoffe. (Zeitschrift f. physik. Chemie. 1 Bd. 1887). — 5. Lüpke: Grundzüge der Elektrochemie. Berlin 1903. — Ostwald-Luther: Physiko-chemische Messungen. Leipzig 1902. — 6. Praschil: Wpływ wody truskawieckiej zwanej „Naftusia“ na przemianę materyi u ludzi zdrowych i dotkniętych skazą moczanową. (Przegląd lekarski. Kraków 1904). — 7. Hamburger: Osmotischer Druck und Jonenlehre. Wiesbaden 1902. 8. Limbeck: Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. Jena 1896. — 9. Koeppe. Physikalische Chemie in der Medicin. Wien 1900. — 10. Heidenhein: Neue Versuche über die Aufsaugung im Dünndarm. (Pflüger's Archiv für Physiologie. Bd. 56 1894). — 11. Koranyi: Zur Theorie der Harnabsonderung. 1894. Beitrag zur Lehre der Harnabsonderung. Cytowany przez Landaua; krytyka: Nowa teorya Koranyiego powstawania moczu w świetle faktów i krytyki. (Gazeta Lekar. 1902 Nr 36—38). — 12. Overton: Studien über die Narcose. Jena 1901. — 13. Mering: Ueber die Function des Magens. Verhandl. des XII Congresses f. innere Medicin. — 14. Strauss: 1) Ueber Beziehungen der Gefrierpunktserniedrigung von Mineralwässern zur Motilität und Secretion des Magens. (Therap. Monatshefte. 1899. XI). 2) Zur Function des Magens. Verhandl. des XVIII. Congresses f. innere Medicin. Wiesbaden 1900. — 15. Kostkiewicz: Die Gefrierpunktserniedrigung der verschiedenen Mineralwässer auf den osmotischen Druck des menschlichen Blutes. (Therap. Monatsh. XI. 1899). — 16 Zikel: Der neuere Stand der klinischen Osmologie. (Zentralblatt f. inn. Med. 1904. Nr. 25). — 17. Strauss: Ueber osmotische und chemische Vorgänge am menschlichen Chylus. (Deutsche med. Wochenschr. 1902 Nr. 37. 38). — 18. Grossmann: Ueber den Einfluss von Trinkcuren mit Mineralwässern auf den osmotischen Druck des menschlichen Blutes. (Deutsche med. Wochenschr. 1903. Nr. 16). — 19. Hughes: Einfluss der Mineralbäder auf den osmotischen Druck des Blutes. Cyt. przez Grossmanna.

Nadto uwzględniono następujące publikacye i prace:

20. Aleksandrowicz Adolf: Rozbiór chemiczny dwóch źródeł wody siarczanej krzeszowickiej. Kraków 1871. — 21. Daniewski Włodzimierz Dr.: Solec. Warszawa 1896. — 22. Dębicki Klemens Dr.: Iwonicz w r. 1900. Lwów 1900. — 23. Flis Kazimierz Dr.: Badania fizykalno-chemiczne wód leczniczych normalnych prof. W. Jaworskiego. (Medycyna 1905). — 24. Górski Ksawery Dr.: Szczawnica 1904. — 25. Heintz: Handbuch der experimentellen Pathologie und Pharmacologie. Bd. I. 1. Jena 1904. — 26. Isajew S. N. Dr. Kratkij oczerk razwytia Buskych Mineralnych Wod. Kilci 1904. — 27. Korczyński L.: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej. Kraków 1900. — 28. Krzyżanowski Edward Dr.: Poradnik dla leczących się w Truskawcu. Jasło 1902. — 29. Lemberger Ignacy Dr.: Rozbiór chemiczno-bakteryologiczny wód studziennych miasta Krakowa. Kraków 1899. — 30. Pelczar Zenon Dr.: Truskawiec. Drohobycz 1900. — 31. Piotrowski Adam Tymoteusz Dr.: Wysowa w Galicyi. Gorlice 1902. — 32. Popiel Władysław: Lubień. — 33. Sławinek. Lublin. — 34. Swoszowice. Kraków 1896. — 35. Trochanowski K. prof.: Rozbiór chemiczny wody lekarskiej w Żegiestowie. Kraków 1898. 36. Wąsowicz Zygmunt Dr.: Krynica. Kraków 1901. — 37. Weinberg A.: Zdrojowiska żeleziste w Nałęczowie (Gazeta lekar. 1881). — 38. Zanietowski Józef Dr.: Sanatoryum i zakład kąpieli siarczanych Swoszowice. Kraków.

III. Z pracowni bakteryologicznej prof. J. Nowaka w Krakowie.

O pasteryzacyi mleka dla niemowląt.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński

asystent kliniki chorób dziecięcych prof. Jakubowskiego w Krakowie.

Ciąg dalszy).

Zanim przejdę do wniosków, jakie z powyżej wyszczególnionych faktów dadzą się wyprowadzić, pragnę dotknąć jeszcze jednego punktu, któremu przy pasteryzacyi mleka

przypisują ogólnie duże znaczenie, mianowicie nagłego oziębiania mleka. Jak najszybsze oziębienie mleka natychmiast po ukończonym zabiegu pasteryzacyi jest niewątpliwie w zupełności usprawiedliwione; w razie zaniedbania tego postępowania mleko, stygnąc powoli, pozostawałoby przez pewien czas w ciepłocie, stanowiącej *optimum* rozwoju dla pozostałych przy życiu zarodników: następowałoby zatem ponowne zakażenie mleka. Inna rzecz jednakże, czy temu nagłemu przeskokowi od wysokiej do nizkiej ciepłoty mamy przypisać zabójczy wpływ na bakterye, a nawet — jak chcą niektórzy autorowie — na zarodniki. W doświadczeniach, przytoczonych poprzednio, zwracałem szczególną uwagę na znaczenie nagłego oziębienia w stosunku do granic obumierania bakteryi. Oziębiania dokonywałem w ten sposób, iż probówki wyjęte z łaźni wodnej zanurzałem wprost w wodzie wodociągowej. Ponieważ probówki te zawierały po 10 do 12 sz. cm. mleka, zatem oziębienie, uzyskane w ten sposób, jest bez porównania szybsze, niż to jest możliwem do osiągnięcia przez zanurzanie w wodzie flaszeczek 150—200 gramowych, jak to ma miejsce w przyrządach do pasteryzacyi. Mimo to nie przekonałem się bynajmniej, ażeby oziębianie to miało wpływ na przyśpieszenie zabicia bakteryi; jak widzieliśmy, opierały się one, ogrzewane w mleku, działaniu stosunkowo bardzo wysokiej ciepłoty, pomimo nagłego oziębienia. Również kilka doświadczeń, w których zamiast wody wodociągowej użyłem wody lodowatej, nie potwierdziły przypuszczenia o wpływie nagłego oziębienia na obumieranie bakteryi.

Wszystkie te przedstawione powyżej fakta wikłają zagadnienie pasteryzacyi w znacznym stopniu. Przytoczone poprzednio teoretyczne rozumowanie zwolenników tej metody opierało się na ogólnych wiadomościach o odporności drobnoustrojów, nie uwzględniało zaś dostatecznie specyalnych warunków, jakie różnią pasteryzacyę mleka od doświadczeń, dokonanych na hodowlach. Prawda, że do zabicia bulionowej hodowli n. p. laseczki okrężnicy wystarcza już bardzo krótkie ogrzanie do 55⁰: jednakże mleko przedstawia się nam w prawidłowych warunkach, jako pożywka zakażona świeżo, a zatem do wyjałowienia znacznie trudniejsza; prócz tego płyn ten sam przez się posiada własności fizykalne, sprzyjające odporności drobnoustrojów, warunki, które powiększa jeszcze obecność znacznej ilości tłuszczu. Ażeby osiągnąć zatem wyjałowienie mleka przez pasteryzacyę, musimy uciekać się do ciepłoty stosunkowo wysokiej lub długo trwającej.

Czy wobec tego należy uważać za możebne oczyszczenie zapomocą pasteryzacyi mleka pod względem bakteryologicznym bez naruszenia biologicznych własności tego płynu? Hippius na podstawie swych badań nad fermentami mleka i innemi jego własnościami dochodzi do wniosku, iż pasteryzacya, zamierzająca własności te utrzymać nienaruszone, nie powinna przekraczać ogrzewania, trwającego 1 godzinę w ciepłocie 60⁰; w tablicy tego autora, przytoczonej poprzednio, widzimy również, iż większość biologicznych własności mleka ginie już przy b. krótkiem ogrzaniu do 75⁰. Tymczasem z doświadczeń moich wynika, iż zabicie laseczki okrężnicy w mleku (zbieranem) wymaga jednorazowego ogrzania do 84⁰, $3^1/_2$ min. ogrzewania w ciepłocie 75⁰, zaś 78 minutowego ogrzewania w ciepłocie 60⁰. Z zestawienia tego wypływałoby zatem, iż zabicie w mleku działaniem ciepłoty wszystkich bezzarodnikowych bakteryi nie da się osiągnąć bez naruszenia własności biologicznych tego płynu: przeciwnie, mamy prawo przypuszczać, iż przy zabiegu tym przeważna część własności „żywego" mleka ulegnie zniszczeniu, część zaś znacznemu osłabieniu.

Wobec faktu, iż równoczesne urzeczywistnienie tych dwóch postulatów, zamierzonych przez pasteryzacyę, zdaje się być niepodobieństwem, byłoby pożądanem jasne zdanie sobie sprawy, które z tych dwóch dążeń mamy poświęcić, a które zatrzymać. W przeciwnym razie, dążąc do ideału niepodobnego do urzeczywistnienia, mogłaby łatwo pasteryzacya nie osiągnąć żadnego z zamierzonych celów: następstwem zabiegu tego, stosowanego nieumiejętnie, może być łatwo pozbawienie mleka jego własności biologicznych, przy równoczesnem pozostawieniu przy życiu znajdujących się w tym płynie bakteryi: wynik wręcz przeciwny do tego, co było zamierzone.

Jednakże nie na tych wnioskach, tak niekorzystnych dla zasady pasteryzacyi, mam zamiar zakończyć. Pragnę zastanowić się nad inną stroną tej kwestyi: mianowicie, czy uzasadnionem i nieodzownem jest dążenie do bezwarunkowego zabicia w mleku wszystkich w niem znajdujących się bezzarodnikowych bakteryi? Warunek ten — jak się zdaje — był dotychczas wymaganym od pasteryzacyi mleka dla niemowląt z całą ścisłością: dowodem tego jest między innemi krytyka [18]), z jaką spotykają się odnośne przyrządy, jeżeli po pasteryzacyi mleko nie okaże się w tym kierunku zupełnie jałowe. Jednakże wiemy skądinąd, że ogrzewanie danej bakteryi poniżej stopnia ciepłoty, stanowiącego kres dla jej życia, nie jest dla niej bynajmniej obojętne; na tej zasadzie opartą jest przecież jedna z metod osłabienia hodowli, służących do uodparniania. Interesującem zatem byłoby przekonać się, jaki wpływ ma takie ogrzewanie, niedostateczne do zabicia bakteryi, na jej własności życiowe.

Ażeby się przekonać, o ile ogrzewanie wpływa na zdolności wzrostu i rozmnażania się danej bakteryi, wykonałem następujące doświadczenie:

Szereg probówek z mlekiem zakażonych równą ilością (po 1 oczku) hodowli laseczki okrężnicy ogrzewałem do 70⁰ przez 2, 5, 8, 10 i 12 minut. Następnie wstawiłem probówki te na 4 godziny do cieplarki, po upływie tego czasu przeniosłem z każdej probówki po 1 oczku do roztopionego agaru i wylałem płytki. Płytki te (przechowywane cały czas w cieplarce), oglądane po 17 godzinach, przedstawiały się następująco: płytka użyta do kontroli (zaszczepiona w ten sam sposób, tylko z mleka nieogrzewanego) zarosła niezmiernie obficie. Inne płytki wszystkie jałowe.

Po 4 dniach: płytka z mleka ogrzewanego 2 minuty: kilkadziesiąt drobnych kolonii.

Płytka z mleka ogrzewanego 5 minut: kilka kolonii.

Dalsze płytki zupełnie jałowe.

Równoczesne szczepienie na bulion wykazało, iż jedynie mleko, ogrzewane przez 12 minut, zostało wyjałowione; we wszystkich innych *b. coli* znajdował się w stanie żywym.

W następnem doświadczeniu starałem się przekonać, w jakiej ciepłocie zaczyna się to zahamowanie własności rozwoju bakteryi:

[18]) Theo Natanson: Ueber den Milchpasteurisirapparat von Dr. E. Kobrak. „Berl. klin. Wochsch.", 1903, Nr. 2.

Szereg probówek z mlekiem, zakażonem równą ilością hodowli *b. coli*, ogrzewałem w łaźni wodnej jednorazowo do różnej wysokości. Następnie wstawiłem je do cieplarki i po 4 godzinach wylałem płytki, jak poprzednio. Po 24 godzinach płytki przedstawiały się następująco:

Płytka użyta do kontroli zarosła obficie.

Płytki z mleka ogrzanego jednorazowo do 40, 44, 48, 52° zarosły również obficie tak, iż pomiędzy niemi, a użytą do kontroli, prawie niema różnicy; natomiast płytka z mleka ogrzanego do 56° przedstawia bardzo nieliczne kolonie; płytki 60° i wyżej zupełnie jałowe.

Po 3 dniach płytki 60° i 65° przedstawiają pod mikroskopem po kilka kolonii; płytki z mleka ogrzanego powyżej tej ciepłoty są zupełnie jałowe.

Doświadczenia te dowodzą niewątpliwie, iż już ciepłota, która co do wysokości, lub co do czasu trwania bardzo jest oddalona od granicy żywotności danej bakteryi, upośledza bardzo wybitnie jej zdolność rozwoju, a nawet przy mniej korzystnych warunkach podłoża (pożywka stała) zdolność tę prawie zupełnie poraża. Widzieliśmy poprzednio, że ogrzewanie laseczki okrężnicy w mleku w ciepłocie 60° przez 75 minut nie wystarcza, aby ją zabić w zupełności: natomiast już jednominutowe ogrzewanie w tej samej ciepłocie okazało się wystarczającem, aby własności życiowe tego prątka obniżyć bardzo wybitnie. Toż samo przy jednorazowem szybkiem ogrzewaniu opiera się *b. coli* ciepłocie 84°, natomiast, jak widzieliśmy, zdolność rozwoju jego i rozmnażania się ulega już przy 60° znacznemu upośledzeniu.

Równolegle z tem obniżeniem własności rozwoju bakteryi zmniejsza się przez ogrzewanie ich zdolność ścinania mleka. Zjawisko to można spostrzegać na mleku wyjałowionem, zakażonem n. p. laseczką okrężnicy: mleko takie (nieogrzane) ścięło się w cieplarce po 36 godz., podczas gdy ogrzewanie przez 10 min. w ciepłocie 68° opóźniło ten czas do 70 godzin. Opóźnienie to występuje jednak o wiele wybitniej przy przechowywaniu mleka w ciepłocie pokojowej, a zatem w warunkach znacznie bardziej zbliżonych do rzeczywistych warunków zastosowania praktycznego.

Szereg czystych probówek napełniono świeżem zbieranem mlekiem i po ogrzaniu w łaźni wodnej do rozmaitej ciepłoty pozostawiono w pokoju blizko okna. Zachowanie się mleka było następujące:

mleko nieogrzewane ścięło się po 64 godzinach;

mleko ogrzane do 45° i 50° ścięło się około 96 godzin (po 4 dniach); serwatka wydzieliła się po 5 dniach;

mleko ogrzane do 55° i 60° zaczyna się ścinać po 5 dniach, po 6 dniach ścięte zupełnie;

mleko ogrzane do 70° ścięte po 10 dniach;

„ „ do 75° ścięte po 12 dniach.

Ważnem jest, ażeby mleko poddane było ogrzaniu w stanie o ile można świeżym, gdyż w przeciwnym razie wpływ ogrzewania na opóźnienie skwaśnienia mleka występuje o wiele mniej wyraźnie. Przekonałem się o tem w innem doświadczeniu, w którem poddane ogrzewaniu zostało mleko o smaku i zapachu silnie kwaskowatym:

po 48 godzinach ścięło się mleko świeże, jakoteż mleko, ogrzewane do 45, 50 i 55°;

po 72 godzinach ścięło się mleko, ogrzewane do 60, 65, 70, 75, 80°.

Ze spostrzeżeń tych wynikają następujące wnioski:

Przedewszystkiem przytoczone fakta zmniejszają w bardzo znacznym stopniu praktyczną doniosłość zarzutów, skierowanych przeciw przyrządom do pasteryzacyi, w razie jeżeli po zabiegu pasteryzacyi mleko nie okaże się zupełnie wolnem od drobnoustrojów. Ogromna większość drobnoustrojów, zawartych w mleku, nie należy do chorobotwórczych i ma znaczenie o tyle tylko, o ile drobnoustroje te powodują w mleku niepożądane zmiany chemiczne. Jak widzieliśmy, ogrzanie mleka już poniżej ciepłoty, potrzebnej do zabicia wszystkich jego bakteryi, opóźnia występowanie tych zmian w sposób, dla praktycznych warunków najzupełniej wystarczający. Toż samo odnosi się również do znajdujących się ewentualnie w mleku bakteryi chorobotwórczych. Wykazałem poprzednio, jak znacznemu upośledzeniu własności życiowych ulegają drobnoustroje już po 1-minutowem ogrzewaniu do 60°; trudno zatem przypuścić, aby bakterye te po 1-godzinnem działaniu tej ciepłoty (jak n. p. w przyrządzie Kobraka) mogły przedstawiać jakiekolwiek niebezpieczeństwo. O ile zatem po zabiegu pasteryzacyi mleko nie dostanie się znowu w warunki, sprzyjające rozwojowi pozostałych przy życiu bakteryi, t. j. o ile będzie przeniesione bezpośrednio po dokonaniu zabiegu do nizkiej ciepłoty i w niej aż do chwili spożycia pozostanie, naówczas tak znaczne osłabienie własności życiowych drobnoustrojów mleka możemy uważać pod względem praktycznym za równoznaczne z ich zabiciem. Twierdzenie to będę miał sposobność poprzeć w dalszym ciągu przykładami.

Z faktów tych wynikałoby następnie, że w samej zasadzie pasteryzacyi możemy posunąć się o stopień dalej. Poprzednio już przytoczyłem spostrzeżenia, wzbudzające poważne wątpliwości, czy możliwem jest wytępienie w mleku wszystkich w niem przebywających bakteryi bez równoczesnego zniszczenia biologicznych własności tego płynu: otóż rozwiązanie tej sprawy stałoby się nietylko możliwem, lecz i łatwem do przeprowadzenia, gdybyśmy odstąpili od dążenia do zupełnego zabicia tych bakteryi, a poprzestali świadomie na osłabieniu ich żywotności i uczynieniu ich nieszkodliwemi. Do tego celu wystarczyłoby zupełnie użycie ciepłoty, przy której — według naszych obecnych wiadomości — tak fermenty, jak i inne biologiczne własności surowego mleka pozostają nienaruszone. Postępowanie to nie byłoby zatem ściśle biorąc pasteryzacyą mleka w dzisiejszem rozumieniu tego określenia; dla odróżnienia należałoby je raczej nazwać pasteryzacyą mleka „względną“.

Jeżeli zestawimy praktyczne cele, do których dążyłaby w ten sposób pojęta pasteryzacya „względna“, z przytoczoną powyżej publikacyą Behringa, to widzimy, iż zapomocą tego zabiegu możemy osiągnąć to wszystko, co Behring starał się uzyskać zapomocą formaliny. Nieznaczny odsetek formaliny, dodawany do mleka, również nie miał na celu zabicia bakteryi, lecz jedynie zahamowanie ich rozwoju i zdolności zmieniania mleka. Zapomocą pasteryzacyi „względnej“, czyli zapomocą ogrzewania mleka nieco poniżej granicy ciepłoty, która powoduje w tem środowisku zupełne obumarcie drobnoustrojów, możemy, jak to wykazałem poprzednio, urzeczywistnić te same żądania, unikając równocześnie niekorzystnych następstw dodawania do mleka ciała chemicznego, którego obecność dla mleka, jak również dla ustroju dziecka, niemoże być i nie jest obojętna.

Sądzę zatem, że przy zachowaniu pewnych warunków,

zabieg ten prosty i łatwy mógłby w zupełności uczynić zadość wyszczególnionym poprzednio postulatom i przyczynić się do rozwiązania jednego z ważnych punktów kwestyi sztucznego żywienia niemowląt.

Jakież byłyby te warunki i wskazania dla stosowania takiej względnej pasteryzacyi mleka? Rzecz prosta, iż wynik, osiągnięty zapomocą tego postępowania, będzie tem doskonalszy, im mniej drobnoustrojów zawierać będzie mleko po wydojeniu, im szybciej po udojeniu poddane zostanie ogrzaniu z następowem nagłem oziębieniem i im dokładniej przestrzeganem będzie przechowywanie mleka w nizkiej ciepłocie aż do chwili spożycia, które powinno nastąpić najpóźniej w przeciągu 24—30 godzin od chwili podoju i — o ile możności — w tem samem naczyniu, w którem zabieg pasteryzacyi został uskuteczniony. Są to warunki, które, — ściśle biorąc, — obowiązują przy każdem niezupełnem wyjaławianiu mleka; tutaj jednak musiałyby być zachowane z większą, niż gdziekolwiek, dokładnością pod grozą narażenia dziecka na poważne niebezpieczeństwa. Dlatego też zabieg pasteryzacyi **względnej** wskazanym byłby przedewszystkiem dla wzorowych instytucyi, poświęconych sztucznemu żywieniu: instytucyi, które rozporządzając mlekiem pewnem, świeżem i czysto wydojonem, nie mogą jednakże ze względów praktycznych przeprowadzić w zbieraniu mleka aseptyki zupełnie ścisłej, pozwalającej na podawanie niemowlęciu tego pokarmu w stanie surowym. Natomiast tam, gdzie, — jak zwykle w pospolicie spotykanych warunkach sztucznego żywienia, — mamy do czynienia z mlekiem wątpliwem, o niewiadomym czasie i czystości udoju, tam najbezpieczniej będzie wyrzec się pasteryzacyi wogóle, a poprzestać na przyrządzie Soxhleta, lub uświęconem tradycyą gotowaniu, tem bardziej, że w tych przypadkach, wobec opłakanych innych warunków mleka, kwestya utrzymania biologicznych własności tego pokarmu schodzi na plan bardzo daleki.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. O współczesnej epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Europie środkowej. (*La Semaine medicale*, Nr. 18, 1905). Choroba ta znana jest we Francyi od blizko wieku. Wiadome jest jej istnienie w tym kraju w roku 1837, oraz silniejsze wybuchy w latach 1895 i 1899. W Szwecyi była epidemia w roku 1854, w Stanach Zjednoczonych Ameryki 1862—1864. W Niemczech, po wielkiej epidemii, wyszłej ze Śląska w roku 1863, wybuchały sporadycznie ogniska niewielkie, przeważnie po zimie i na wiosnę, bez niepokojącego charakteru. Punktem wyjścia obecnej epidemii był Śląsk pruski, a mianowicie regencya Opola. Z końcem listopada roku 1904 zaczęły się przypadki tej choroby mnożyć, a epidemia mimo usiłowań zapobiegawczych szerzyła się coraz bardziej tak, że z końcem marca b. r. objęła 22 okręgów wspomnianej regencyi opolskiej i 6 okręgów Wrocławia, oraz sam Wrocław. W tym okresie blizko 4-miesięcznym pojawiło się 1088 przypadków tej choroby z 582 przypadkami śmierci. Jak zazwyczaj choroba ta dotknęła głównie wiek dziecięcy: na dorosłych przypadało 10·8% na dzieci 89·2% zachorowań. W tej liczbie 57% u dzieci poniżej lat siedmiu. Natura epidemii nie ulegała wątpliwości, skoro prof. Lingelhaim stwierdził w 760 przypadkach dwoinki Weichselbauma-Fränkla. U chorych, dotkniętych tem cierpieniem, tętno bardzo często bywało nietylko nie wolniejsze ale nawet przyspieszone. Epidemia, szerząc się silnie w kwietniu objęła inne okręgi Śląska pruskiego i przeszła na Śląsk austryacki i do Galicyi, którą silniej nawiedziła, aniżeli Śląsk. Od 31-go stycznia do 8 kwietnia w roku 1905 było w Galicyi 437 przypadków z 188 przypadkami śmierci i w tym czasie objęła epidemia 78 gmin, a 21 powiatów. Mimo zwiększania się liczby dotkniętych powiatów liczba przypadków chorobowych nie rosła odpowiednio, albowiem 26 kwietnia w całej Galicyi miało pozostawać 33 chorych w leczeniu, a przez przeciąg tygodnia nie zdarzył się nowy przypadek schorzenia. Dalej przeszła choroba do Królestwa polskiego (Sosnowice, Łódź). Dość liczne przypadki pojawiły się w garnizonie w Mińsku. W międzyczasie epidemia porobiła znaczne postępy w Niemczech, nie szerząc się jednak sposobem zwyczajnym, lecz występując nagle równocześnie w różnych prowincyach północno-zachodnich państwa niemieckiego. Z przebiegu tego można wyciągnąć wniosek, że nie jest to właściwie szerzenie się epidemii, lecz czasowe groźne wzmożenie się choroby zakaźnej, istniejącej w stanie endemicznym. Dodatkowo zaznaczyć należy, że nietylko w Europie środkowej panuje ta groźna epidemia, lecz że grasuje też ona od kilku miesięcy w Stanach Zjednoczonych, a i w Anglii spostrzegano pojedyncze przypadki w różnych stronach kraju.

Dr. Blassberg.

Doc. Dr. **Lommel. W sprawie leczenia białaczki prawdziwej i wrzekomej promieniami Roentgena.** (*Münch. med. Woch.*, 1905, Nr. 19, str. 904). Przypadek białaczki szpikowej, dotyczący 27-letniego wieśniaka, leczony był X-promieniami od 14 listopada 1904. W chwili rozpoczęcia leczenia naliczano we krwi 3,188.000 krwinek czerwonych, 554.000 białych i 65% hgb. Wśród codziennego naświetlania aż do 23. XII 1904 spadła ilość krwinek białych do 158.600, a po przerwie 12-dniowej leczenia dn. 5. I 1905 okazywała krew tylko 30,860. Dalsze leczenie znowu obniżyło liczbę leukocytów do 12,240, która to ilość, mimo miesięcznej przerwy w leczeniu, opadła dalej do 10,260. Liczba leukocytów stała się wreszcie prawidłową. Uwagi godną jest w tym przypadku ta okoliczność, że mimo przerwy w naświetlaniu liczba krwinek białych opadała. Co się tyczy krwinek czerwonych, to liczba ich z 3,188.000 wzrastała stale, doszła wreszcie sumy 5,760.000. Śledziona, z początku olbrzymia, zmalała do granic prawidłowych. Ciężar ciała się podniósł o 5,7 kg., chory wrócił do sił i „zdrowia“, stał się zdolnym do pracy. Równie korzystnie zmienił się obraz krwi. Myelocytów dnia 17. II 1905 nie było we krwi; później znowu się zjawiły, ale tylko 0,7% (pierwotnie było ich 37,3%). Autor leczył także naświetlaniem przypadek białaczki rzekomej u 9-miesięcznego dziecka, chorego od 6 miesięcy. Śledziona była olbrzymia, wątroba powiększona, stosunek krwinek białych do czerwonych przeciętnie 1:6 do 1:10. Z krwinek białych przeważnie limfocyty. Stan jego bez leczenia się poprawił, jednak w chwili, kiedy chorego poddano leczeniu, liczba krwinek czerwonych wynosiła 3½ miliona, 30% hgb., krwinek białych 48,960. Naświetlano po 3 minuty 2 razy tygodniowo przez mniej więcej 1½ miesiąca. Liczba krwinek białych spadła na 6,820, czerwonych podniosła się na przeszło 4 miliony, a hgb. z 30% na 40%. Śledziona zmalała, dziecko zaczęło chodzić, liczba limfocytów procentowo opadła z 65% na 47, wielojądrzastych neutrofilnych zaś podniosła się z 31% na 51%. Autor w dopisku zwraca uwagę, że matka i dwoje z rodzeństwa tego dziecka mieli powiększoną śledzionę, zaś z tych dwojga rodzeństwa siostra podobno wyraźne, choć nie w tym stopniu zmiany w krwi. W obu powyższych przypadkach leczono tylko promieniami Roentgena. Dziecko w jakiś czas potem zmarło na zapalenie płuc. Badanie drobnowidowe śledziony wykazało jakby wypłókanie miąższu z podłoża łączno-tkankowego śledziony. Przy końcu pracy swej wspomina autor o przypadku ostrej białaczki gruczołowej u 28-dniowego dziecka, które zmarło po 2 dniach spostrzegania. Stosunek krwinek białych do czerwonych 1:1,03. W śledzionie znaleziono wśród skąpych beleczek tkanki łącznej olbrzymie gromady krwinek białych, wskutek czego budowa śledziony zupełnie się zatarła. To samo było w wątrobie, nerkach i szpiku kostnym. Z przyczyny, że ciężkie zmiany widziano u dziecka już w dniu jego urodzin, przypuszcza autor, że sprawa chorobowa powstała w życiu płodowem. Dla choroby dziecka nie dała się wykazać żadna przyczyna. W dopisku podaje autor, że wieśniak, o którym mowa na początku, chory na białaczkę szpikową i wypuszczony niby to „zdrów“ wrócił 1 kwietnia 1905 roku i okazywał mimo podmiotowego uczucia zdrowia nawrót sprawy chorobowej (11,2% myelocytów, ilość krwinek białych 46,220).

Stahr.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Braun. **O leczniczem działaniu muiracetyny w niezdolności płciowej.** (*Med. chirurg. Centralblatt*, 11, 1905). Muiracetyna jest połączeniem wyciągu *lignum Muira Puama*, t. zw. *Potenzholz* i owolecytyny. Pierwszy składnik dawno znany w Brazylii i używany jako środek, pobudzający popęd płciowy, zawiera oprócz substancyi krystalicznej, która przy wydzielaniu się moczem, drażni błonę śluzową cewki i wywołuje napływ krwi do ciał jamistych, wskutek czego powstaje wzwód prącia, — także inne substancye, które, jak doświad-

czenia na zwierzętach wykazały, działają wprost na rdzeń lędźwiowy i w większej ilości podane, powodują mimowolny wypływ nasienia. Autor stosował muiracetynę w leczeniu niezdolności płciowej, bądź występującej samoistnie, bądź będącej objawem ogólnej niedomogi nerwowej. Działanie tego środka było zwykle takie, że już po pierwszym dniu zażywania pigułek muiracetynowych chorzy doznawali znacznego polepszenia, czując silniejszy popęd płciowy. Ponieważ środek ten jest zupełnie nieszkodliwy i nie trujący, przeto można go stosować w przypadkach więcej uporczywych w ciągu 4—6 tygodni, a wyniki, jakie autor otrzymał, zachęcają do dalszego stosowania tego środka. *Stopczański.*

Liewen. **Zapiski lecznicze w leczeniu kiły.** (*Münch. med. Wochenschrift*, 13 1905). W późnych okresach kiły leczenie jodem daje znacznie lepsze wyniki, aniżeli stosowanie przetworów rtęciowych. Ujemną stroną tego leczenia jest uboczne działanie jodu, występujące bardzo często przy podawaniu jodku potasowego, objawiające się rozmaicie, bądź jako nieżyt spojówek i dróg oddechowych górnych, bądź pod postacią bólu głowy lub zaburzeń ze strony żołądka. Dlatego też starano się zastąpić jodek potasowy innymi przetworami jodu, jak jodkiem sodowym, rubidowym, nastojem jodowym; wszystkie te jednak przetwory okazały się co do szybkości działania znacznie słabszymi od jodku potasowego. Liewen poleca podawanie jodku potasowego w silnem rozcieńczeniu, zapisując według przepisu Szpencera, który zmienił w następujący sposób:

Szpencer:	Liewen:
Kali jodat 30,0	*Kali jodat 30,0*
Ferri citri ammon. 4,0	*Ferri citri ammon. 4,0*
Tinct. nucis vom. 8,0	*Strychni nitr. 0·02*
Aq. destill. 30,0	*Spir. menth. pip. 25,0*
Tinct. chin. 120,0	*Aq. flor. Aurant ad 120,0*

Zmiana, którą autor w przepisie Szpencera wprowadził, czyni lek ten o wiele przyjemniejszym w użyciu, gdyż w mieszaninie Szpencera żelazo łączy się z kwasem garbnikowym, zawartym w nastoju chininowym, co nadaje mieszaninie woń i posmak atramentu, dodatek zaś strychniny z żelazem chroni od ubocznego działania jodu. *Stopczański.*

Vörner. **Maść siarczana — »tiolan«.** (*Münch. med. Wochenschrift*, 15 1905). Autor stosuje od roku w leczeniu chorób skórnych maść siarczaną, przez siebie sporządzoną. Maść ta, którą nazwał tiolanem, różni się tem od zwykłej maści siarczanej, że siarka jest rozpuszczona w części w tłuszczu maści, w części zaś bardzo dokładnie jest w nim rozdzieloną. Bardzo dobre wyniki przy stosowaniu tiolanu otrzymał V. w leczeniu łojotoku głowy, połączonego z wypadaniem włosów. W leczeniu wyprysków ostrych i przewlekłych poleca przykładać na miejsca zajęte wypryskiem maść, posmarowaną na płótnie, do maści zaś dodaje 10% oliwy. Na podstawie swego doświadczenia twierdzi V., że tiolan należy do zupełnie niedrażniących środków i można go stosować we wszystkich przypadkach chorobowych, w których już tylko tłuszcz nie sprowadza podrażnienia. *Stopczański.*

Bidwell. **Przypadek rzeżączkowego zapalenia trąbek macicznych u dziecka.** (*Allgemeine Wiener. med. Zeitung*, 15 1905). Przypadek, opisany przez autora, dotyczy sześcioletniej dziewczynki, uległej przy zgwałceniu zakażeniu rzeżączkowemu, które, szybko postępując, w krótkim przeciągu czasu zajęło trąbki. Z powodu grożących życiu objawów zapalenia otrzewnej, wykonano operacyę, przy której po podwiązaniu wydobyto obie trąbki, wypełnione ropą. Chora wyzdrowiała. *Stopczański.*

Schaudinn F. i Hoffmann E. (Berlin). **O znalezieniu krętych prątków** (*spirochaete*) **w gruczołach chłonnych u kiłowych.** (*Deut. med. Woch.*, 1905, 18). Już w pierwszej swej publikacyi (Arbeit. a. d. kais. Gesundheitsamt, 1905) przyszli autorowie do przekonania, że nietylko na powierzchni zmiany pierwotnej, lecz w głębi tkanek kiłowych i w gruczołach chłonnych wykazać można odpowiedniemi metodami obecności prątków krętych (spirochaete). Podobne twory znajdowano już poprzednio w niektórych sprawach chorobowych narządów płciowych, nawet w mastce (smegma). S. i H. wykazali jednak, że w tych miejscach właśnie pojawiają się dwa rodzaje prątków krętych: jeden większy i łatwiej się barwiący, drugi drobny i o słabej barwliwości. Ten ostatni rodzaj prątka krętego znajdowano tylko w zmianach kiłowych i nazwano (Schaudinn) prątkiem bladym (spir. pallida), podczas gdy pierwszy oznaczono nazwą prątka załamującego światło (spir. refringens). Dalsze badania autorów odnoszą się do gruczołów chłonnych, z których wyciągano strzykawką sok, zawierający wedle dotychczasowych zapatrywań swoisty jad kiłowy. W 8 przypadkach kiły, które w pracy przytoczono, znaleziono tak w wyjętych gruczołach chłonnych, jak i wspomnianym soku dość obfite prątki kręte blade, mające pewne znamiona, wyróżniające je od innych znanych gatunków. Są to bowiem twory drobne, słabo załamujące światło, poruszające się bardzo żywo, przez co trudno dostrzegalne, nitkowate i śrubowato zwinięte, a na końcach nieco zaostrzone. Długość ich wynosi między 6 a 14. W odróżnieniu od prątka dużego (sp. refringens) zabarwia się bardzo słabo barwikiem Giemsy (azur-eozyna), który inne gatunki barwi bardzo wyraźnie. *Krzyształowicz.*

Buschke i Fischer. **O pojawianiu się prątków krętych** (*spirochaete*) **w narządach wewnętrznych dziecka kiłowego.** (*Deuts. med. Wochenschr.*, 1905, 20). Praca autorów potwierdza w pewnej części badania Schaudinna i Hoffmanna; znaleźli oni bowiem w preparatach świeżych z soku śledziony, wątroby i gruczołów chłonnych dziecka, zmarłego skutkiem kiły dziedzicznej, prątki kręte w znacznej obfitości. Za życia stwierdzono u dziecka obfitą osutkę guzkową w skórze; we krwi jednak, wziętej z guzków, pasorzytów tych nie znaleziono. Autorowie zastrzegają się, że badania te nie są całkiem ścisłe, bo przeprowadzane w 36 godzin po śmierci, a następnie wyrażają przypuszczenie, że znalezione prątki mogą być tylko przypadkowymi pasorzytami. *Krzyształowicz.*

P. Gerber. **O plamicy zakaźnej samoistnej** (*purpura*). (*Wiener klin. Rundschau*, 1905, Nr. 19). Z dwóch przypadków plamicy, spostrzeganych przez G. w szpitalu, jeden zakończył się śmiercią. Pierwszy przypadek dotyczy młodego, dobrze odżywionego mężczyzny, który w czasie zgłoszenia się oprócz zmian na skórze okazywał objawy poważnej choroby gorączkowej. Plamy na skórze, rozsiane na całem ciele z wyjątkiem twarzy, szyi i okolicy ponadłopatkowej, przedstawiały się w postaci punkcików różnej wielkości, główki od szpilki lub ziarnka grochu, barwy niebiesko-różowej; plamy te nie znikały pod uciskiem. Przebieg choroby okazywał typ gorączki ciągłej, wahającej się między 39° a 40°. Badanie krwi, oprócz wielojądrzastej leukocytozy, nie wykazało żadnych nieprawidłowości. W drugim tygodniu wśród obfitych potów gorączka spadła, przyczem wystąpiła na całem prosówka potowa (*miliaria*), plamy zaś na skórze zaczęły znikać i po trzech tygodniach chory opuścił szpital jako wyleczony. W drugim przypadku, dotyczącym osiemnastoletniego mężczyzny, wybroczyny znajdowały się nietylko na tułowiu, lecz i na twarzy, na brzegach małżowin usznych i końcu nosa. Przy badaniu w czasie przybycia chorego wykazano silne zapalenie oskrzeli, obrzęk śledziony, ciepłota ciała wynosiła 40°. W siódmym dniu choroby ciepłota ciała opadła również przy poceniu się i wystąpieniu prosówki potowej, ale po dwóch dniach znowu się podniosła, a równocześnie wystąpiło zapalenie osierdzia. Przy końcu trzeciego tygodnia chory umarł. Sekcya zwłok wykazała oprócz ostrego miąższowego zwyrodnienia narządów wewnętrznych włóknikowe zapalenie osierdzia. *Stopczański.*

MEDYCYNA SĄDOWA. Dr. W. Pflanz. **Sądowo-lekarskie znaczenie otrucia strychniną.** (*Friedreichs Blätter für gericht. Med.* 1904 H. 3 i 4, 1905). Dawka trująca strychniny wynosi 0·02—0·03. Po podaniu 0·03 i więcej zauważano niejednokrotnie zejście śmiertelne; z drugiej strony zdarzały się przypadki uratowania po dawkach 0·18—0·42, a nawet 1·25. Zejście otrucia zależy od właściwości osobniczych, sposobu podania trucizny i od ewentualnych zabiegów leczniczych. Przy podawaniu strychniny w celach leczniczych należy pamiętać o jej zbiorowem działaniu. Strychnina może także znaleźć zastosowanie jako lek poronny, ponieważ sprowadza skurcze macicy. Działanie strychniny objawia się w typowych drgawkach odruchowych, przeważnie tężcowych, powtarzających się po krótszych lub dłuższych przerwach. Pierwsze objawy zatrucia występują w kilka (5—10—20) minut po podaniu trucizny, niekiedy dopiero po godzinie, a nawet i później. Szybkość wystąpienia objawów zależy nie tyle od wysokości dawki, ile od szybkości wessania. Zatrucie przebiega bardzo szybko, z reguły w przeciągu kilku godzin, a rzadko tylko, nawet w przypadkach wyzdrowienia, utrzymują się objawy jeden dzień. Śmierć następuje po kilku napadach, albo z powodu uduszenia w czasie napadu, albo wkrótce potem z wyczerpania, porażenia rdzenia przedłużonego i kręgowego. Wyjątkowo tylko następuje śmierć bez poprzednich drgawek. Oględziny zewnętrzne zwłok nie wykazują nic charakterystycznego, toż samo oględziny wewnętrzne, które często stwierdzają tylko obraz uduszenia. Badanie chemiczne daje zawsze wynik dodatni. Doświadczenie fizyologiczne może potwierdzić jedynie badanie chemiczne, nie może go jednak zastąpić, gdyż i inne substancye (np. toksyny) mogą wywołać u zwierzęcia podobne objawy. Strychninę udaje się wykazać nawet po upływie dłuższego czasu w zwłokach, wydobytych z grobu. Czasem badanie chemiczne w przypadkach tych może dać wynik ujemny, gdy drogą dyfuzyi trucizna wraz z cieczami ustroju przedostała się do otoczenia zwłok. Objawy zatrucia są tak charakterystyczne, że na ich podstawie i ewentualnie na niektórych danych ze śledztwa, można z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznać je bez badania chemicznego i bez doświadczenia fizyologicznego.

Odróżnienie otrucia strychniną od otruć zapomocą innych, podobnie działających trucizn, uskutecznia się zapomocą badania chemicznego. Z chorób samoistnie występujących, pewne podobieństwo do zatrucia strychniną okazuje tężec. Dla odróżnienia wskazanem jest badanie fizyologiczne ze surowicą krwi zwłok, względnie — badanie bakteryologiczne. *Pachoński.*

Dr. Brunk. **Przypadek podwójnego pęknięcia tętnicy głównej po wysiłku fizycznym.** (*Aerztliche Sachverständigen-Zeitung* Nr. 6, 1905). Parobek, l. 38 liczący, silnie zbudowany, ściągając silnie na lejcach konie, które uniosły, doznał nagle silnie kłującego bolu w górnej okolicy klatki piersiowej. Osłabienie i ból głowy, które się do tego dołączyły, trwały do następnego dnia, w którym powtórnie przelęknione konie uniosły tak, że tylko z wielkim wysiłkiem udało się je na lejcach wstrzymać. Wśród tego ponownego wysiłku wystąpił znów mocno kłujący ból w klatce piersiowej, następnie wymioty i omdlenie. W dwa dni od chwili wystąpienia pierwszego bolu kłującego nastąpiła śmierć. Sekcya, wykonana z uwagi na ewentualnie wypłacać się mającą rentę, wykazała: serce znacznie powiększone, w tętnicy głównej dwa pęknięcia z następowem wytworzeniem się krwiaka śródściennego i pęknięciem jego do worka osierdziowego. Jedno pęknięcie mieściło się tuż powyżej zastawek, drugie przed odejściem t. bezimiennej i t. dogłowowej wspólnej. Tak tętnica główna, jak i reszta narządów wewnętrznych, nie okazywały zmian chorobowych. Związek przyczynowy między wysiłkiem fizycznym i pęknięciem tętnicy tłómaczy autor w myśl doświadczeń fizyologicznych w następujący sposób: Wskutek nagłego wysiłku fizycznego następuje głęboki wdech, zakończony zamknięciem się głośni. Mięśnie oddechowe silnie się napinają i ustalają klatkę piersiową w pozycyi wdechowej. Ciśnienie powietrza w płucach powoduje szybkie wyparcie krwi z płuc i serca do łożyska krążenia wielkiego, a uniemożliwia napływ krwi żylnej do klatki piersiowej. Równocześnie wzrasta ciśnienie w wielkich naczyniach jeszcze i przez to, że pracujące mięśnie wypierają krew z naczyń włosowatych. Zdaniem autora powstało w danym przypadku najpierw pęknięcie tętnicy tuż nad zastawkami z następowem wytworzeniem się tętniaka, przy ponownym zaś wysiłku powtórne pęknięcie tętnicy, tętniaka i wylanie się krwi do worka osierdziowego. *Pachoński.*

Doc. Dr. Hedrén. **Przyczynek do statystyki i kazuistyki spędzeń płodu.** (*Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin*, XXIX Band, I Th. 1905). Statystykę spędzeń płodu w Szwecyi opiera Hedrén tylko na tych przypadkach, które były przedmiotem dochodzeń sądowych, względnie policyjnych. Liczba przypadków wzrasta z roku na rok wogóle we wszystkich krajach oświeconych, a Szwecya nie ustępuje pod tym względem ani Anglii, ani Francyi. Materyał, z którego autor czerpał swe daty, obejmuje lata od 1851 do 1903. Ogólna liczba przypadków wynosi 1563 tak, że na 100,000 ludności przypada do roku 1880 po 3, do roku 1900 po 6, a w czasie od 1901 do 20 przypadków spędzenia płodu. Prowincya dorównywa prawie mniejszym miastom, podczas gdy w wielkich miastach widocznem jest bardzo znaczne zmniejszenie się przypadków tej zbrodni; przyczynę tego upatruje autor w dwóch czynnikach, a mianowicie w stosowaniu środków zapobiegawczych i w wyszkolonych spędzaczach płodu, którzy stosują środki mniej gwałtowne, a zgodne z wymaganiami postępu sztuki lekarskiej; — podejrzywa zaś o to nie tylko lekarzy i położne, ale i osoby, zupełnie do stanów tych nie należące, które jednak w tym kierunku specyalnie się kształcą. Zbrodni tej dopuszczają się głównie, jak ze statystyki wynika, osoby niezamężne (1262), wstydząc się nieślubnego dziecka; zamężne zaś (86) i wdowy (46), by ukryć owoc stosunku pozamałżeńskiego, lub z obawy przed wzrostem rodziny i ciężarami wychowania. Co się tyczy wieku, to dopuszczały się spędzania płodu kobiety od lat 15—45, a podejmowały je w różnych miesiącach ciąży, najczęściej jednak w IV, w czem zgadza się autor z wywodami Tardieugo; ten miesiąc ciąży szczególnie nadaje się do podjęcia spędzenia płodu, gdyż wówczas kobieta wie prawie już na pewno o swym stanie, w późniejszych miesiącach wstrzymują ją — zdaniem Tardieugo — od spełnienia tej zbrodni względy etyczne, skoro czując ruchy płodu, wie, że płód żyje. Zdaniem autora i drugi motyw, mianowicie trudność ukrycia ciąży w późniejszych miesiącach przed otoczeniem wpływa na liczniejsze przypadki spędzenia płodu we wczesnych miesiącach ciąży. Ulubionym środkiem do spędzenia płodu był w Szwecyi do roku 1901 fosfor tak dalece, że z ogólnej liczby 1553 przypadków przypada na fosfor 1408. Śmiertelność po stosowaniu tego środka była wielka, bo tylko 10 kobiet pozostało przy życiu. Często umierała matka, płód zaś rodził się żywy. Od roku 1901 zmniejsza się gwałtownie liczba zatruć fosforowych dzięki ustawie, zabraniającej sprzedaży fosforowych zapałek. Drugie miejsce zajmuje arsen, który zawsze zabijał i płód i matkę; z innych środków przytacza autor rtęć metaliczną, chromian potasowy, jałowiec sabina, aloes, szafran, sporysz, kwas siarkowy, kreozot i t. d.; ze środków mechanicznych wymienia przebicie jaja płodowego, mięśnie brzucha i gorące przepłókiwania pochwy. *Grünzweig.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

IX. Posiedzenie naukowe z dnia 12 maja 1905 r.

Obecnych członków 36. Przewodniczy kol. Wechsler.

Kol. przewodniczący przedstawia jako gościa Dr. Machnickiego.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol Nowicki przedstawia 1) hodowle czyste z przypadku *meningitis epidemica*, o którym mówił poprzedniego razu. Hodowle te odbarwiają się sposobem Grama i zachowują się tak samo, jak zarazek, wzięty z ropy; 2) przedstawia preparaty z nabłoniaka kosmówkowego z przerzutami w płucach, wątrobie, śledzionie i jajniku. Nowotwór ten uważany dawniej za raka, obecnie przydzielony do grupy mięsaków, pochodzi z pierwiastków przybłonkowych kosmków i składa się z komórek typu syncytialnego i typu Langhansa. Przerastając do żył, daje tą drogą przerzuty, okazujące zawsze charakter krwotoczny. W tym przypadku był nawet przerzut do skóry brzucha; 3) przedstawia *ren cysticus* u 82-letniego mężczyzny. Miąższu nerkowego prawie niema. Kilka guzków w wątrobie. Przerost serca lewego; 4) preparat z *aneurysma parietale* w komorze lewej tuż pod zastawką. Zastawki zupełnie domykają. Za życia były rozpoznane: *myocarditis, insufficientia mitralis.*

III. Kol. Stankiewicz robi przegląd dotychczasowych przypadków *meningitis epidemica*. Z pięciu pierwszych przypadków w czterech, jako przyczynę znaleziono meningokoka; w jednym, pomimo najściślejszego badania, tylko paciorkowca. Jäger opisuje podobnie 10 przypadków, z których w jednym wykrył paciorkowca, a dopiero później przy ściślejszem badaniu i meningokoka. W jednym przypadku prelegent wykazał zarazek około *lamina cribrosa*, coby się zgadzało z twierdzeniem pewnych autorów, którzy sądzą, że bramą wejścia nagminnego zapalenia jest nos.

IV. Kol. doc. Herman wygłasza odczyt p. t. „Pogląd na obecne leczenie przerostu sterczu“. (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol prof Kadyi krytykuje dotychczasowy sposób badania topografii cewki moczowej i pęcherza przez nastrzykiwanie ich masą. Stosunek ich wzajemny najwierniej się ustala po formalinie. Sądzi dalej, że nie można mówić o wyłuszczeniu gruczołu krokowego bez uszkodzenia cewki, albowiem gruczoł jest sam ścianą cewki. Można tylko amputować gruczoł na ostro w pewnem oddaleniu od błony śluzowej. Na zewnątrz zaś da się łatwo oddzielić od pokrywających go więzadeł i powięzi.

Kol. doc. Herman potwierdza to, konstatując, że przy oddzielaniu na tępo najczęściej dziurawiono cewkę. Prof. Rydygier odcina dlatego gruczoł na ostro. *Zawadzki.*

VI. Z powodu jubileuszowego wydania „Teoryi jestestw organicznych“.

Szkic historyczny.

Skreślił

Dr. Adam Langie.

Znikną od prądów chwilowych zawiści
Za widmem sławy goniący sztukmistrze;
Lecz nie zaginie siew szlachetnych myśli
I nie przepadną natchnienia najczystsze.
Asnyk.

Jubileuszowe wydanie dzieła Sniadeckiego, poświęcone »*Cesarskiemu Wileńskiemu Towarzystwu lekarskiemu w setną rocznicę założenia*«, przypomniało jedną z najboleśniejszych kart naszej martyrologii, lecz zarazem jedną z najświetniejszych chwil w dziejach polskiej nauki, gdy naród, zgnębiony politycznie, okazał

na innem polu, że sił żywotnych ma zasób olbrzymi, że wykreślony z pośród wolnych narodów, — żyje i żyć będzie, bo duch jego wielki, jędrny, niespożyty.

Niema może drugiego przykładu w historyi, aby wtedy właśnie, gdy gmach państwa leżał w zgliszczach pożaru, zbrodniczą podłożonego ręką, nauka publiczna na takie wzniosła się wyżyny, że wzorem była dla tych, co z zimnem wyrachowaniem orzekli: „nie macie warunków do życia, więc waszą dzielimy się ziemią“.

Cześć się należy wydawcy, że w nowej wytwornej szacie podał nam dziś dzieło, pisane przed stu laty, bo „dzieła geniuszów nie starzeją się nigdy, a z pilnego studyowania ich niemały pożytek odnieść możemy. Osobliwie zaś dzieło Śniadeckiego, które porusza tyle i tak różnorodnych zagadnień, może przyczynić się do pogłębienia naszej myśli naukowej“.

Nie mam zamiaru oceniać tu wielkiej teoryi Śniadeckiego, bo właściwe znaczenie przyznali jej nawet cudzoziemcy, między nimi słynny fizyolog Jan Müller. Nie kuszę się o rozbiór dzieła, gdyż zrobił to w przedmowie do jubileuszowego wydania p. Adam Wrzosek. Ani życiorysu kreślić nie będę, bo zadość temu tenże sam autor uczynił, podając sporą nieznanych szczegółów wiązankę. Przypomnę tylko w ogólnym zarysie tło dziejowe wedle skromnych mych sił i możności — tło, które niejednemu z czytelników może już wyszło z pamięci, a na którem wyraźniej wystąpi słynna praca znakomitego uczonego.

Znękany pierwszym rozbiorem Polski, naród nie upadł, lecz dźwigać się próbował, odczuwając potężny ruch umysłowy, zrodzony w ciągu XVIII-go stulecia we Francyi. Powołana do życia przez Sejm Komisya Edukacyjna, rodzaj ministerstwa oświaty, była nie tylko tym pierwszym wysiłkiem dla podniesienia jej poziomu na obszarze ziem Rzeczypospolitej, lecz wogóle jedynym naówczas w całej Europie. Ona to dźwignęła z upadku prastarą Jagiellonów Szkołę, przeobraziła jezuicką Akademię Batorego w Wilnie w świecką, gdy równocześnie papież Klemens XIV zniósł zakon jezuitów i zmieniła cały system nauczania, wprowadzając duchem czasu dyktowane reformy w metodzie, planie i podręcznikach nauk początkowych.

Potrzebę reform tak w sposobie nauczania, jak i w całym ustroju społecznym, odczuła lepsza część narodu, wstrząśnięta do głębi straszną klęską. Nowi ludzie, jak: Stanisław i Ignacy Potoccy, Kołłątaj i inni, karmieni ożywczymi promieniami szerzącej się oświaty, stanęli na czele ruchu reformatorskiego i w wiekopomnym dniu Trzeciego Maja wnieśli ustawę konstytucyjną. I chociaż ruch ten, nieobliczalny w błogich swych skutkach, zdusili w zarodku hańbą okryci możnowładcy, zawiązując 14 maja konfederacyę targowicką, to już samo przebudzenie sumienia narodowego po wieczne czasy najszczytniejszą, najświętszą pozostanie pamiątką.

Po tym ciosie przyszły wkrótce inne: upadek pierwszego największego wysiłku zbrojnego pod Kościuszką, tragiczna epopeja legionów, których niedobitki wysłano na odległą wyspę, aby tam wedle słów Amilkara Kosińskiego (z listu do Godebskiego) „niewolnicy przymusu potrzeby szli strzedz więzień, w których wyrodna chciwość Europejczyków dręczy nieszczęśliwych Murzynów“. Szlachetne, rozpaczą dyktowane, rycerskie porywy stłumiono, — nadzieje najświetniejsze zgaszono, — złote obietnice gładkich dyplomatów rozwiały się w mgłę, — brutalna przemoc święciła tryumfy na ziemi, pełnej łez serdecznych i obficie przelanej krwi ofiarnej!

Równocześnie jednak, gdy resztki sił wojennych marniały na obcej ziemi z myślą, że walcząc, czy to w portach włoskich, czy na skalistych wybrzeżach Atlantyku, torują sobie drogę do własnej, z więzów niewoli wyswobodzonej ojczyzny, zdawał się na dalekim wschodzie Europy świtać zgnębionemu narodowi jaśniejszy promień nadziei. Na tronie rosyjskim zasiadł dn. 24 marca 1801 car Aleksander I i do boku swego powołał księcia Adama Czartoryskiego.

Aleksander I, uczeń znakomitego patryoty szwajcarskiego Fryderyka Cezara Laharpea, żywił w młodości swej pełno liberalizmu poglądy, a nawet marzył podobno o utworzeniu rzeczypospolitej wolnych narodów. Jeszcze jako następca tronu zbliżył się do książąt Adama i Konstantego Czartoryskich, którzy w roli zakładników trzymani byli przez carową Katarzynę w Petersburgu. Szczególniej książe Adam stał się wkrótce jego przyjacielem, powiernikiem skrzydlatych młodzieńczych myśli i gorących, szlachetnych uniesień. I chociaż Aleksander, zostawszy carem, uległ z biegiem lat przemożnym wpływom środowiska i z promiennych porywów młodości nie pozostało nic, to zrazu, w początkach panowania, postępowanie jego względem Polaków było bardzo życzliwe. Czartoryskiemu ofiarował 1803 r. urząd ministra spraw zagranicznych i mianował go kuratorem zakładów naukowych polskich. Na stanowisku tem rozwinął książe Adam nadzwyczajną gorliwość i nie łudząc się pozorami władzy, złożonej w jego ręce, szukał na innej drodze sposobu służenia ojczyźnie, wyzyskując sprzyjające chwilowo okoliczności, aby gruntownie zreformować wychowanie publiczne i wznowić świetne tradycye komisyi Edukacyjnej, nadać wychowaniu młodzieży kierunek prawdziwie narodowy i zapewnić jej możność jak najszerszego rozwoju umysłowego na ziemi ojczystej.

Było to zadanie wielkie, bo na tem polu we wszystkich prowincyach polskich, ruskich i litewskich widniała już prawdziwa ruina, którą sprowadziły wypadki polityczne i źli ludzie. W Galicyi, gdzie nie sięgły reformy Komisyi Edukacyjnej, istniało zaledwie kilka szkół niemieckich, kształcących nie obywateli, lecz karyerowiczów i beznarodowych biurokratów. Pod zaborem rosyjskim szkoły zależne były od kaprysów nieprzychylnej władzy. Więc narodowi, któremu zrabowano ziemię i wydarto byt polityczny, groził jeszcze najstraszniejszy upadek duchowy, gdyby szkoły pozostały nadal takiemi, jakiemi je wróg nasz mieć chciał: krzewicielkami indyferentyzmu lub, co gorsza, trującemi ogniskami wynarodowienia.

Więc dzieło rozumnie obmyślane przez Czartoryskiego, a wykonane przy pomocy księdza Hieronima Strojnowskiego, Jana Śniadeckiego, Tadeusza Czackiego i Hugona Kołłątaja, było w tych warunkach aktem niesłychanej doniosłości, jedyną na razie deską ratunku dla nieszczęśliwego narodu. Gdy jeszcze nawet ostatnia iskra nadziei, rozdmuchana pod wpływem olśniewającej świat gwiazdy Napoleona, który 20 maja 1804 r. ogłosił się cesarzem i począł w tryumfalnym pochodzie przez stolice Europy deptać karki naszych ciemięzców, — zgasła w dniach 7 i 8 lipca 1807 roku przy pamiętnych traktatach w Tylży, nie pozostało nam już nic, jak tylko odrodzenie duchowe i wewnętrzne, przy pomocy zreformowanego wychowania nowego pokolenia. Jakikolwiek sąd wydaćby można o Czartoryskim, to jednak tej zasługi odmówić mu nie wolno, że potrafił rozpalić w Wilnie potężne ognisko oświaty, zgaszone dopiero w latach dwudziestych ciężką ręką despotyzmu carskiego, po usunięciu księcia Adama i nasłaniu tam osławionego Nowosilcowa.

Najistotniejszym owocem pracy dla dobra wychowania młodzieży była reorganizacya Akademii, czyli Szkoły głównej wileńskiej. Powołana przez Czartoryskiego do Petersburga komisya opracowała ustawę, stając na gruncie zasad byłej Komisyi Edukacyjnej, lecz wprowadzając równocześnie konieczne zmiany i ulepszenia. Szkołę nazwano uniwersytetem, a środki materyalne, jak na owe czasy ogromne, zdołał zapewnić jej książe Adam dzięki wpływom swoim u rządu i obywateli, osłaniając zarazem byt zreformowanej instytucyi gorliwą opieką od niepożądanego wtrącania się władz politycznych. Od roku 1803 rozpoczął też Uniwersytet wileński nowy, najświetniejszy okres rozwoju, a znakomite siły naukowe, wyszukane w większej części wśród Polaków lub sprowadzone z zagranicy, dodały mu tyle blasku, że po dziśdzień chlubić się możemy.

Uniwersytet dzielił się na cztery wydziały: a) nauk fizycznych i matematycznych, b) medycznych, c) moralnych i politycznych, d) literatury i sztuk wyzwolonych. Stał on się odrazu najwyższym zakładem, karmiącym młodzież zdrową strawą najnowszych wyników badań we wszystkich rodzajach wiedzy, — akademią, w której profesorowie posuwali naprzód naukę polską, — instytucyą wreszcie, nadzorującą wszystkie szkoły na Litwie, Podolu, Ukrainie i Wołyniu, którym naznaczał podręczniki i plan nauk, mianował nauczycieli i które przez delegatów swych wizytował. Więc nietylko uniwersytet ten stanął na równi z wszechnicami zagranicznemi, ale zorganizował w całym okręgu szkoły niższe, służące odtąd za wzór innym. Prócz tego, podobnie jak dawniej Komisya Edukacyjna, dążył uniwersytet wileński do wykształcenia dzielnego zastępu świeckich nauczycieli w założonem dla nich seminaryum. Nawet szkoły zakonne, których na Litwie było wtedy najwięcej, musiały poddać się przepisom, planowi nauk i nauczycieli swych kształcić w Uniwersytecie.

Niepospolite siły naukowe miał Uniwersytet wileński w tym czasie. Profesorowie jego odznaczyli się wysokim poziomem wiedzy, szczerem zamiłowaniem dobra publicznego i wielką swobodą niezależnej, wolnej myśli. Nawet cudzoziemcy, jak: lekarz Józef Frank, znakomity filolog klasyczny Godfryd Ernest Groddeck i przyrodnik Ludwik Henryk Bojanus stali się wkrótce w atmosferze wszechnicy szczerymi obywatelami-polakami. Największy wpływ wywierali prawdziwie genialni bracia Jan i Jędrzej Śniadeccy, profesor poetyki i wymowy Leon Borowski, Lelewel, Onacewicz, Ignacy Daniłowicz, Józef Gołuchowski, ksiądz Michał Bobrowski i wreszcie bibliotekarz uniwersytetu, były

żołnierz Kościuszkowski, Kazimierz Kontrym, który w roku 1817 skłonił inteligencyę wileńską do założenia słynnego „Towarzystwa Szubrawców".

Towarzystwo to, mające na celu zwalczanie zacofania i szerzące jak najlepszy wpływ wśród szerokich kół, wydawało własny dziennik pod tytułem „Wiadomości brukowe", chłoszczący bez miłosierdzia wady i przywary narodowe. Górował w piśmie tem swoimi artykułami satyrycznymi Jędrzej Śniadecki, od roku 1818 prezes Towarzystwa. Równocześnie uczniowie uniwersytetu: Tomasz Zan, Adam Mickiewicz, Onufry Pietraszkiewicz, Jan Czeczot i Józef Jeżowski, pragnąc oddziaływać dodatnio na kolegów, zagrzać ich do pracy dla dobra ojczyzny, zawiązują tajne stowarzyszenie Filomatów, do końca niemal ukryte przed okiem władz i stanowiące główny rdzeń dwóch innych, jawnych już i przez Uniwersytet zatwierdzonych Towarzystw: Filaretów i Promienistych.

Rozwój wszystkich tych trzech związków wpływa na młodzież jak najlepiej, wykorzenia wśród niej bezmyślne hulanki i stwarza wysoce poważny, patryotyczny nastrój, oddając kierownictwo całego życia studenckiego w ręce zdolnych, zacnych i pracowitych młodzieńców, których nazwiska wkrótce już niespożytą okryć się miały sławą. Pod ich wpływem cała młodzież wileńska rośnie na duchu, wyrabia w sobie wiarę, że ona to „pocznie na swem łonie" świetlejszą, lepszą przyszłość. Zapał do nauki ogarnia wszystkich nie w celach pozyskania korzystnych stanowisk, lecz w szlachetnem poczuciu, że przyszłej pracy nad dolą narodu przyświecać winna głęboka, prawdziwa, czysta wiedza. Ze szczególnem zamiłowaniem zwraca się młodzież ta ku badaniom przeszłości narodowej, uczęszczając tłumnie na wykłady Onacewicza, Daniłowicza i Lelewela, który w styczniu 1820 r. ponownie objął katedrę historyi. A ówcześni profesorowie wszechnicy wileńskiej, to nie zasuszeni uczeni, co poza godzinami obowiązkowych wykładów nie troszczą się o studentów, przeciwnie, to ludzie gorąco młodzież kochający, nie nakładają jej szlachetnym porywom hamulca, lecz żyją sercem współrodaków ze swoimi uczniami, przychodzą na zgromadzenia Promienistych i Filaretów, to starsi bracia i prawdziwi kierownicy serc i umysłów. Do tak podniosłego nastroju, jaki tam panował, nie wzniosła się już niestety później ani młodzież, ani grono profesorskie żadnej polskiej wszechnicy.

Lecz nie długo danem było wszechnicy wileńskiej roztaczać wokoło zbawcze kręgi rzęsistego światła. Znalazła się wnet gromada puszczyków, co bojąc się zbyt silnego wpływu, jaki Uniwersytet na ogół wywierać zaczynał, sprowadziła krakaniem swem ostrzegawczem najstraszniejszą reakcyę. Następstwem tego było rozwiązanie Towarzystwa Promienistych i Filaretów, zawieszenie wydawnictwa „Wiadomości brukowych" i rozpoczęcie śledztwa. W ślad za tem przyszła dymisya Czartoryskiego i przysłanie do Wilna Nowosilcowa, który zjechał tam 7 lipca 1823 roku, mając w kieszeni nieograniczone pełnomocnictwo działania. Jak zaś satrapa ten użył swojej władzy, powszechnie wiadomo i nie tu miejsce rozpatrywać szczegółowo jedną z najboleśniejszych chwil naszej historyi porozbiorowej. W krótkim czasie cała, tak pomyślnie rozpoczęta praca została zrujnowaną, — profesorowie: Lelewel, Daniłowicz, Gołuchowski, ksiądz Bobrowski i bibliotekarz Kontrym zostali złożeni z urzędów, a najdzielniejszą młodzież z Mickiewiczem, Zanem, Czeczotem i Suzinem na czele wysłano w głąb Rosyi. Rozpoczęła się znów systematyczna rusyfikacya Litwy i prowincyi zabranych, rząd po chwilowem wytchnieniu wypowiedział na nowo walkę żywiołowi polskiemu — walkę, prowadzoną tak zaciekle i bezwzględnie aż po dzień dzisiejszy.

„Teorya jestestw organicznych" pisana przez Jędrzeja Śniadeckiego w toku naszkicowanych powyżej wypadków od roku 1804 do 1811-go, więc w dobie świetnego rozkwitu wszechnicy wileńskiej, była pierwszą systematycznie przeprowadzoną teoryą fizyologiczną. Nie wdając się — jak na wstępie zaznaczyłem — w ocenę dzieła pod względem naukowym, podnieść muszę jedną jego wielką zaletę, o której, zda mi się, przepomniano w przedmowie jubileuszowego wydania. Literatura nasza wogóle nie jest zasobną w prace naukowe pięknie pisane. Przy układaniu podręczników, monografii, rozpraw dla specyalistów autorowie mało zawsze dbali i dziś jeszcze rzadko tylko uwzględniają potrzeby i wymagania stylu literackiego. To też z nielicznych dzieł całej polskiej literatury naukowej, czyniących zadość warunkom stylistycznym, jedno z pierwszych miejsc zajmuje dzieło Śniadeckiego. Piotr Chmielowski mówi, że w przeciągu czterech stuleci trwałego rozwijania się prozy naszej zaledwie 40 autorów wyrobiło sobie swój własny, wybitny sposób pisania, a i z tych niektórzy tylko uważani być mogą za prawdziwych stylistów w wysokiem tego słowa znaczeniu. Do nich zalicza właśnie obu Śniadeckich, stawiając ich na równi z Rejem, Wujkiem, Skargą, Paskiem, Naruszewiczem, Staszicem, Kołłątajem, Woroniczem i Krasickim.

W ścisłym związku z poprawnością stylu pozostaje czystość języka. Pod tym względem w przeciwieństwie do jednostronnych purystów, którzy wyrzucić chcieli wszystkie wyrazy obcego pochodzenia, zastępując je dziwacznymi nieraz nowotworami, Jędrzej Śniadecki dążył jedynie do tego, aby, co można wyrazić słowami pochodzenia rdzennie polskiego, nie nazywać już tego z cudzoziemska. Jego też słownictwo naukowe utrzymało się w znacznej części aż do dziś dnia.

Tak więc pod każdym względem dzieło Śniadeckiego, przetłómaczone nawet na język niemiecki i francuski, jest dziełem wzorowem i dobrze się stało, że obecnie przypomniano je światu naukowemu. Jest ono jednym więcej dowodem, do jakich wyżyn ducha sięgali nasi wielcy w owej właśnie chwili, gdy gasła skra po iskierce, gdy znikające widział naród nadzieje, gdy wkoło słychać było jeno dębów starych jęk, których koronami dzikie miotały wichury, a w niebo krzyk bolesnej podnosił się rozpaczy.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Reforma ubezpieczenia robotników a lekarze Kas chorych.

(Wedle sprawozdania Dr. A. Kleina na Zjeździe stowarz. lekar. w Wiedniu 26 marca 1905 r.)

Nowy projekt ubezpieczenia robotników zakreślił sobie szerokie granice, jednak nie przedstawia, prócz niektórych tylko drobnych spraw, prawie zupełnie tak bardzo spodziewanej reformy, jakąby była zmiana położenia lekarzy Kas. A przecież gdyby zapowiedziany projekt rządowy miał wejść w życie, — a należy przypuszczać, że tak się też stanie, — to zadanie lekarzy Kas urośnie znacznie. Nietylko bowiem będą leczyć, ale mają być w przyszłości wyrocznią w sprawach higieny i zapobiegania chorobom. Również pełne odpowiedzialności stanowisko będą zajmowali w kwestyach niezdolności do pracy z wypadków, jak i ze starości. Pośród tej powodzi spraw jedyną ukwalifikowaną osobą, która ma chronić, leczyć i wyrokować, — będzie lekarz.

Lekarze Kas muszą w przyszłości zająć stanowisko fizycznie i moralnie wyższe, jeśli mają podołać włożonym na nich obowiązkom, muszą być zwolnieni od dzisiejszej zależności, muszą natomiast być zupełnie wolni i niezależni, a nie tak, jak się to dzieje dzisiaj. Lekarze Kas bowiem znajdują się dzisiaj między młotem a kowadłem: z jednej strony zarządy Kas życzą sobie, żeby lekarz choremu członkowi Kasy jak najprędzej wrócił zdolność do pracy, aby zasiłki pieniężne, członkom dawane w chorobie, jak najbardziej obniżyć, — z drugiej zaś strony chory członek Kasy nie widzi w lekarzu tego, który ma mu jak najprędzej wrócić zdrowie, ale widzi w nim ten organ Kasy, który mu przeszkadza brać zasiłki tak długo, jak długoby sam zechciał. Tak więc nieufność i zarządu Kas i chorych członków jest dotąd nagrodą lekarzy kasowych za ich ciężką pracę.

Nowa ustawa rozszerza zakres działalności lekarzy kasowych w kierunku higieny i zapobiegania chorobom, — uporczywie jednak milczy, jaki ma być w przyszłości stosunek lekarzy do tych nowych Kas, — a skoro nowe obowiązki, i to obowiązki ciężkie i pełne odpowiedzialności wymagają, by położenie lekarzy było wolniejsze i niezależne, a ponadto wymagają szerszych studyów przygotowawczych, pozwala sobie referent przedstawić następujące propozycye:

A) Ogólne.

I. Przy każdej Kasie, która zatrudnia więcej niż 12 lekarzy, ma być utworzona Komisya lekarska.

1. Komisya ta ma wydawać orzeczenia w sprawach z zakresu higieniczno-profilaktycznego, które tyczą się zdrowia członków Kasy, ich stosunków roboczych, warsztatów, rodzajów zajęcia i urządzeń ochronnych.

2. Komisya dozoruje lekarzy Kasy w ich służbie i tylko przed nią są lekarze odpowiedzialni w sprawie spełniania swych obowiązków.

3. Komisya ta naradza się nad doniesieniami lekarzy kasowych w sprawach społeczno- i przemysłowo-higienicznych braków i przesyła je wraz z swojemi wskazówkami przełożonej władzy przemysłowo-sanitarnej.

4. Komisya zawiera układy z lekarzami. Ona też zajmuje się kwestyą kontroli lekarskiej chorych.

5. W Kasach, gdzie jest wolny wybór lekarzy, ma nim kierować Komisya i zarządzać co potrzeba w sprawie leczenia chorych i wynagradzania lekarzy.

6. Komisya składa się z 6 członków. Dwóch lekarzy wybiera zarząd Kasy, dwóch organizacya lekarzy kasowych, jednego deleguje Izba lekarska. Stałym członkiem i równocześnie przewodniczącym Komisyi ma być lekarz rządowy.

II. Utworzenie katedry medycyny społecznej i higieny przemysłowej w Uniwersytetach.

Komisya lekarska ma być wyrazem tego, jak ważnym czynnikiem w Kasach chorych są właśnie lekarze, oraz widomym znakiem tego, jak obfitą w skutki może być czynność lekarzy w Kasie ku ogólnemu dobru instytucyi i jej członków, jeśli będzie mogła się rozwijać wolno i swobodnie. Jasną jest rzeczą, że Komisya ta obok interesów Kasy i jej członków będzie pilnowała także interesów lekarzy i jako ciało zawodowe łatwiej, sprężyściej, ale też i sprawiedliwiej zdoła doglądać i pilnować służby lekarskiej. Ciało to będzie stałym i zawsze chętnym doradcą w kwestyach lekarskich, będzie organem, opartym o podstawę ściśle naukową, organem doglądającym warunków życia i pracy robotników pod względem ogólno-higienicznym i przemysłowo-higienicznym, a wreszcie będzie ochroną interesów lekarskich.

Co do utworzenia katedry medycyny społecznej, to pod tym względem wyprzedziły nas Niemcy, gdzie już istnieje kilka takich katedr. Katedry te są niezbędne, skoro młody w świat idący lekarz ma się odtąd spotykać z tak ciężkimi obowiązkami.

Postulaty lekarzy kasowych.

B) Szczegółowe.

1. Między lekarzami, a zarządami Kas, mają być zawierane umowy, któreby uwzględniały pod każdym względem lekarskie i materyalne interesy. Normalny taki układ (kontrakt) wypracować mają Izby lekarskie.

2. Lekarze mają być niezależni od zarządu (składającego się z laików), — natomiast w sprawach lekarskich odpowiedzialni będą przed Komisyą.

3. Po 30 latach służby należy im się emerytura, — a na przypadek niezdolności stałej do pracy (invaliditas) — renta; po śmierci zaś zaopatrzenie wdów i sierót.

4. Co roku urlop 14-dniowy, który rośnie z latami służby aż do 5 tygodni. Zastępcę płaci Kasa.

5. Dostateczna ochrona wobec opornych członków.

6. Na przypadek choroby wypłata pensyi aż do pół roku. Zastępcę płaci Kasa.

7. Wprowadzenie do Kas lekarzy-aspirantów, jako sił pomocniczych, gdzie jest nawał pracy, a to w celu wykształcenia dzielnych sił lekarskich dla Kas.

Postulaty powyższe lekarzy kasowych nie należą właściwie do ustawy, tyczącej się ubezpieczenia robotników; są jednak niemniej ważne, jeśli chodzi o uczynienie lekarzy kasowych ludźmi niezależnymi i wolnymi; — nie są też mrzonkami, ale stanowią *minimum* tego, co się należy za uczciwą pracę lekarzowi, któremu nowa ustawa nakłada tak ciężkie obowiązki. *E. S.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8 czerwca.

† Dr. Wiktor Wehr, profesor nadzwyczajny chirurgii w Uniwersytecie lwowskim, kierownik chirurgicznego oddziału tamtejszej polikliniki, człowiek zasłużony w nauce i społeczeństwie, zakończył życie d. 31 maja, licząc lat 52. Szczegółowy życiorys podamy w numerze następnym.

* Zjazd abstynentów polskich, który odbył się 3 i 4 b. m. sprowadził do Krakowa liczne grono delegatów ze wszystkich trzech zaborów i odznaczał się doborem odczytów i ożywionemi rozprawami. Z lekarzy wzięli czynny udział w Zjeździe profesorowie: Bujwid i Piltz, oraz D-rowie: Eisenberg, Kunicki i Piasecki.

* *(E. S.)* Jubileusz ciepłomierza lekarskiego. W roku bieżącym mija lat 40 od czasu wprowadzenia ciepłomierza do klinicznego badania chorych. Kolebką tego pomysłu był wiedeński Szpital powszechny. W roku 1865 Dr. Wirtinger ogłosił w „Wiener medic. Wochenschrift“ swoje doświadczenia na tem polu: świat lekarski przyjął chłodno to odkrycie; z biegiem jednak czasu termometrya kliniczna weszła w użycie pierwotnie w zakładach i zajęła należne jej stanowisko w fizycznem badaniu chorych obok opukiwania i osłuchiwania, których ogólne zastosowanie jest także zasługą Szpitala powszechnego w Wiedniu. Naukowe uzasadnienie i światowe rozpowszechnienie zawdzięcza termometrya kliniczna takim badaczom, jak Traube, Wunderlich i Liebermeister.

* Doc. Dr. Lemberger ogłosił w „Przewodniku kąpielowym“ (Nr. 5) „Rozbiór chemiczny wody mineralnej ze zdroju „Kingi“ w Głębokiem“; pracę tę zakończył autor słowami: „Z rozbioru chemicznego i z porównania z innemi szczawami wynika zatem, że woda ze zdroju „Kingi“ w Głębokiem przewyższa co do składników znakomicie szczawy zagraniczne i że ze względu na znaczną zawartość wolnego kwasu węglowego i dwuwęglanu sodowego a brak siarkanów i ciał organicznych, należy wodę ze zdroju „Kingi“ zaliczyć do najczystszych wód higienicznych i dyetetycznych, a ze względu na zawartość dwuwęglanu litowego i węglanu żelazowego, nie można jej odmówić również znaczenia wody leczniczej.

Woda ta o tak znakomitych własnościach nie jest u nas w użyciu ani jako woda higieniczna, ani jako lecznicza i jak przed wiekami „płynie do morza“; natomiast wypijamy krocie butelek Giesshüblera. Ufajmy, że ludzie, którzy stanęli na czele uprzemysłowienia kraju, nie zapomną o wodzie w Głębokiem.

* W Nr. 21 „Przegl. lekar.“ zwróciliśmy uwagę na liczne ulepszenia, zaprowadzone w Morszynie w ciągu ostatnich dwóch lat. Z rozesłanego przez lekarza zakładowego Dr. Jasińskiego ogłoszenia nabieramy przekonania, że Zakład morszyński należy dziś do najtańszych i to tak co do kosztów pobytu, jak i honoraryum za procedury fizyoterapeutyczne.

* Między 21 a 27 m. maja zaszły w Galicyi nowe przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, mianowicie: w 59 gminach (72 zeszł. tygodnia), należących do 34 powiatów (32 zeszł. tyg.), zachorowało osób 86 (127 zeszł. tyg.), zmarło 39 (61 z. tyg.). Nowe te przypadki miały miejsce w następujących powiatach: żywieckim (10), jarosławskim (8), mieleckim (6), chrzanowskim, ropczyckim i wielickim (po 5), bialskim, podgórskim, rzeszowskim i sokalskim (po 4), niskim (3), bocheńskim, dąbrowskim, krakowskim, przeworskim i żółkiewskim (po 2), brzeskim, gródeckim, horodeńskim, jasielskim, kolbuszowskim, limanowskim, liskim, myślenickim, przemyskim, przemyślańskim, rohatyńskim, śniatyńskim, stryjskim, strzyżowskim, tarnobrzeskim, tarnowskim, wadowickim i w m. Krakowie (po 1 przypadku). — Epidemia zatem szybko ustępuje.

* Towarzystwo laryngologiczne w Ameryce (*The American, Laryngological, Rhinological und Otological Society*) rozpisało konkurs dla swoich członków (miejscowych i zagranicznych). Dzielimy się z czytelnikami naszymi miłą wiadomością, że nagrodzoną została praca znanego laryngologa warszawskiego, Dr. Jana Sędziaka, p. t. „Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych“ (*The Etiology and Treatment of Mycosis occurring in the upper Respiratory Tract*). Nagrodzonej pracy przysługuje przywilej postawienia jej na porządku dziennym dorocznego Zjazdu laryngologów amerykańskich, który w r. bieżącym odbędzie się w Bostonie d. 5, 6 i 7 czerwca; na Zjazd ten został Dr. Sędziak zaproszony urzędownie, w celu osobistego odczytania nagrodzonej pracy. Dodać jeszcze należy, że Dr. Sędziaka nie po raz pierwszy spotyka podobne odznaczenie, gdyż już w roku 1893 otrzymał on na konkursie międzynarodowym we Francyi medal złoty i 1000 franków za pracę „O raku krtani“.

* Pierwszy międzynarodowy Kongres fizyoterapii odbędzie się 12, 13, 14 i 15 sierpnia 1905 w Leodyum (Liége) pod protektoratem rządu belgijskiego. Obejmie on: elektroterapię, kinesiterapię, fototerapię, termoterapię, aeroterapię, hidroterapię, elektrodyagnostykę, radiografię i t. d. Językami urzędowymi będą: francuski, niemiecki, angielski i esperanto. Członkami zwyczajnymi mogą być lekarze, doktorowie filozofii i inżynierowie. Damy dopuszczone są w charakterze członków zwyczajnych. Wpisowe wynosi 10 franków. Komitet urządzający czyni starania do utworzenia Komitetów miejscowych. Koledzy, zamierzający wziąć udział w tym Zjeździe mają się zgłaszać do Doc. Chlumskyego (Kraków, ul. Kopernika, 28).

* XII-ste Zgromadzenie „Związku laryngologów niemieckich“ odbędzie się w Heidelberdze 12 b. m. pod przewodnictwem Dr. Avellisa z Frankfurtu.

* W Stanach Zjednoczonych ma powstać zakład dla piersiowo chorych na 25,000 osób. Sanatoryum to pokryje 80,000 akrów ziemi.

* Między 15 a 20 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy: w powiecie cieszanowskim (1 gm.) i w m. Tarnowie. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim, borszczowskim, brodzkim, brzeżańskim (po 1 gm.), buczackim (3 gm.), cieszanowskim, dobromilskim (po 1 gm.), doliniańskim (4 gm.), horodeńskim, (2 gm.), grodeckim (1 gm.), jarosławskim, jaworowskim (po 4 gm.), kołomyjskim, liskim, mieleckim (po 1 gm.), mościskim (2 gm.), nadwórniańskim (3 gm.), nowosądeckim, przemyskim (po 1 gm.), przemyślańskim (3 gm.), rawskim (6 gm.), sanockim, skałackim, śniatyńskim (po 2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), starosamborskim (3 gm.), stryjskim (5 gm.), tłumackim (4 gm.), trembowelskim (1 gm.), turczańskim, zaleszczyckim (po 2 gm.), zborowskim (4 gm.), złoczowskim (2 gm.), żółkiewskim (2 gm.), — w m. Lwowie 1 przypadek.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Thayer mian. prof. kliniki lekar. w Baltimore.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Sawarykin prof. embryologii i histologii w Petersburgu.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 21. Flatau i Sterling: O nowotworach rdzenia (c. d.). Gaszyński: Z mechaniki porodu. Poszczególne składniki budowy miednicy. Zależność wymiarów sprzężnej prawdziwej od dolnego kąta spojenia łonowego (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Z. 5. Serkowski: Epidemiologia i profilaktyka cholery. Pański: Kilka uwag z powodu dalszych dwu przypadków zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych. Olszewski: Dwa przypadki zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych. Sterling: Ogólny plan przygotowań sanitarnych w m. Łodzi wobec grożącej cholery.

— *Gazeta lekarska* Nr. 20. Barącz: W sprawie chirurg. leczenia szczeliny odbytu na podstawie własnego doświadczenia. Karwacki: Przyczynek do badań nad florą nowotworów złośliwych (dok).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 6. Bier: Ujemne strony higieniczne targu mlecznego w miastach większych i środki zaradcze przeciw nim (c. d.). Barzycki: Sprawozdanie roczne o inspekcyach w r. 1902 (c. d.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 11. zawiera: Tężec. — Narządy rodne kobiece i ich funkcye (c. d.). — Powietrze i jego odmiany. — Naprzód!

Kronika lekarska Nr. 6. Kramsztyk: Słownik lekarski polski. *X.*: Nie wiemy. Wrzosek: Materyały do życiorysu Jędrzeja Śniadeckiego (c. d.).

— *Przegląd kąpielowy* Nr. 5. Lemberger. Rozbiór chemiczny wody mineralnej ze zdroju Kingi w Głębokiem.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 5. Dembicki: Sprawozdanie lekar. z czynności zakładu kąpielowo-zdrojowego w Ciechocinku za r. 1904. Skórczewski: Wspomnienie histor. w drodze do Krynicy. Gorski: Szczawnica — zakład zdroj.-kąpielowy, klimatyczno-żentyczny i kefirowy. *E.*: Nowy wróg naturalnych wód mineralnych.

— *Głos lekarzy* Nr. 11 zawiera: Wybory do Izb lekarskich galicyjskich. — W sprawie lekarzy kolejowych (c. d.). — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (c. d.). — Z padołu nędzy lekarza prowincyonalnego. — Pokłosie z prasy lekarskiej. — Odcinek.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 22. Marčan: O tonické, sthenické a statické funkci labyrinthu (c. d.). Kimla: Latentní hypoplasie vrozené složitých orgánů železových při vrožene příjici (c. d.). Pexa: Serotherapie při spále a několik případův, antiscarlatinosním serem Bujwidowým léčených (c. d.). Slavik: Druhá výroční zpráva léčebného ústavu k léčeni paprsky světelnými, Roentgenovými a proudy vysoké frekvence w Praze.

— *Lékařské rozhledy* Z. 5. Kučera: Strach z jídla. Pachner: Vzácnější přičina poruchy tráveni a zvraceni krve u kojence.

— *La Presse médicale* Nr. 42. Gigli: Wartość cięcia bocznego wzgórka łonowego oceniona podług wyników, dostarczonych na podstawie 90 operowanych przypadków.

Nr. 43. Levaditi: Kiła wrodzona a prątek kręty blady Schaudinna. Kendirdjy i Burgaud: Sto czterdzieści nowych przypadków stowarzyszenia rdzenia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 22. Meyer: Zakażenie psychiczne (obłąkanie naśladowcze). Schaudinn i Hoffmann: O krętku bladym (*spirochaete pallida*) w kile i odróżnieniu tej postaci od innych tego gatunku. Lissauer: Doświadczalne schorzenie tętnic u królików. Spiess: Balneoterapia w chorobach dróg oddechowych. Homberger: Działanie kąpieli z gazem kw. węglowego. Ritter: Grizeryna jako lek w gruźlicy płucnej. Gans: Przypadek wydzielania się indykanu przez skórę.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 22. Marckwald: Początek i rozrost raka kiszek. Rosenbach: Uwagi nad leczeniem białaczki promieniami Roentgena. Herz: Powstawanie objawu Quinquauda. Schwarz: Leczenie zapalenia spojówki powstałego na tle gorączki siennej. Urbantschitsch: Leczenie siennego nieżytu nosa. Roth: Kazuistyka osutek rzeżączkowych z zrogowaciałym naskórkiem. Bornemann: Zaniewidzenie po wstrzyknięciu atoksylu przy leczeniu liszaja czerwonego płaskiego. Biehler: Przypadek ciała obcego w jamie opłucnowej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 22. Kalmann: Przyczynek do poznania działania radu w zdrojach. Engstler: O odruchu podeszwowym i o objawie Babińskiego u 1000 dzieci w pierwszym roku życia. Hamburger: Dlaczego możemy wymagać, by matki same karmiły? Escherich. Wniosek do powołania komitetu w celu wypracowania projektów do wymagania karmienia piersią. Friedjung: Rozprawy nad naturalnem żywieniem osesków. Marburg: Miejscowe rozpoznanie chorób śródmózgowia (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 22. Riedel: Technika operacyi wola. Westphal: Przypadek urazowej histeryi przebiegający z pozorami porażenia zewnętrznych mięśni ocznych. Pólya: Patogeneza pierwotnego zapalenia okrężnicy. Pelz. Przyczynek do kodeinizmu. Raebiger: Kazuistyka schorzeń nerwowych po urazie elektrycznym.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 22 (od dnia 28/V do 3/VI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 32, dziew. 36; nieżywo: chł. —, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 12, kob. 17; zamiejscowych: męż. 12, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 2, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 4, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 2. **Razem:** miejscowych 29, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIV. Kraków 17 Czerwca 1905. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału laryngologicznego prof. Pieniążka w Krakowie.

Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w oskrzelach, tchawicy i przełyku.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny

Asystent Oddziału.

I. *C. R.*, 9-miesięczna dziewczynka, przyjęta została do Szpitala dziecięcego św. Ludwika d. 11/XII 1904. Duszność trwa od 4 dni: wedle bałamutnego zresztą opowiadania rodziców miała ona rozpocząć się nagle i to skutkiem zakrztuszenia się kawałkiem mięsa. Szczegóły te wydobyto dopiero po kilku dniach od rodziców, i to dopiero badając ich w kierunku możliwego zakrztuszenia się. Przez kilka dni obserwowano to dziecko w Szpitalu; d 15/XII, wezwany do szpitala św. Ludwika przez Dr. Getlicha, którego uprzejmości ten przypadek zawdzięczam, postanowiłem przystąpić odrazu do tracheoskopii. Dziecko przeniesiono na oddział laryngologiczny; badanie w dniu 15/XII wykazało: Ciepłota 38.2°, duszność znaczna, przeważnie wdechowa; silne zapadanie się dołka podsercowego i dolnych części klatki piersiowej. Badanie płuc: po stronie lewej z tyłu, począwszy od grzebienia łopatki w dół, stłumienie, tamże szmery oskrzelowe; poprawej szmery pęcherzykowe wyraźnie osłabione, przykryte częściowo szmerem ze zwężenia. Gardło bez zmian; badanie krtani daje wynik ujemny. Ponieważ osłuchiwanie płuc wykazało osłabienie szmerów oddechowych po stronie prawej, przeto, podejrzywając już ciało obce w oskrzelu, przystąpiłem wprost do tracheoskopii. Tracheoskopię bezpośrednią wykonałem tracheoskopem Pieniążka bez uśpienia. Tracheoskop z przetyczką (mandrynem) założyłem na ślepo bez uśpienia w pozycyi siedzącej dziecka; po wprowadzeniu tracheoskopu do górnej części tchawicy, szybko wyjąłem przetyczkę (mandryn), poczem dziecko ułożono w pozycyi leżącej z głową ku dołowi zwieszoną. Tracheoskopia oświetlona lampką Kirsteinowską wykazała obecność ciała obcego, usadowionego górną swą częścią jeszcze w tchawicy, tu bowiem nieco po nad rozdwojeniem na ścianie prawej widać biały rąbek ciała obcego, dalsza jego część ginie w oskrzelu prawem. Ciało to wyjąłem rurkowemi szczypczykami tchawiczemi; ponieważ brzeg jego był szerszy od światła tracheoskopu, musiałem wyjąć je wraz z tracheoskopem. Była to kość płaska czworoboczna; dwa naprzeciw siebie leżące ramiona posiadają brzeg gładki, dwa przeciwległe, jako odłamane końce, są ostre, kończyste. Długość najdłuższego ramienia wynosi 1 ctm., szerokość 7 mm. Po wyjęciu ciała tego duszność wprawdzie znacznie się zmniejszyła, ale zupełnie nie ustąpiła; podejrzywając przeto obecność drugiego odłamka, przystąpiłem powtórnie do tracheoskopii górnej, która obok obrzmienia ostrogi rozdwojenia i obok stwierdzenia, że z oskrzela lewego wydobywa się ciecz śluzowo-ropna, nic innego nie wykazała. Dnia następnego duszność wprawdzie mniejsza, niż przed wydobyciem ciała obcego, ale większa niż poprzedniego dnia po wydobyciu ciała. Tracheoskopia wprost wykazała, iż tchawica i oskrzela są wolne; założenie tubusa O'Dwyera, poczem oddech zupełnie spokojny, dowód, iż przeszkoda znajduje się w krtani. Dnia 18/XII rano wyjęto tubus; oddech początkowo spokojny, potem się pogorszył tak, iż tego samego dnia popołudniu musiano założyć znowu tubus. To samo powtórzyło się jeszcze d. 20. Dnia 22/XII popołudniu nastąpiła śmierć. — Dodać jeszcze muszę, iż przez cały ten czas dziecko gorączkowało, podniesienie ciepłoty poranne wynosiło zwykle 38° i kilka dziesiątych, wieczorne przeciętnie 39°.

Sekcya, wykonana przez prof. Ciechanowskiego, wykazała: Całe wnętrze krtani stanowi jeden rozległy i głęboki wrzód odleżynowy. Wrzód jest szczególnie głęboki w kącie przednim; tu spotykamy brak zupełny chrząstki obrączkowej; w częściach tylnobocznych zaś dno wrzodu stanowią obnażone i oddzielające się już odcinki chrząstki obrączkowej. W środkowej linii przedniej ściany tchawicy szereg wrzodzików odleżynowych ponad pierścieniami chrząstnymi; w okolicy 6—10 pierścienia wrzodziki sięgają aż do obnażonej chrząstki. Poniżej widać nieregularne ubytki błony śluzowej o cechach, podobnych do wrzodów odleżynowych, zajmujące prawą ścianę tchawicy i początek głównego oskrzela prawego, a także cały klin podziałowy tchawicy. Na oskrzele główne lewe, jakoteż na drugorzędne oskrzela prawe, zmiany te nie przechodzą, a błona śluzowa jest tu tylko żywo czerwoną, pulchniejszą, lecz gładką i bez ubytków. Gruczoły oskrzelowe powiększone, ciemno czerwone, soczyste; te z nich, które leżą tuż przy oskrzelu prawem, są od otoczenia (i od ściany oskrzela) oddzielone wązkim rąbkiem nacieku ropnego. W płucu prawem znajduje się ognisko zapalne, głównie w częściach blizkich wnęki. W płucu lewem naciek zapalny jednostajny, jak w zwykłem płatowem zapaleniu krupowem; opłucna lewa pokryta warstwą włóknika, prawa gładka, lśniąca. Rozpoznanie sekcyjne brzmiało: *Pleuropneumonia crouposa sinistra partis inferioris lobi superioris et totius lobi inferioris. Pneumonia crouposa lobularis dextra. Decubitus profundus laryngis cum sequestratione partiali cartilaginis cricoideae. Adenitis acuta et periadenitis purulenta glandularum lymphat. bronchialium dextr. Degeneratio adiposa myocardii et renum.*

Przypadek ten, tak ze względu na wiek pacyenta, jak i na przebieg choroby, należy do rzadkich. W szeregu ogłoszonych przypadków wydobycia ciał obcych z oskrzeli, ze względu na wiek przypadek opisany przeze mnie zajmuje pierwsze miejsce, gdyż jest to najmłodsze dziecko (9 miesięcy), u którego wydobyto przy pomocy tracheoskopii bezpośredniej ciało obce, stosunkowo do wieku bardzo wielkie i o brzegach ostrych. Przebieg choroby i zmiany patologiczne, napotkane podczas sekcyi, tłómaczę sobie w sposób następujący: Dziecko zachłysło się kością o brzegach ostrych, ząbkowanych; kość ta utkwiła najpierw w krtani, gdzie wbiwszy się w błonę śluzową, wywołała ropne zapalenie ochrzęstnej i zwężenie krtani, poczem obsunęła się ku dołowi, wreszcie aż do prawego oskrzela, powodując przytem zranienia błony śluzowej. Że ubytki błony śluzowej, a przynajmniej dolnej jej części, t. j. od 10 chrząstki ku dołowi i prawego oskrzela, w ten sposób powstały, za tem przemawia ich umiejscowienie na ścianie prawej tchawicy i w oskrzelu prawem. Ubytki na ścianie przedniej tchawicy ewentualnie możnaby uważać jako wynik urazu, wywołanego wprowadzaniem tracheoskopu; przeciwko temu atoli przemawia to, iż tracheoskop wprowadzałem na ślepo tylko do górnej części tchawicy i to z przetyczką, która ochraniała brzeg tracheoskopu, w głąb tchawicy zaś następowo tylko powoli wsuwałem tracheoskop i to o średnicy najwęższej, przy kontroli światła; powolne wsuwanie tracheoskopu nie mogłoby chyba wywołać zmian, napotkanych pod-

czas sekcyi. Że z drugiej strony kość najpierw musiała ugrzęznąć w krtani, wywołując tam zapalenie, dowodzi to, iż po wydobyciu ciała obcego z oskrzela duszność się tylko zmniejszyła, a nie ustąpiła; zresztą silne objawy duszności, przedtem spostrzegane, nie mogły odpowiadać niezupełnemu nawet zatkaniu prawego oskrzela. Duszność ta zresztą po usunięciu zwężenia krtani przez założenie tubusa O'Dwyera zupełnie ustąpiła. Pierwotnem też ropnem zapaleniem ochrząstnej, wywołanem przez wbicie się tamże ciała obcego, tłómaczą się te stosunkowo znaczne spustoszenia krtani; sam tubus zmian tych wywołaćby nie mógł, co najwyżej brzeg jego dolny mógłby na przedniej ścianie tchawicy wywołać odleżynę. Zwężenie oskrzela prawego wywołane było obecnością ciała obcego, które górnym swym brzegiem opierało się o ścianę zewnętrzną tchawicy, cała masa zaś jego tkwiła w oskrzelu prawem. Śmiertelne zejście pomimo wydobycia ciała obcego było rzeczą zupełnie zrozumiałą, uwzględniając wiek dziecka i stosunkowo długi czas pobytu (najmniej 8 dni) ciała w drogach oddechowych. W dniu wydobycia ciała obcego już było zapalenie płuc po stronie lewej, obejmujące płat dolny, a częściowo średni, które samo przez się mogło już być przyczyną zejścia śmiertelnego; do tego przyłączyło się ogniskowe zapalenie płuca prawego i ropne zmiany naokoło gruczołów, znajdujących się tuż przy oskrzelu prawem; te ostatnie zmiany były już wynikiem aspiracyi ropy z krtani do oskrzela prawego, częściowo zaś także odleżyn w tchawicy i w oskrzelu. Pierwotne wystąpienie zapalenia w płucu lewem tłumaczy się tem, iż ciało obce zatykając oskrzele prawe utrudniało także przedostanie się tamże ropy, która swobodnie wpływała przez oskrzele lewe do płuca lewego.

II. *M. W.*, licząca 19 miesięcy, przyjęta została dnia 4/III 1905. Duszność trwa od $3^1/_2$ miesięcy; jak matka opowiada miała ona powstać nagle przy bawieniu się dziecka jabłkiem. Zawezwany lekarz rozpoznał dławiec i wstrzyknął dwukrotnie surowicę. Objawy duszności miały potem nieco zelżyć, ale nie ustąpiły; dopiero w dwa miesiące potem, gdy objawy duszności dalej trwały, zawezwano drugiego lekarza, który rozpoznał „prawdopodobnie dławiec rzekomy" i powiedział matce, że po pewnym czasie objawy te same przez się ustąpią. Gdy po $1^1/_2$ miesiąca zmiany nie tylko nieustąpiły, ale nawet nastąpiło znaczne pogorszenie, zgłosiła się matka z dzieckiem do naszego Oddziału.

Badanie z d. 4/III 1905 wykazało: dziecko nadzwyczaj nędznie odżywione, znaczne zmiany krzywicze na kończynach i na klatce piersiowej. Duszność wybitna, przeważnie wdechowa, silne zapadanie się dolnych części klatki piersiowej i dołka podsercowego. Gorączka 38·4. Płuca: Po stronie prawej z tyłu stłumienie od grzebienia łopatki ku dołowi, tamże szmery oskrzelowe, po lewej pęcherzykowe. Z podejrzeniem na ciało obce w tchawicy przystąpiłem do tracheoskopii górnej, wykonałem ją w uśpieniu. Badanie to jednak ciała obcego nie wykryło; przy wysuwaniu zaś tracheoskopu widać było obrzmienia popod więzadłami i według tego co przez chwilę mogłem osądzić, wydawało mi się, iż obrzmienie po stronie lewej jest większe, niż po prawej. Przypuszczając więc, że te ostatnie są przyczyną zwężenia, założyłem tubus O'Dwyera, poczem oddech stał się swobodnym. Po dwóch dniach wyjąłem tubus, oddech przez parę godzin był wcale dobry, potem znowu pogorszenie tak, iż musiałem znowu założyć tubus. Następnego dnia, pomimo obecności tubusa, wystąpiła duszność, co znowu naprowadziło mnię na myśl obecności ciała obcego w tchawicy. Ze względu atoli na silną wydzielinę ropną, wydobywającą się z dróg oddechowych, przystąpiłem do tracheotomii, sądząc, że przez kaniulę odksztuszanie masowej wydzieliny będzie ułatwione. Podczas tracheotomii, wykonanej w uśpieniu, wystąpiła sinica, która po otwarciu tchawicy nie ustępowała; wprowadziłem przeto przez ranę tracheotomijną tracheoskop; badanie to wykazało w dolnej części tchawicy ciało zatykające prawie zupełnie światło tchawicy; ciało to wyjąłem rowkowanemi szczypczykami, poczem oddech stał się swobodnym. Założenie kaniuli. Wydobyte ciało było skórką od jabłka kształtu trójkątnego; boki trójkąta mniej więcej równobocznego są długości około $1^1/_2$ ctm. Dziecko od tego czasu zupełnie dobrze oddychało przez kaniulę, wyrzucając równocześnie przez nią wielką ilość wydzieliny ropnej. Gorączka utrzymywała się stale. Stłumienie po stronie prawej się nie zmniejszyło; drugiego dnia po wydobyciu ciała obcego zaawważyłem także stłumienie po stronie lewej, które w ciągu kilku dni objęło cały dolny płat płuca lewego. Dnia 20/III przy objawach obustronnego zapalenia płuc dziecko zmarło. Na sekcyę rodzice stanowczo swego pozwolenia nie dali.

Dlaczego tracheoskopia górna nie wykazała obecności ciała obcego w tchawicy, tłómaczę sobie w sposób następujący: przy wprowadzaniu tracheoskopu z przetyczką (mandrynem) ciało obce, będące cienką tylko skórką, dostało się odrazu pomiędzy ścianę tracheoskopu a tchawicy tak, że światło tchawicy przy wprowadzaniu tracheoskopu w głąb było zupełnie wolne, przy wysuwaniu zaś tracheoskopu równocześnie wysuwało się ono ku górze, a wysunięciu się zupełnemu przeszkodziły więzadła; obrzmienie, które spostrzegałem po stronie lewej, przykryte było ciałem obcem, dokładnie do niego przylegającem, a przytem było tejże samej szarawej barwy. Zresztą badanie części podwięzadłowych obejmuje tylko chwilę przy wysuwaniu tracheoskopu, dokładne więc być nie może. Po tracheoskopie założyłem tubus O'Dwyera; skórka znowu musiała się dostać pomiędzy ściany tubusa i tchawicy, duszność bowiem ustąpiła; skórka obsunęła się dopiero przy drugiej intubacyi, wywołując zwężenie poniżej tubusa. Zmiany w płucu prawem uważam jako powstałe na pewien dłuższy czas przed przyjęciem chorej, bowiem już w dniu przyjęcia obejmowały one znaczną przestrzeń płuca prawego; w ostatnim tygodniu życia przyłączyło się zapalenie płuc po stronie lewej, które u dziecka krzywiczego, wyniszczonego kilkumiesięczną dusznością, szybko sprowadziło śmierć. (Dok. nast.).

II. Z oddziału ocznego szpitala powszechnego we Lwowie.

O rzadkiej postaci schorzenia spojówki powiekowej: *conjunctivitis Parinaudi* [1]).

Podał

Dr. Wiktor Reis.

(Dokończenie).

W przypadku opisanym znajdujemy więc wszystkie najgłówniejsze objawy nieżytu spojówkowego Parinauda: wystąpienie wyrośli spojówkowych z równoczesnem współistnieniem obrzęku gruczołów chłonnych, jednostronne wystąpienie obu zmian chorobowych i wykluczenie rogówki z procesu chorobowego.

Na wstępie jednak już zaznaczyliśmy, że opisana postać chorobowa jest tylko nową postacią kliniczną, zbiorem objawów, często z osobna spotykanych; nic też dziwnego, że z ogólnego wejrzenia wydaje się być podobną do powszechnie znanych chorób spojówek. Rozpoznanie różniczkowe wykluczyć więc musi trzy postacie chorobowe: jaglicę, gruźlicę i nowotwory.

Wytyczne dla rozpoznania różniczkowego w krótkości byłyby następujące: Obok głównej cechy, owego wzajemnego stosunku gruczołów chłonnych do zaburzeń spojówkowych, jako wspólnej różniczkowej dla wyżej wymienionych trzech zmian chorobowych, — odróżnia nieżyt spojówki Parinauda

od jaglicy: niezwykła wielkość ziarniny i wyrośli, wykluczenie rogówki z procesu chorobowego i wynik badania histologicznego wyrośli spojówkowych, nie wykazującego typowego utkania dla zmian jagliczych.

Ostrego wystąpienia i objawów zapalnych nieżytu Parinauda, jako cechy, wyróżniającej od jaglicy, podawać nie możemy, gdyż znane są przypadki z początkiem sprawy bardziej łagodnym. W jaglicy zaś zmiany, znalezione na spojówkach, nie idą również w parze z objawami podmiotowymi. Często już przy nieznacznych zmianach spojówkowych objawy zapalne sprowadzają chorego do lekarza, podczas gdy w innych przypadkach prawdziwie ciężkich chorzy zgłaszają się dopiero wówczas, gdy rogówka jest zawikłaną w proces chorobowy. Możnaby wprawdzie dalej zarzucić, że i przy jaglicy zdarzają się przypadki olbrzymich ziarn i wyrośli, lecz należy to w każdym razie do wyjątków; wyjątkiem jest również brak zmian chorobowych na rogówce, zwłaszcza przy dłuższem trwaniu choroby; wystąpienie jednostronne jaglicy także napotykamy dość rzadko — tak, że powołując się na owe wyjątkowe stany chorobowe w jaglicy i uwzględniając zasadnicze żądania Parinauda, przyznać będziemy musieli, że dla tak wyjątkowej postaci jaglicy, występującej wśród znanych nam klinicznych objawów, śmiało możemy przyjąć nową nazwę: nieżytu spojówki Parinauda.

Gruźlicę spojówki, występującą częstokroć również pod nieprawidłowemi postaciami, wykluczyć już łatwiej, gdy uwzględnimy brak owrzodzeń lub makroskopowo dostrzegalnych gruzełków na powierzchni przerosłej spojówki, brak znamiennego utkania dla tkanki gruźliczej i ujemny wynik badania bakteryologicznego, wykluczającego istnienie laseczników gruźliczych.

Najmniej cech porównawczych z nieżytem Parinauda posiadają wreszcie nowotwory spojówki. Pojawienie się ich na spojówce powiekowej należy do rzadkości; mają one zwykle swe siedlisko na spojówce gałkowej, tuż przy rąbku rogówko-twardówkowym, są uszypułkowane, o swoistem utkaniu.

Przebieg nieżytu spojówki Parinauda stanowi sam dla siebie najważniejszy może obraz różniczkowy. Jakiemkolwiek bowiem było zastosowane leczenie, czy polegało na mechanicznem usunięciu wyrośli i przyżeganiu, czy też na wkraplaniu roztworów ściągających azotanu srebra, — we wszystkich przypadkach osiągnięto wyleczenie w przeciągu kilku miesięcy. Zmiany na spojówkach nie leczone mogą się utrzymywać przez czas dłuższy, nie powodując dalszych powikłań i zaburzeń chorobowych. „Exceptionellement les lésions conjonctivales persistent plus longtemps, sans pour cela causer la moindre gêne. Et bien quelles soient parfois plus volumineuses que les granulations du trachome, on ne les voit jamais s'accompagner ni de larmoiement, ni de photophobie, ni surtout de lésions cornéennes".

W przypadku przez nas spostrzeganym nie zauważyliśmy żadnych powikłań w dalszym przebiegu choroby, co właśnie jest znamiennem dla nieżytu spojówki Parinauda. Podczas gdy w jaglicy, gruźlicy lub przy nowotworach sprawa chorobowa ciągnie się bez przerwy całemi latami lub z częstymi nawrotami, tutaj zmiany chorobowe ustępują w stosunkowo krótkim czasie. Czy samoistne wyleczenie jest możebnem, na to nie mamy dotychczas potwierdzenia. Wszystkie bowiem przypadki były mniej lub więcej energicznie leczone. W naszym przypadku staraliśmy się zwlekać jak najdłużej z zabiegiem chirurgicznym; po 5 tygodniach pobytu chorej w szpitalu nie spostrzegliśmy najmniejszego pogorszenia i przystąpiliśmy do rękoczynu tylko na żądanie chorej, by usunąć jej lekkie opadnięcie powieki górnej.

Etyologii całej sprawy chorobowej dziś jeszcze nie znamy. Parinaud przypuszczał, że przeniesienie się jakiegoś zarazka ze zwierzęcia na człowieka powoduje wystąpienie wyrośli na spojówkach i obrzęk gruczołów i nadał opisanej przez się postaci chorobowej ogólną nazwę: „conjonctivite inféctieuse d'origine animale". Spostrzegał bowiem ten nieżyt spojówki u rzeźników, lub u osób pozostających w jakimkolwiek inny sposób w styczności ze zwierzętami. Dalsze jednak spostrzeżenia nie potwierdziły przypuszczeń Parinauda. Ciekawym jest także fakt, że nigdy nie spostrzegano przypadków zarażenia u osób, będących w najbliższem otoczeniu chorych na nieżyt spojówki.

Badania bakteryologiczne, przedsięwzięte w celu wykrycia bodźca chorobotwórczego, dały wyniki ujemne. W obecnym przypadku p. doc. Dr. Kučera był łaskaw przeprowadzić badanie bakteryologiczne przy pomocy hodowli i szczepień na zwierzętach, a jedynym dodatnim ich wynikiem było stanowcze wykluczenie sprawy gruźliczej. Badanie histologiczne, dokonane na wyciętych skrawkach wyrośli, nie wyjaśnia nam również sposobu powstawania choroby. Wyrośle ukazują utkanie jednolite, zbliżone swem wejrzeniem do nacieku drobnokomórkowego, bez znamiennego dla innych chorób nagromadzenia guzków limfatycznych. Główną składową część nacieku stanowią komórki o większym rąbku protoplazmy, niż w zwykłych leukocytach, podobne do tworów, znanych pod nazwą komórek plazmatycznych (*Plasmazellen*). W tym też kierunku będą przeprowadzone dalsze badania histologiczne według swoistych metod.

Współistnienie przypadów na spojówkach powiekowych i obrzęku gruczołów chłonnych świadczy o związku między jedną a drugą sprawą chorobową i wskazuje, że nie jest to jakieś tylko miejscowe schorzenie spojówek, lecz sprawa chorobowa, wywołująca równocześnie zaburzenia w ustroju ogólnym. Staje się to jeszcze pewniejszem, gdy się uwzględni pracę Chaillousa, w której donosi o jednym przypadku rozprzestrzenienia się obrzęku na gruczoły chłonne nadobojczykowe (Observ. XIII) i wyraźnie wspomina, że zmiany w gruczołach przetrwać mogą nieżyt spojówki. („L'adénopathie qui peut se généraliser persiste plus longtemps que les vegétations conjonctivales").

Fakt współistnienia obu tych zmian chorobowych usprawiedliwia więc przypuszczenie, że wspólna jakaś przyczyna musi powodować ich wystąpienie. Goldzieher, profesor okulistyki w Budapeszcie, ogłosił jeszcze w r. 1893 niezależnie od Parinauda trzy przypadki, w których zwrócił uwagę na wzajemne wystąpienie gruczolaków chłonnych na szyi i wyrośli na spojówkach powiekowych, jako rzeczy istotnej, stanowiącej znamienną cechę tej choroby i nie wahał się nawet utożsamiać rodzaju sprawy chorobowej, toczącej się w gruczołach chłonnych, ze zmianami chorobowemi na spojówkach powiekowych, oznaczając krótko tę postać nieżytu spojówki, jako „Lymphoma conjunctivae".

Dalsze ścisłe spostrzeżenia i badania potrafią może

w przyszłości określić patogenezę tej choroby; zwrócić zaś uwagę na ów znamienny zbiór objawów klinicznych było celem pracy niniejszej.

Prymaryuszowi oddziału, Wiel. Panu Profesorowi Dr. Machekowi, niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie za łaskawe odstąpienie przypadku i życzliwe zajęcie się przebiegiem mych badań.

Piśmiennictwo. 1. Chaillous: Contribution à l'étude de la conjonctivite infectieuse de Parinaud. („Annales d' Oculistique", Janvier 1904). — 2. Stirling: A case of Parinauds Conjunctivitis. („Opht. Review." Okt. 1904). Refer. w „Wochenschr. f. Ther. u Hyg. d. Auges" Nr. 8. 1904). — 3. Matys: Parinaud'sche Conjunctivitis. („Zeitsch. f. Augenh." XII, 1904). — 4. Goldzieher: Über Lymphom-Coniunctivitis. („Conj. infect. de Parinaud"). („Centralbl. f. prakt. Augenheilk." Januar 1905).

III. Z pracowni bakteryologicznej prof. J. Nowaka w Krakowie.

O pasteryzacyi mleka dla niemowląt.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński

asystent kliniki chorób dziecięcych prof. Jakubowskiego w Krakowie.

(Dokończenie).

Dochodzimy do ostatniego punktu, którego rozstrzygnięcie jest niezmiernie ważne dla zasady pasteryzowania mleka. Punktem tym jest zachowanie się wobec zabiegu pasteryzacyi prątka gruźliczego. Kwestya, czy zabieg ten zdolnym jest do zabicia w mleku prątka gruźliczego, jest dotychczas sporną, a ujednostajnienie poglądów w tym kierunku utrudnionem jest niemało przez okoliczność, iż metody, stosowane dzisiaj dla pasteryzacyi mleka, są bardzo rozmaite i wahają się w bardzo szerokich granicach: co do ciepłoty między 60° a 95°, co do czasu między 1 minutą a 2 godzinami. Do zaciemnienia tej sprawy przyczynia się również wspólna nazwa pasteryzacyi, określająca zabiegi już w samej zasadzie bardzo różne i do różnych dążące celów, jak n. p. pasteryzacyę, stosowaną w przemyśle mlecznym, a pasteryzacyę mleka dla niemowląt, taką, jak ją dzisiejsza nauka pojmuje. Wreszcie i zapatrywania rozmaitych autorów na stopień odporności prątka gruźliczego wobec ciepłoty nie brzmią bynajmniej jednozgodnie: przeciwnie, spotykamy pomiędzy podaniami w tym kierunku bardzo znaczne różnice. Zwolennicy pasteryzacyi, a zwłaszcza ci autorowie, którzy zalecili specyalne do tego zabiegu przyrządy, stoją na stanowisku, iż przez pasteryzacyę niszczymy w mleku prątek gruźliczy w zupełności. Contant[19]) (nie opierając się zresztą na własnych badaniach) uważa ciepłotę 68° (jak długo działającą?) za dostateczną do tego celu; Oppenheimer[20]) 70° przez 30 minut; Hippius[21]) — 60° przez godzinę. Na podobnem stanowisku stoją również Bitter (68° przez 30 minut), Hess (60° przez 15 minut), Johanessen (70—75° przez 10 minut) i inni. Natomiast Max Beck[22]) twierdzi, iż ogrzewanie większych ilości mleka w ciepłocie 80° przez pół godziny lub jednorazowe zagotowanie nie zabija prątka gruźlicy. W doświadczeniach Galtiera[23]) żywienie świnek morskich mlekiem, zakażonem gruźlicą i ogrzewanem przez 6 min. do 70°, 75°, 80° i 85°, wywołało u tych zwierząt objawy gruźlicy. Również 5—20 minutowe ogrzewanie w ciepłocie 75° nie wystarczyło do zabicia prątka gruźliczego.

Co do mnie, to wobec faktów, stwierdzonych poprzednio na laseczce okrężnicy, nie wątpiłem, iż ciepłota, stosowana w przyrządach, służących dla pasteryzacyi mleka dla niemowląt, tem bardziej nie może być wystarczająca dla zabicia prątka gruźliczego. Potwierdziły to moje mniemanie wyniki doświadczeń, wykonanych przez Nitscha[24]) i własnych. Nitsch stwierdził, iż ogrzewanie prątka gruźliczego (w wodzie) w ciepłocie 60° przeszło przez 1 godzinę nietylko go nie zabija, lecz zdaje się wogóle nie wpływać na obniżenie jego jadowitości. W mojem doświadczeniu zakaziłem 3 probówki z mlekiem po 1 sz. cm. zawiesiny prątków gruźliczych (z hodowli ziemniaczanej) i zanurzyłem je w łaźni wodnej o ciepłocie 76—76° na przeciąg 10, 15 i 20 minut. Następnie wstrzyknąłem po 1 sz. cm. każdego mleka świnkom morskim (badanym poprzednio tuberkuliną). U wszystkich trzech świnek rozwinęła się gruźlica. Zatem ciepłota, nawet o wiele wyższa lub dłużej działająca od tej, jaką do celów pasteryzacyi mleka dla niemowląt możemy stosować, okazała się niezdolną do zabicia prątka gruźlicy.

Jeżeli więc, — jak to wykazałem poprzednio, — utrzymanie własności biologicznych mleka przy równoczesnem zabiciu drobnoustrojów jest co najmniej bardzo wątpliwe, to tem mniej możemy się łudzić, aby dało się charakter ten mleka, jako żywego płynu, połączyć z uwolnieniem go od gruźlicy. Fakt ten odnosi się zarówno do pasteryzacyi mleka takiej, jaka dziś stosowaną jest w żywieniu niemowląt, jak też do proponowanej przezemnie pasteryzacyi mleka względnej: nie może być zatem w żadnym razie użyty jako argument przeciw tej ostatniej. Fakt ten nie jest zasadniczą przeszkodą dla stosowania pasteryzacyi, lecz ścieśnia jej zakres działania i ogranicza do warunków, w których rozporządzamy mlekiem krów wolnych od gruźlicy. Jednakże, zasadniczo rzecz biorąc, mleko przeznaczone dla żywienia niemowląt samo przez się powinno posiadać ten warunek, a to ze względu na działanie jadów, które znajdują się w mleku krów gruźliczych, a na które wyjałowienie mleka ani gotowanie nie ma żadnego wpływu. Tak więc z różnych stron rzecz biorąc, dochodzimy w końcu zawsze do postulatu, który w ostatnich latach zaznacza się coraz bardziej stanowczo w dotyczącym ruchu naukowym, a mianowicie, że produkcya mleka dla niemowląt winna być oddzielona od ogólnego handlu mleczywem iześrodkowana w ręku specyalnych wzorowych instytucyi publicznych; wówczas dopiero nowsze prądy i zapatrywania nauki w zagadnieniu sztucznego żywienia będą mogły stać się udziałem szerszych warstw ludności.

Jako uzupełnienie zebranych faktów przytoczę na zakończenie wyniki doświadczeń, przeprowadzonych na przyrządzie do pasteryzacyi mleka dla niemowląt systemu „le

[19]) L. Contant: Autour du berceau. Paris 1896.

[20]) Münchener med. Wochsch., 1899, Nr. 44

[21]) Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1905, luty.

[22]) Experimentelle Beiträge zur Untersuchung über die Marktmilch (Deutsche Vierteljahresschrift für öffentl. Gesundheitspflege, 1900, str. 430).

[23]) Comptes rendu de la societé de biologie, 1900, str. 120.

[24]) Doświadczenia wykonane w krakowskim Zakładzie higieny, nieogłoszone drukiem).

Tutelaire". Przyrząd ten[25]), sporządzony przez francuskiego inżyniera Ludwika Contanta, zyskuje od paru lat coraz szersze zastosowanie we Francyi i w Belgii i dzięki niemu liczba zwolenników żywienia niemowląt mlekiem pasteryzowanem wzrosła w ostatnim czasie bardzo znacznie. Sposób ogrzewania mleka, użyty tutaj, jest odmienny, niż w przyrządach niemieckich autorów: mianowicie polega na bardzo szybkiem ogrzaniu mleka do 75° zapomocą pary z następowem nagłem oziębieniem zapomocą zanurzenia flaszeczek w zimnej wodzie.

Przyrząd ten z zewnętrznego wejrzenia nie wiele różni się od powszechnie znanego przyrządu Soxhleta. Jednakże podczas gdy w przyrządzie Soxhleta flaszeczki z mlekiem zanurzone są w wodzie prawie całkowicie, tutaj dna ich nie stykają się z powierzchnią wody, której stała, oznaczona przepisem ilość stanowi tylko cienką warstwę na dnie kociołka. Pasteryzacya odbywa się w ciepłocie pary, wytworzonej przez wrzenie znajdującej się na dnie wody. Przez pokrywę naczynia przechodzi specyalny ciepłomierz, którego jedyna podziałka, sporządzona na podstawie doświadczenia, oznacza chwilę, w której mleko wewnątrz flaszeczek osiągnie ciepłotę 75°. Wówczas gasi się płomień, podnosi się pokrywę, pozostawia się flaszeczki przez 2 minuty wewnątrz naczynia, a następnie, wyjąwszy koszyczek, zanurza go do zimnej wody. Podczas pasteryzacyi płomień winien być tak uregulowany, aby słupek rtęci dobiegał do podziałki po upływie 10—11 minut; tyle zatem czasu trwa cały zabieg. Dla większej wygody dołączona jest do przyrządu klepsydra, której czas przesypywania się piasku równa się czasowi, w którym rtęć powinna dobiedz do podziałki. Flaszeczki sporządzone są z hartowanego specyalnie szkła, które pozwala na tak szybkie ogrzanie z następowem gwałtownem oziębieniem. Flaszeczki te zaopatrzone są rodzajem zamku, który podczas pasteryzacyi stanowi luźną zatyczkę, zaś po ukończeniu zabiegu służy do hermetycznego zamknięcia.

Dla większych instytucyi, obracających znacznemi ilościami mleka, przyrząd ten przedstawia ogromną dogodność automatycznej i szybkiej manipulacyi; szybkość ta stanowi w tym przypadku ogromną oszczędność czasu i kosztów.

Ausset[26]), Grimbert i Breton poddali mleko, pasteryzowane w przyrządzie Contanta, ścisłym badaniom chemicznym i stwierdzili, że mleko to zachowuje się pod wpływem działania podpuszczki podobnie jak mleko świeże, t. j. że ścina się w tym samym czasie. Pod wpływem naturalnego soku żołądkowego ulega strawieniu w tych samych warunkach, co mleko surowe. Wreszcie, fakt bardzo ważny, pod działaniem gwajakolu i wody utlenionej ma dawać odczyn oksydazy, co zdawałoby się dowodzić, że fermenty, znajdujące się w świeżem mleku, nie uległy podczas tego zabiegu zniszczeniu.

Wyniki, uzyskane w sztucznem żywieniu niemowląt przy pomocy mleka pasteryzowanego tym systemem, są jak najpomyślniejsze. Przyrząd Contanta wprowadzony jest od 5 lat w instytucyi Goutte de lait w Brukseli; we Francyi zastosował tę metodę pierwszy Ausset w takichże instytucyach w St. Pol sur mer i w Lille, a za jego przykładem poszła większość tak zw. „kropli mleka", powstałych w ostatnich latach w północnej Francyi. Dzięki temu spostrzeżenia w tym kierunku mogły być przeprowadzone z całą ścisłością na bardzo znacznym materyale obserwacyjnym. Wykazały one wielkie zalety mleka, pasteryzowanego w ten sposób, pod względem strawności i wartości odżywczej, a przedewszystkiem, — co nas tu najwięcej zajmuje, — stwierdziły, iż żywienie niemowląt tem mlekiem nie przedstawia, nawet w letnich miesiącach, żadnego niebezpieczeństwa, oczywiście przy zachowaniu odpowiednich warunków.

O ile wyniki te, uzyskane przyrządem Contanta, stanowią niewątpliwy dowód wartości praktycznej użytego przez niego systemu, o tyle naukowa podstawa, na której opiera się Contant[27]) i jego francuscy zwolennicy, wymaga pewnego sprostowania. Contant twierdzi mianowicie, iż ciepłota, użyta przez niego w swoim przyrządzie (75° przez 2 minuty), jest wystarczająca do zabicia wszystkich bezzarodnikowych drobnoustrojów łącznie z gruźlicą, a na poparcie twierdzenia tego przytacza luźne liczby, wyjęte z doniesień rozmaitych autorów. Ponieważ widzieliśmy poprzednio, w jak szerokich granicach wahają się odnośne podania, zatem rzecz zasługiwała na bezpośrednie sprawdzenie. Szereg doświadczeń, wykonanych w tym kierunku na mleku, ogrzewanem w łaźni wodnej, przedstawiłem już poprzednio: z doświadczeń tych wynika, iż ciepłota, użyta przez Contanta, nie tylko jest niedostateczną do zabicia gruźlicy, lecz również nie jest w stanie wytępić w mleku innych drobnoustrojów, jak n. p. paciorkowca lub laseczki okrężnicy. Doświadczenia, wykonane wprost na przyrządzie Contanta, dały następujące wyniki:

Przedewszystkiem stwierdziłem, iż przy tak szybkiem ogrzaniu mleka, rozmieszczenie ciepłoty w różnych warstwach mleka jest bardzo niejednakowe. Tak n. p. ciepłota, mierzona natychmiast po ukończeniu zabiegu, wynosiła w górnych warstwach mleka 77°, w dolnych tylko 65°.

Hodowla bulionowa laseczki okrężnicy, wstawiona pomiędzy flaszeczki z mlekiem, okazała się po zabiegu pasteryzacyi zupełnie martwą.

Mleko świeże wypasteryzowane i wstawione do cieplarki, okazało się po 24 godzinach zupełnie płynne, podczas gdy to samo mleko niepasteryzowane przedstawiało po tymże czasie zbity skrzep.

Jednakże bulion, zaszczepiony tem wypasteryzowanem mlekiem, zmętniał po 24 godzinach, a wylana z niego płytka przedstawiała prawie czystą hodowlę paciorkowca.

W drugiem doświadczeniu, w którem zastosowałem umyślnie nieco dłuższe ogrzanie tak, iż ciepłota mierzona w mleku wynosiła 81°, zaszczepiony wypasteryzowanem mlekiem bulion po 24 godzinach zdawał się być jałowy, jednakże po 48 godzinach zmętniał również, a wylana płytka przedstawiała ten sam obraz, co poprzednio.

Wreszcie wykonałem doświadczenie następujące: flaszeczki napełnione mlekiem wyjałowiłem i zakaziłem ponownie paciorkowcem, prątkiem duru brzusznego, laseczką okrężnicy i prątkiem zatrucia mięsem, poczem poddawałem mleko pasteryzacyi systemem Contanta. Wszystkie te drobnoustroje okazały się w mleku pomimo pasteryzacyi żywemi.

[25]) Przyrząd ten demonstrowałem w krak. Tow. lekarskim na posiedzeniu w dniu 1 lutego 1905.

[26]) Pediatrie pratique, 1903.

[27]) l. c.

Widzimy zatem, iż wbrew mniemaniu autora tego przyrządu [28]) i jego zwolenników [29]) ciepłota, użyta przez Contanta, nie jest wystarczająca do zabicia w mleku już zwyczajnych drobnoustrojów, nie mówiąc nawet o gruźlicy. Zabieg wykonywany zapomocą tego przyrządu nie jest zatem w ścisłem znaczeniu słowa pasteryzacyą: jestto raczej tak określona przezemnie pasteryzacya względna wraz z wszystkiemi jej cechami, wskazanemi poprzednio, mianowicie opóźnieniem zdolności wzrostu drobnoustrojów i ich zdolności ścinania mleka. Contant zatem, jakkolwiek to nie było jego zamiarem, sporządził przyrząd, służący do pasteryzacyi mleka względnej, a znakomite wyniki, uzyskane zapomocą mleka pasteryzowanego tym przyrządem, potwierdzają to przypuszczenie, które wyraziłem na podstawie poprzednio przytoczonych badań bakteryologicznych, że ogrzewanie drobnoustrojów w mleku nieco poniżej ich granicy śmierci obniża ich własności życiowe do tego stopnia, iż przy zachowaniu odpowiednich warunków nie grozi ustrojowi dziecka z tej strony żadne niebezpieczeństwo. Dlatego też nie podzielam bynajmniej stanowiska Natansona [30]), który, oceniając jeden z przyrządów do pasteryzacyi (przyrząd E. Kobraka), wydaje o nim wyrok ujemny na tej podstawie, iż mleko przy szczepieniu nie okazało się dostatecznie jałowem. Zarzut taki, jak zaznaczyłem już poprzednio, ma znaczenie czysto teoretyczne; z praktycznego punktu widzenia drobnoustroje te (z wyjątkiem gruźlicy), które przeżyją zabieg pasteryzacyi, z powodu niezmiernego obniżenia i zahamowania ich zdolności życia i rozwoju nie mogą być brane w rachubę dla ustroju dziecka. Starając się o ich zupełne wytępienie, nie osiągamy żadnej więcej korzyści; natomiast musimy się wyrzec stanowczo jednego z głównych naszych dążeń, t. j. zachowania biologicznych własności żywego mleka.

Sądzę zatem, że obowiązujące dzisiaj pojmowanie pasteryzacyi mleka dla niemowląt winno uledz zasadniczemu przekształceniu: ubieganie się o połączenie dwóch celów, które z sobą pogodzić się nie dadzą, powinno ustąpić miejsca postępowaniu bardziej racyonalnemu, które określiłem jako pasteryzacyę mleka „względną“. W ten sposób pojęta pasteryzacya w połączeniu z higienicznie urządzoną oborą najbardziej ze wszystkich metod będzie zbliżoną do dzisiejszych ideałów sztucznego żywienia niemowląt.

Na zakończenie niech mi będzie wolno na tem miejscu złożyć podziękowanie prof. Nowakowi, w którego gościnnym zakładzie powyższe badania wykonane zostały.

[28]) l. c.

[29]) Ausset: Pediatrie pratique, 1903. Roux: Diverses methodes de sterilisation du lait (Ped. pratique 1 novembre, 1904). Tournay: Stérilistion et pasteurisation du lait etc. (Ped. pratique 1 Novembre, 1903).

[30]) l. c.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Teodor Heryng. Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani.

Dzieło to, obejmujące 24 arkuszy druku, ozdobione 137 rycinami, ukazało się r. 1904 w wydawnictwie „Gazety lekarskiej“ w Warszawie. Imię autora jest dostateczną rękojmią ścisłości i dokładności w przedstawieniu rzeczy i pod tym względem z pewnością czytelnik nie dozna zawodu. Zadziwiać tylko może, że laryngolog, który tyle zdziałał w swym zawodzie i który w własnem doświadczeniu znalazłby pewnie jeszcze dosyć materyału do pracy prawdziwie oryginalnej, poświęcił czas i pracę dla napisania tak dużego dzieła o metodach badania i miejscowego leczenia krtani, o lekach i przyrządach do tego używanych, oraz o narzędziach, służących do operowania w krtani, że więc napisał dzieło, w którem nie ma tyle pola do uwydatnienia własnego doświadczenia, ani też własnych zapatrywań na sprawy chorobowe i ich leczenie. Zadziwia to tem bardziej, że najdokładniejszy nawet opis rękoczynów wymagających pewnej wprawy nie zdoła zastąpić ćwiczeń praktycznych pod fachowym kierunkiem; wobec zaś takich ćwiczeń drobiazgowe opisy metod badania i operowania są zbyteczne. Jakby w celu uprzedzenia tego rodzaju uwag ze strony czytelnika i wykazania, że dzieło to odpowiada istotnej potrzebie, podnosi Heryng w przedmowie, że lekarz wychodzi na praktykę bez odpowiednich wiadomości z dziedziny laryngologii, nie spotyka się z nią bowiem na uniwersytecie warszawskim wcale. Kto zatem pragnie się zapoznać z tą gałęzią wiedzy, skazany jest, zwłaszcza na prowincyi, na samouctwo, w którem bardzo odczuwa potrzebę dokładnych wskazówek tak pod względem badania krtani, jak i stosowania w niej miejscowych zabiegów leczniczych. Te wskazówki daje mu właśnie dzieło Herynga, a daje je w sposób przystępny, a przytem ścisły i dokładny, zastępując poniekąd kontrolę osobistą nauczyciela, z której samouk korzystać nie może. Obfite ilustracye ułatwiają znacznie zrozumienie rzeczy i dokładne poznanie narzędzi i przyrządów. Tak więc dzieło to odpowiada istotnej potrzebie lekarzy w Królestwie Polskiem i pod tym względem zasługuje przedewszystkiem na uznanie ze stanowiska obywatelskiego. Zasługuje jednak także na uznanie i przedstawienie rzeczy, które odpowiada celowi w zupełności; znać w niem przytem, że pochodzi od laryngologa, który do całej tej budowli nie jedną własną dołożył cegiełkę. Treść dzieła przedstawia się w sposób następujący:

Część I. obejmująca „Metody badania“, rozpoczyna się krótkim rysem historycznym, w którym autor wspomina o wynalezieniu laryngoskopii i laryngoskopijnych metod leczenia, a w końcu wymienia lekarzy polaków, pracujących w laryngologii. Potem przedstawia wcale dokładnie anatomię krtani i tchawicy, ilustrując ją rycinami z dzieł Luschki i Zuckerkandla. Następny rozdział tworzy „Laryngoskopia“; tu autor omawia różne rodzaje światła, dającego się użyć do badań krtani, oraz reflektory i przyrządy oświetlające, ilustrując własny i Krausego. Następnie opisuje wzierniki krtaniowe, a mówiąc o obrazach powiększonych, poleca zwierciadełka pryzmatyczne Hirschberga. Dalej mowa o badaniu krtani z dokładnem przedstawieniem techniki laryngoskopijnej, poczem następuje badanie jamy ust i gardła. Następnie przedstawia autor obraz laryngoskopijny, omawiając dokładniej jego szczegóły, a potem podaje „Kilka uwag co do fizyologii krtani“, uwzględniając rozwarcie i zwarcie głośni, oraz zamknięcie wejścia krtani; w końcu omawia niezwykłe trudności, na jakie badanie laryngoskopowe napotykać może. W następujących rozdziałach opisuje Heryng „szczególne metody badania“, rozpoczynając od badania laryngoskopem tylnej ściany krtani. W dalszym ciągu opisuje autoskopię Kirsteina, a następnie badanie tchawicy zapomocą laryngoskopu, które nazywa tracheoskopią. Tutaj wspomina także o badaniu przez przetokę tchawiczą po tracheotomii tak zapomocą małych lusterek, jak i mojemi prostemi rurkami. Zauważyć tu muszę, że rurek Zaufala nie używam, jak to Heryng podaje, u dorosłych, lecz podobnie, jak wzierników usznych, używałem ich po odpowiedniem skróceniu dawniej u małych dzieci; u dorosłych, a nawet u dzieci starszych, używam rurek, które są znacznie szersze, niż rurki Zaufala. W dalszym ciągu przedstawia Heryng w krótkości „bronchoskopię“ Killiana, zazna-

czając różnicę pomiędzy wprowadzaniem prostej rurki do tchawicy, a do samych oskrzeli, przyczem jednak nie używa nazwy „tracheoskopia“, odnosząc ją do badania tchawicy laryngoskopem lub przez ranę tracheotomijną. Mojem zdaniem właściwiej jest nazywać laryngoskopowaniem tchawicy badanie jej zapomocą laryngoskopu, a nazwy „tracheoskopia“ używać przy badaniu jej zapomocą prostych rurek, zależnie zaś od tego, czy rurkę wprowadzamy do tchawicy przez krtań, czy przez przetokę tchawiczą (po tracheotomii), rozróżniać należy „tracheoskopię górną“ i „dolną“, podobnie jak rozróżniamy górną i dolną bronchoskopię. Następnie omawia Heryng prześwietlanie krtani, autolaryngoskopię, demonstracyę obrazu krtani, badanie dzieci i osób obłożnie chorych, a w końcu badanie krtani zewnętrzne, zapomocą palca i zapomocą zgłębnika. Potem spotykamy uwagi o nabywaniu wprawy w badaniu i wykonywaniu odpowiednich rękoczynów, przyczem autor wspomina różne fantomy do ćwiczeń, a między nimi fantom własny, dający się urządzić bardzo tanim kosztem. Cały ten dział kończą uwagi o celu i zakresie miejscowego leczenia.

Część II dzieła obejmuje „Metody lecznicze nieoperacyjne“. Rozpoczyna je rozdział o wziewaniach, w którym Heryng rozbiera, jak daleko do dróg oddechowych płyny rozpylone dostać się mogą. Przytacza on tu pracę Smoleńskiego w „Przegl. lek.“ z r. 1880; potem podaje własne doświadczenia, które zgodnie z wynikami tej pracy i nowszemi badaniami Emmericha i Bullinga dowodzą, że płyny wdychane dostać się mogą do samych pęcherzyków płucnych. Omówiwszy następnie działanie wziewań, przechodzi do opisu różnych przyrządów inhalacyjnych; po przyrządach służących do wziewań chłodnych idą przyrządy parowe Sieglego, (którego nazwisko jest mylnie „Siegel“ zamiast „Siegle“ podane), a w końcu przyrządy Jahra. Nie spotykamy tu żadnej wzmianki o kociołku z giętką rurą, który pod nazwą przyrządu Mutkyego jeszcze przed kilkudziesięciu laty był używany do wziewania pary i środków przechodzących w parę. Rozdział ten kończy zestawienie środków do wziewań używanych z omówieniem ich działania. Następują płukania, przy których Heryng uwzględnia także t. zw. płukania krtaniowe według Guiniera, które miał sposobność w jednym przypadku skontrolować laryngoskopem; potem podaje środki do płukań używane. Mówiąc następnie o pendzlowaniu krtani, podaje i własny pendzelek, poczem przechodzi środki do pendzlowania używane, a kończy omówieniem wkraplania płynów do krtani. W podobny sposób przedstawia następnie wdmuchiwanie proszków do krtani, ilustrując między innemi i własne dmuchadło (insuflator); potem idą leki do wdmuchiwań używane. W następnym rozdziale omawia środki żrące i sposoby stosowania ich w krtani. Dalej pod tytułem „Metody fizykalne“ mówi o zastosowaniu elektryczności do celów leczniczych, tłómacząc na wstępie niektóre zasadnicze pojęcia z nauki o elektryczności. Następnie, omówiwszy akumulatory, przechodzi do galwanokaustyki; pouczającym jest przytoczony tu z własnej praktyki przypadek. — Następuje elektroliza, omówiona pod względem fizykalnym i co się tyczy stosowania jej w celach leczniczych w krtani; spotykamy też i tu rysunek rączki i elektrod autora. Rozdziały o elektryczności kończy faradyzacya i galwanizacya, poczem następuje mięsienie krtani.

Część III obejmuje „Chirurgię śródkrtaniową“. Tu po wstępnych uwagach omawia autor znieczulanie miejscowe, uwzględniając przedewszystkiem kokainę, a po niej tropokokainę i eukainę. Następnie omawia antypirynę, ortoform i anestezynę, a przedstawiwszy działanie adrenaliny, opisuje uśpienie bromkiem etylu. Następne rozdziały poświęca autor odkażaniu, w zastosowaniu do operatora, jego asystentów i chorego, do narzędzi, środków opatrunkowych i leków. Mówiąc dalej o „powikłaniach przy operacyach śródkrtaniowych“, uwzględnia krwotoki i „napady nagłego zaduszenia“, a potem omawia „tracheotomię w nagłych wypadkach“. Następują uwagi co do leczenia pooperacyjnego, a w końcu dotyczące operacyi śródkrtaniowych wogóle. Drugą połowę tej części stanowią „Narzędzia śródkrtaniowe“, przedstawione starannie w rozmaitych rodzajach i ich odmianach; pomiędzy niemi spotykamy też narzędzia, podane przez autora. Narzędzia te ilustrują odpowiednie rysunki, a przy ich opisie spotykamy praktyczne wskazówki, dotyczące techniki operacyjnej w krtani.

W każdej z tych trzech części znajdujemy przedstawienie rzeczy bardzo dokładne i szczegółowe, w całości jednak uderza nas brak rozdziału o systematycznem rozszerzaniu zwężeń krtani, równie jak i o jej intubacyi. Odpowiednio do tytułu dzieła należało uwzględnić i te metody leczenia; jeżeli zaś autor chciał je pominąć, to powinien to był, jeżeli nie w tytule, to w przedmowie zaznaczyć. Na końcu dzieła znajdujemy opis fantomu i wskazówki do urządzenia go z kartonu dodanego w tym celu.

Po tem wszystkiem spotykamy rozdział „O nowych metodach i nowych aparatach inhalacyjnych“. Nie będąc z dawnych przyrządów zadowolonym, podjął Heryng cały szereg doświadczeń, na podstawie których wykonał przedstawione poniżej własne przyrządy inhalacyjne. Najważniejszą w nich rzeczą jest możność regulowania ciepłoty wziewań, do czego służy „termoregulator“ i „termoakumulator“ autora. Pierwszy polega na rozszerzaniu i zwężaniu szpary, którą powietrze dopływa do rury, odprowadzającej prąd pary i cieczy rozbryzganej. Im więcej powietrza przepływa, tem większe ochłodzenie; tak więc przez odpowiednie rozszerzenie lub zwężenie szpary możemy regulować ciepłotę u wylotu rury pomiędzy 35° a 60° C. Termomultiplikatorem zaś nazywa Heryng rurę wygiętą w kształcie liry, po założeniu której ciepłota tak się podnosi, że, nawet przy nastawieniu termoregulatora na 35° C, u wylotu rury osiąga 55°—60° C. Heryng podnosi, że możność regulowania ciepłoty pozwala na stosowanie termoterapii w drogach oddechowych, wysokość zaś ciepłoty ułatwia przejście w parę środków o wysokim punkcie wrzenia. Dalej zastanawia się nad działaniem wziewań w chorobach samych płuc, a następnie podnosi łatwą resorbcyę, jaka w płucach następuje. Omówiwszy potem przyrządy dla wziewalń ogólnych, opisuje przyrządy Wassmutha, Heyera i własny. W końcu zaleca używanie wziewań w suchotach płucnych, licząc na ich działanie, jeżeli już nie na prątki gruźlicze, to na towarzyszące im drobnoustroje ropne. Wreszcie wspomina o (podanem przez niego już dawniej) wpuszczaniu płynów ogrzanych na 38° C do tchawicy, które spływając do płuc, ulegają wessaniu; wybitne działanie lecznicze środków, stosowanych w ten sposób, stwierdził on na jodku potasu i piramidonie.

W części tej nie chodzi Heryngowi o zestawienie metod i przyrządów znanych i uznanych, lecz o przedstawienie pomysłów własnych; to też część ta stanowi osobną rozprawę, którą autor dołączył do gotowego już dzieła. Oryginalną jest ścisła regulacya ciepłoty, jak również zakładanie wygiętej rury (liry) dla podniesienia ciepłoty pomimo przepływania przez nią powietrza (w rurze przyrządu Mutkyego ciepłota jest wcale wysoka, nie przepływa jednak powietrze przez rurę). Oryginalną myślą autora jest też jego „termoterapia“, równie jak i miejscowe leczenie chorób samych płuc, czy to wziewaniami, czy to wlewaniem leków do tchawicy; oryginalną wreszcie jest myśl używania płuc za drogę do wprowadzania w ustrój leków rozpuszczonych (t. j. nieznajdujących się w stanie gazowym). Rzeczywistą wartość tych pomysłów przyszłość dopiero na podstawie faktów ocenić pozwoli, dziś jednak mamy prawo się spodziewać, że przyczynią się one do rzeczywistego postępu w leczeniu dróg oddechowych, a może i całego ustroju.

Prof. Dr. Pieniążek.

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. L. E. Bertrand. **Łupież pstry klatki piersiowej, jako pośredni objaw początkowy gruźlicy płuc.** (*La semaine médicale*, 1905, Nr. 15). Na podstawie ciągłych spostrzeżeń stwierdza autor, że łupież pstry (*pityriasis versicolor*) występuje na klatce piersiowej u jednostek, które uległy schudnięciu, o lichej budowie ciała, często ulegających zaziębieniu i kaszlących, u których nadto wypuk i przysłuch pozwala stwierdzić nieznaczne początkowe zmiany gruźlicze w płucach. Ten stosunek przytoczonego cierpienia skóry z zajęciem płuc, podobny do związku, istniejącego między wielokrotnymi czyrakami skóry, a moczówką cukrową, pozwala uważać łupież pstry za początkowy objaw gruźlicy płucnej i nakłada na lekarzy obowiązek zastosowania środków zapobiegających gruźlicy u jednostek, dotkniętych tem cierpieniem skórnem. *Dr. Blassberg.*

D. Rothschild. **O przewlekłem zapaleniu płuc w przebiegu chorób serca.** (*Berliner klin. Wochs.*, Nr. 13, 1905). Doświadczenia Rokitańskyego, iż niektóre choroby serca i płuc nawzajem się wykluczają, potwierdza pod pewnymi względami nowsza statystyka. Utrudniony odpływ krwi żylnej z płuca utrudnia w wysokim stopniu powstanie zaburzeń płucnych, co stanowi właśnie podstawę leczenia sposobem Biera na zasadzie przekrwienia zastoinowego; tylko tak możemy sobie wytłómaczyć znakomitą odporność, jaką posiadają wobec gruźlicy chorzy ze ścieśnieniem zastawki dwudzielnej, natomiast ścieśnienie ujścia tętnicy płucnej wywołuje wprost skłonność do gruźlicy. Zbawienne działanie werandowania polega też po części na przekrwieniu płuc, wywołanem ciągłem leżeniem. Oprócz gruźlicy kombinują się wszystkie inne postacie przewlekłego zapalenia płuc bardzo często z wadą serca; tak samo rzecz się ma ze sprawami zapalnemi osierdzia i opłucnej. R. leczył w ostatnich latach 5 osobników, cierpiących równocześnie na zapalenie osierdzia, a względnie mięśnia sercowego, prócz tego na zapalenie opłucnej i dolnego płatu płucnego tej samej strony. Uważając te zmiany za przewlekłe zwyrodnienie włókniste błon surowiczych z następowem zajęciem tkanki łącznej płuca, autor nie zna żadnego środka, działającego dodatnio na samą sprawę; stosuje objawowo jodek potasu, kąpiele cieple, zawierające CO_2, odpowiednie wdychiwania i inne leki sercowe, w podobnych razach używane. *Korm.*

Władysław Sterling (Warszawa). **Przyczynek do nauki o chorobie Morvana i powstawaniu jam.** (*Zeitschrift f. klin. Med.*, T. 56, Z. 5 i 6, 1905). Skreśliwszy w sposób jasny i wyczerpujący obraz kliniczny choroby Morvana i zapatrywanie się różnych badaczy na jej istotę, rozstrzyga autor pytanie, czy chorobę Morvana należy uznać za odrębną jednostkę chorobową, czy też złączyć ją z syryngomyelią. Na podstawie całego obrazu i przebiegu klinicznego, zmian anatomicznych i histologicznych w rdzeniu przechyla się autor stanowczo do ostatniego zapatrywania, odrzucając również hipotezę o związku przyczynowym między trądem a jamistością rdzenia (syryngomyelią), względnie jej odmianą: chorobą Morvana. Wprawdzie trąd może czasem przedstawiać bardzo podobny obraz chorobowy, co i jamistość rdzenia, względnie choroba M., jednakże na podstawie ścisłego i dokładnego różniczkowania można obie sprawy doskonale od siebie odróżnić. Co się tyczy patogenezy, to autor, opierając się na bardzo ściśle i dokładnie pod względem histologicznym przez siebie badanym przypadku choroby M., przypuszcza, że przynajmniej pewna część jam i szczelin rdzenia (o ile nie są pokryte wyściółką komórkową — *ependyma* — i nie pozostają w bezpośrednim związku z kanałem środkowym), powstaje skutkiem tego, że wrastające z obwodu rdzenia do istoty białej łącznotkankowe przegrody wywołują dokoła siebie bujanie gleju (neuroglii), który następnie kurcząc się i ściągając, powoduje tworzenie się większych lub mniejszych szczelin wewnątrz przegród. *Wilczyński.*

Prof. E. Neusser (Wiedeń). **Dusznica bolesna.** (*Ausgewählte Kapitel der klin. Sympt. und Diagnostik.* Nr. 2. Wiedeń. Braumüller, 1904). Najważniejszy objaw dusznicy: ból może się umiejscowiać nie w zwykłem miejscu pod mostkiem, ale drogą rozpromienienia się powstaje w odległych często okolicach, n. p. wątroby, nerek, żołądka, co lekarza bardzo łatwo przy rozpoznawaniu może w błąd wprowadzić. Równocześnie sam rodzaj i natężenie bolu, jakoteż podmiotowe uczucie śmiertelnej trwogi, a dalej tor oddechowy, liczba i napięcie tętna, mogą podczas napadu przedstawiać rozmaite zboczenia i odmiany. Zgodnie z teoryą Potaina i Hucharda upatruje autor w zwężeniu tętnic wieńcowych powstałem czyto na tle miażdżycy z najrozmaitszych powodów, czy też skutkiem rozległych zrostów worka osierdziowego z mięśniem sercowym, najważniejszą i podstawową przyczyną dusznicy bolesnej. Kliniczne spostrzeżenia, a mianowicie występowanie dusznicy bolesnej w napadach, zwłaszcza po wysiłkach fizycznych, jedzeniu, zadziałaniu zimna, wzruszeniach psychicznych i t. d. wskazują, że samo mechaniczne zwężenie naczyń wieńcowych nie jest jedyną przyczyną napadu, lecz że podobnie, jak w obrębie kończyn dolnych dla opisanej przez Erba *dysbasia intermittens arteriosclerotica*, przyjąć musimy, że aby napad przyszedł do skutku, koniecznie potrzebnym jest obok stale utrzymujących się zmian naczyniowych, jeszcze i dołączający się, chwilowo czynny skurcz naczyniowy; oczywiście stać się to może tylko wtedy, kiedy dotknięte wprawdzie miażdżycą naczynia wieńcowe serca posiadają jednak jeszcze dostateczny zasób elastyczności; z chwilą, gdy miażdżyca tętnic bardzo daleko się już posunie i zamieni naczynia w twarde i niepodatne przewody, wówczas napady dusznicy bolesnej ustąpić mogą zupełnie, a miejsce ich zajmuje obraz niedomogi mięśnia sercowego. Oddzielną etyologicznie grupę dusznicy bolesnej stanowią te przypadki, w których miażdżycy w obrębie tętnic wieńcowych się nie spotyka, a gdzie jedyną przyczyną napadów są bądź zmiany zapalne (n. p. w następstwie chorób zakaźnych) w splocie nerwowym aorty, lub tętnic wieńcowych (*plexus aorticus et coronarius*), bądź ucisk na powyższe sploty (n. p. przez rozszerzoną aortę lub tętniak, powiększone gruczoły lub nowotwory śródpiersia); tutaj też należą rzadkie zresztą przypadki dusznicy bolesnej w przebiegu wiądu rdzenia (analogiczne do *crises gastriques*) lub kiły.

Czynnościowa (t. zw. wrzekoma = *pseudoangina*), nie polegająca na żadnych zmianach anatomicznych, czyto w splotach nerwowych, czy też w naczyniach, — dusznica bolesna może mieć również tło bardzo rozmaite; spotykamy ją w przebiegu ogólnych nerwic, n. p. histeryi, neurastenii (u lekarzy i studentów t. zw. *anginophobia*, w zatruciach, zwłaszcza nikotyną); bardzo często napad powstaje odruchowo, a punktem jego wyjścia mogą być różne obwodowe nerwobole, schorzenia w zakresie jamy brzusznej, jako to: niestrawność, wrzód żołądka, kamica żółciowa, cierpienia narządów płciowych u kobiet, zwłaszcza w okresie przekwitania i t. d. W rozpoznaniu należy wyodrębnić nietylko inne podobne stany chorobowe, jako to: dychawicę sercową, oskrzelową, nerwobóle splotu barkowego, lub nerwu przeponowego, ale przedewszystkiem uwzględnić należy tło przyczynowe; jasną bowiem jest rzeczą, że zupełnie odmienne rokowanie być musi w dusznicy bolesnej, powstałej na tle miażdżycy tętnic wieńcowych, a inne w dusznicy wrzekomej. *Wilczyński.*

Kurpjuweit. **O śmiertelnych niedokrwistościach w wieku starczym.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, T. 82, Z. 56, 1905). W klinicznym obrazie niedokrwistości złośliwej zdarzają się czasem liczne pod niejednym względem odmiany i wyjątki, odbiegające w różnych kierunkach od ogólnie przyjętego typu. Między innemi przydarza się czasem w wieku starczym pierwotna, bez wyraźnej etyologicznej przyczyny przewlekła niedokrwistość złośliwa z obrzękiem śledziony, mierną poikilocytozą, a znaczną leukopenią, w przebiegu której nie pojawiają się we krwi wcale pierwiastki, świadczące o zadrażnieniu szpiku kostnego. Niedokrwistość ta przebiega z gorączką ciągłą lub przepuszczającą, niekiedy nawet wysoką, a kończy się śmiertelnie. Objawy skazy krwotocznej występują stosunkowo późno i tylko w nieznacznej mierze. Szpik kostny okazuje zupełny zanik. *Wilczyński.*

Zeitner. **Rytmiczne, od tętnienia zależne ruchy głowy** (t. zw. objaw Musseta) **w chorobie Basedowa.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 19, 1905). Objaw Musseta, polegający na rytmicznych ruchach głowy, równoczesnych, z tętnem, spotykano dotychczas w niedomykalności tętnicy głównej, przy tętniakach łuku tej tętnicy i w ogólnej miażdżycy. Autor spostrzegał objaw ten w czterech przypadkach choroby Basedowa. Tłómaczenie znaczenia tego objawu dotychczas nie jest wystarczające, ani też nie daje się zastosować do występowania objawu Musseta w chorobie Basedowa. I tak n. p. objaśnienie Valentina, że cofanie się krwi przy rozkurczu jest powodem tego objawu, albo Delpeucha, że krew podczas skurczu wepchnięta do łuku aorty usiłuje łuk ten wyprostować, a ruch ten łuku przenosić się ma na głowę, niema usprawiedliwienia w chorobie Basedowa. Również nieprawdopodobnem jest twierdzenie Herzoga, jakoby ruchy tętniące mózgu, powstające skutkiem wielkich różnic w ciśnieniu krwi między skurczem, a rozkurczem, przenosić się miały na głowę. Wedle autora odbywają się ruchy głowy w płaszczyźnie czołowej, a więc około osi, przechodzącej przez stawy głowy i kręgowe, a pochodzić one mogą albo wskutek ciśnienia głowy ku dołowi, albo ku górze. Otóż istniejące w chorobie Basedowa tętno szybkie (*pulsus celer*) powoduje wedle autora ciśnienie z dołu ku górze, mianowicie silne, skurczowe rozszerzenie się wielkich naczyń wywołuje ścieśnienie przestrzeni okolicy pod-

szczękowej, czego następstwem ma być cofnięcie się głowy ku górze, podczas gdy w czasie rozkurczu głowa na mocy swej ciężkości opada na dół. *Hermelin* (Lwów).

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. C. Knoop. **Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w jamie macicy.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 19). K. opisuje dwa przypadki tego rodzaju. W pierwszym z nich skierował lekarz domowy 57-letnią chorą do kliniki z podejrzeniem raka trzonu macicy. Zawsze poprzednio zdrowa straciła chora przed 10 laty regularność, a od 14 dni miewa odchody ropiaste. Z drobnego ujścia wydobywała się brunatna, cuchnąca wydzielina. Przed postanowioną skrobanką wykryto zgłębnikiem jakieś chropawe, twarde ciało w jamie trzonu, poczem wydobyto z łatwością zapomocą łyżeczki szpilkę podwójną zardzewiałą, kruchą. Dodatkowe wywiady wykazały, że jeszcze przed 6 laty wymknęła się chorej taka szpilka rzekomo w czasie wycierania upławów zapomocą papieru, na szpilkę nawiniętego. Przez tak długi czas zatem pozostawało ciało obce spokojnie i bez objawów w jamie macicy, aż przed dwoma tygodniami wywołało stan zapalny. Badanie pęcherza i odbytnicy nie wykazało nic, coby świadczyć mogło za przebiciem szpilki z tej strony do macicy. Drugi przypadek dotyczy rodzącej, u której położna rozpoznała położenie miednicowe, pęcherz stoi, tuż obok kości krzyżowej płodu, lecz poza obrębem błon płodowych znajduje się w jamie szyi 3—4 ctm. ponad ujściem zewnętrznem ciało miękkie, pod palcem ustępujące. Ciało to, wydobyte z łatwością zgiętym palcem, było cuchnącym zwitkiem papieru gazetowego, wielkości orzecha laskowego. Chora używała dla zapobiegnięcia zastąpieniu tamponów z papieru, a jednego z nich nie zdołała wydostać z powrotem. Stało się to jeszcze przed ostatnią ciążą. Połóg przebiegł bez zaburzeń. Sposób wprowadzenia tamponu tak wysoko pozostaje dość zagadkowym. Przypadek podobny do drugiego opisał Czarnecki z Gniezna. *B. Wojciechowski.*

K. Reifferscheid. **W sprawie metod, sprowadzających niepłodność.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 19). Küstner ogłosił dwa przypadki, w których przy sposobności waginofikacyi usunął, celem sprowadzenia niepłodności, po 2—3 ctm. odcinka macicznego obu trąbek, wyciął kliny z rogów macicznych, zaszył ranę i pokrył otrzewną, a mimo to chore zastąpiły i musiały się z obawy przed pęknięciem macicy poddać cięciu cesarskiemu. Nawiązując do tego ogłoszenia, podaje R. podobny przypadek, świadczący o niepewności metod, stosowanych dla sprowadzenia niepłodności. Kobieta z miednicą płasko-krzywiczą miewała porody ciężkie. Pierwszy z nich skończono wymóżdżeniem po wypadnięciu pępowiny; drugi raz wywołano poród przedwczesny, który dał dziecko nieżywe; przy trzecim uzyskano po cięciu cesarskiem płód żywy, który zmarł po pięciu tygodniach; przy czwartym wykonano znowu cięcie cesarskie, po którem dziecko się chowa, — lecz tym razem zastrzegła sobie chora równoczesne sprowadzenie sztucznej niepłodności. Uznając słuszność życzenia chorej, podwiązano podwójnie jedwabiem obie trąbki, wycięto z nich po 2 ctm. i wszyto kikuty od strony macicy w fałdy otrzewnej przy rogach macicznych. W rok po zabiegu przedstawia się chora znowu w ciąży, przedkładając z oburzeniem pisemne zapewnienie ze strony asystenta, że po operacyi na ponowną ciążę narażoną nie będzie. Ponieważ chora na cięcie cesarskie się nie zgodziła, wzniecono poród przedwczesny, który dał płód nieżywy. Przypadki te i tym podobne świadczą o niedokładności metod operacyjnych i o tem, że kikut przeciętej trąbki jest w stanie tak samo jaje przyjąć, jak to się dzieje przy pomocy lejka. Słusznie proponuje Küstner usunięcie w takich przypadkach trąbek w całej rozciągłości, wycięcie zarazem głębokich klinów z rogów macicznych i pokrycie ran otrzewną. Jeżeli się, nawet wycinając klin, nie natrafi na całej przestrzeni na trąbkę, to zawsze stwarza się w danym razie ponad nią silną bliznę. *B. Wojciechowski.*

H. Fuchs. **W sprawie operacyi Alexandra-Adamsa.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1905, Nr. 20). Wbrew zdaniu Fehlinga twierdzi autor, opierając się na 220 przypadkach kliniki kilońskiej, że wyszukanie więzadła okrągłego w samym przewodzie pachwinowym jest pewniejsze, niż w pierścieniu zewnętrznym, gdyż posiada ono w tem miejscu swą średnią grubość, podczas gdy w pierścieniu zewnętrznym zaczyna się wachlarzowato rozszerzać. Omija się ponadto tłuszcz Imlacha, przeszkadzający zazwyczaj znacznie w wyszukaniu więzadła, a wreszcie natrafia się łatwiej na nerw biodrowo-pachwinowy, służący za drogowskaz. W przypadkach tak silnego tyłozgięcia macicy, że zwykłe podciągnięcie więzadła nie poprawia jeszcze jej położenia, ma operator łatwy dostęp do lejka otrzewnego, po którego otwarciu może ze śródotrzewnej części więzadła wyciągnąć tyle, ile potrzeba i przyszyć do niego otrzewnę w innem miejscu. Na 220 przypadków otwierano przewód wprost 144 razy. Doświadczenie poucza, że także bardzo słabo rozwinięte więzadła stosunkowo bardzo łatwo wyosobnić się dają; gdzie zaś trudności są zbyt duże, tam chodzi zawsze o nieprawidłowe stosunki, jak zbyt silny rozwój tłuszczu w przewodzie, otwarty uchyłek Nucka lub stary worek przepuklinowy, żylaki sprowadzające krwawienie, lub przyczepienie się więzadła do fałdu otrzewnego. W razie pobłądzenia zdarzają się przy obu metodach uszkodzenia uboczne, jak krwotok tętniczy, lub nawet uszkodzenie pęcherza. Dokładne tamowanie krwotoku zapobiegać powinno krwiakom, o jakich wspomina Zweifel. Do uszkodzenia nerwu biodrowo-pachwinowego, które z trudnością uniknąć się daje, nie należy przywiązywać większego znaczenia, gdyż wyjątkowo tylko zdarza się wyraźniejsza bolesność w późniejszej bliźnie. Ropienie, które F. widział częściej po poprzedniej plastyce pochwowej, aniżeli po samej operacyi A. A., zniewoliło go do operowania po plastyce w rękawiczkach gumowych. Przepukliny lub choćby skłonności do niej nigdy F. u badanych później 69 chorych nie zauważył. W 14·4% stwierdził F. nawrót tyłozgięcia. W przypadkach tych atoli albo więzadło było zbyt słabe, albo też chodziło o tyłozgięcie przyrośnięte, gdzie macicę przed zabiegiem lub wśród niego nagle odprowadzono. Ostatni rodzaj przypadków nie nadaje się zatem zupełnie do operacyi A. A. U 6 operowanych pozostała macica także po porodzie w przodozgięciu. Przypadki powikłane obniżeniem lub wypadnięciem pochwy wymagają waginofiksacyi Dührssena, lub operacyi plastycznej Wertheima z użyciem samej macicy; — operacya zaś A. A. w roli aktu pomocniczego niema tu wartości. Jako jedyne wskazanie do operacyi A. A. pozostaje wolne tyłozgięcie macicy, o ile wymaga ono zabiegu; wówczas jednak oddaje ta metoda znakomite usługi. *B. Wojciechowski.*

L. Pincus. **W sprawie anatomii i przyczyny powstawania obrzęku mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego u noworodków.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1905, Nr. 20). Badania nowsze wykazały tu 2 etyologicznie różne cierpienia. W rzadszych przypadkach odgrywa główną rolę uszkodzenie mechaniczne podczas porodu, poczem powstaje krwiak i następowo zapalenie śródmiąższowe mięśnia; w przeważnej zaś liczbie jest zapalenie mięśnia czemś wczesnem, istniejącem już w łonie matki. W 65% spostrzeżono cierpienie to po porodach miednicowych, w 35% po czaszkowych. Uderzającem jest, jak często obrzęki rzeczonego mięśnia widuje się po zupełnie prawidłowych, a nawet bardzo szybko przebiegających porodach czaszkowych. P. opisuje przypadek, w którym u dzieciącia płci żeńskiej, wagi 2915 grm., urodzonego prawidłowo w położeniu czaszkowem, spostrzeżono od drugiego dnia życia zgrubienia w lewym mięśniu m. s. o. bez skrzywienia szyi. Po 14 dniach dziecię zmarło z powodu nieżytu przewodu pokarmowego, a badanie drobnowidowe wykazało zapalenie mięśnia włókniste obok świeższych ognisk zapalnych, — ani śladu zaś barwika krwi. Kilę można było wykluczyć. Wszystko przemawia za tem, że chodziło tu o dawny proces zapalny, który może pod wpływem porodu uległ zaostrzeniu. *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. Dr. Cohn. **Dalsze uwagi o stosowaniu radu w jaglicy.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 8, 1905). Wyniki pomyślne doświadczeń, jakie Cohn przeprowadził z radem w leczeniu jaglicy, spowodowały, że autor ten zachęca do dalszego próbowania tego środka. Nie zraża się on spostrzeżeniami Birch-Hirschfelda, który zauważył u królika szkodliwe zmiany pod wpływem radu na powiekach, rogówce i w nerwie ocznym. Birch-Hirschfeld stosował rad w ilości 20 miligramów przez 3—6 godzin; Cohn zaś stosuje 1 miligram przez 1—2 minut, przeświecając ziarna jaglicze. Rad umieszczał on w rurce szklanej 3 mm. długości i tę rurkę z radem przykładał do ziarn jagliczych. Szkodliwe działanie radu w doświadczeniach Birch-Hirschfelda przypisać należy długiemu działaniu i znacznej ilości radu. Cohn wskazuje na doświadczenia Heinecka, który, używając radu, doprowadzał do szybkiego zaniku mieszki limfatyczne jelita, ten jednakże używał 20 miligramów radu i działał przez 5 minut wprost na kępki Peyera. *Berezowski.*

Dr. Holz. **Wyleczenie dwóch przypadków obustronnego trzeszcza i przypadku pląsawicy przez usunięcie wybujałości gruczołowatych.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 4, 1905). Autor opisuje dwa przypadki trzeszcza, gdzie przyczyną powstawania były wyrośle gruczołowate. Chory siedemnastoletni chłopiec z objawami dychawicy, z zanikiem fałdów nosowo-policzkowych, z mową bezdźwięczną i takiem ogólnem wejrzeniem, że można było przypuszczać obecność wyrośli gruczołowatych. Badanie jamy nosowej stwierdziło to podejrzenie. Wysadzenie gałek ocznych występowało obustronnie, wybitniej po stronie prawej, gdzie także wyraźniej zaznaczały się objawy Stellwaga i Graefego. W narządzie krążenia i narządach wewnętrznych zmian żadnych. Z usunięciem wybujałości gruczołowatych ustąpił trzeszcz zupełnie. Po dwóch latach nastąpił nawrót, lecz po powtórzonym zabiegu operacyjnym,

t. j. po usunięciu migdałka nadliczbowego trzeszcz gałek ocznych ustał. W innym przypadku po usunięciu migdałka i wyrośla gruczołowatego, gdzie podobnie, jak poprzednio, żadnych nie było zmian zapalnych, trzeszcz również na zawsze ustąpił. Samo usunięcie migdałków było bez wpływu na wysadzenie gałek ocznych. W tym przypadku objaw Graefego i Stellwaga występował tylko po stronie prawej. Wreszcie wspomina autor o przypadku pląsawicy, uleczonym również przez usunięcie wyrośli gruczołowatych. *Berezowski.*

Dr. J. Fejer. **Eumydrina, jako środek rozszerzający źrenicę.** (*Heilkunde*, Nr. 3, 1905). Eumydrina, jako środek rozszerzający źrenicę, ma być wolną od ujemnych stron, jakie okazują inne do tego samego celu służące leki. Brak jej własności trujących, nie działa tak długo, jak n. p. atropina i nie wywołuje mieszkowego zapalenia spojówki. Działanie jej na źrenicę występuje szybko. Prawdopodobnie nie podnosi ona ciśnienia śródocznego, potrzebne są jednak dalsze badania w tym kierunku. Eumydrinę uzyskał prof. Dreser z siarkanu atropiny i twierdzi, że nie działa ona trująco na ośrodkowy układ nerwowy, a działa natomiast skutecznie na nerwy obwodowe. Fejer stosuje eumydrinę w rozczynach 1, 2, 5% przy wrzodach rogówki, zapaleniu tęczówki i tkanki natwardówkowej i zachęca do używania tego środka. *Berezowski.*

OTYATRYA. Burkner. **O leczeniu chorób usznych nerwowych.** (*Deutsche med. Wochen.* 1905, Nr. 3). Choroby układu nerwowego w narządzie słuchu są przeważnie chorobami następowemi wskutek chorób śródusza lub innych chorób ogólnych; dlatego w leczeniu chorób układu nerwowego w narządzie słuchu koniecznem jest leczenie chorób przyczynowych. Co do leczenia miejscowego, to wogóle niewiele się możemy po niem spodziewać. W przypadkach, gdzie przypuszczamy przekrwienie błędnika, zaleca się spokój i unikanie wszystkiego, coby mogło sprowadzić większy dopływ krwi do głowy. Przedmuchiwanie ucha jest przeciwwskazane. W przypadkach niedokrewności błędnika, jaka spotyka się w niedokrewności, białaczce, znaczniejszych krwotokach, jedynie ogólne leczenie może usunąć objawy ze strony słuchu. Czasem mięsienie ucha usuwa przynajmniej na pewien czas dolegliwości, prawdopodobnie wskutek sztucznie wywołanego przekrwienia. Co do zapaleń błędnika, to oprócz zupełnego spokoju zaleca się zimne okłady na głowę i okolicę ucha, jakoteż środki odciągające krew. Nieraz dobrze działają wstrzykiwania podskórne pilokarpiny 2% 2—4 kropli lub 4—6 kropli na wewnątrz. Strychniny B. nie radzi używać. Tak zwana choroba Meniéra bywa wywoływana przez rozmaite choroby śródusza i ogólne, i te przedewszystkiem należy uwzględnić przy leczeniu. W tych przypadkach, w których przyczyną objawów Meniérea jest wynaczynienie w błędniku, jak to miało miejsce w pierwszych przypadkach, opisanych przez Meniérea, zaleca się podskórnie polikarpinę, a na wewnątrz jod i brom. We wszystkich przypadkach koniecznem jest pozostanie w łóżku przez pewien czas, nawet po ustąpieniu objawów. Co do szumów usznych, to, jeżeli poza tem niema żadnych zmian w narządzie słuchu, przyczyna ich jest nerwowa i odpowiednio do tła musi być stosowane leczenie. W przypadkach nerwobolów ucha (*neuralgia plexus tympanici*) musimy zbadać jamę ustną i gardło, gdyż bardzo często choroby tych części powodują nerwobole ucha; w przypadkach, gdzie tło jest czysto nerwowe, stosowanie antypiryny, fenacetyny, aspiryny, daje nieraz dobre wyniki. *Zalewski.*

Grunert i Dallmann. **Sprawozdanie roczne z kliniki usznej w Hali.** (*Archiv f. Ohrenh.*, Tom 62, 1905). W sprawozdaniu swem G. i D. zwracają uwagę, jak niepewne daje wyniki nakłucie lędźwiowe przy rozpoznaniu powikłań mózgowych pochodzenia usznego. W jednym przypadku rozpoznano zapalenie ropne opon mózgowych, gdyż płyn mózgowo-rdzeniowy, otrzymany przez nakłucie lędźwiowe, okazywał znaczne zmętnienie i zawierał znaczną ilość białych ciałek krwi. Gdy jednak zaczęły występować objawy, które kazały podejrzywać ropień mózgu, otwarto czaszkę i opróżniono ropień płatu skroniowego; opony okazały się bez zmian. Przypadek ten skończył się wyzdrowieniem. Że przy ropniach mózgowych płyn mózgowo-rdzeniowy może okazywać zmętnienie i zwiększenie liczby białych ciałek krwi, zwrócił już dawniej na to uwagę Jansen. W drugim przypadku na podstawie wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego rozpoznano też ropne zapalenie opon mózgowych i na tej podstawie nie robiono operacyi. Uderzała przy mikroskopowem badaniu płynu mózgowego znaczna liczba czerwonych ciałek krwi. Na sekcyi okazało się, że opony mózgowe są bez zmian, a znaczna liczba czerwonych ciałek krwi w płynie mózgowordzeniowym znalazła wytłómaczenie w silnem przekrwieniu mózgu i wynaczynieniach mózgowych; przekrwienie to powstało wskutek rozległego zakrzepu zatoki poprzecznej. W trzecim przypadku rozpoznano na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego ropne zapalenie opon mózgowych i z tego powodu nie robiono operacyi. Na sekcyi okazało się, że opony mózgowe były bez zmian, natomiast ropa z ucha środkowego opuściła się na podstawę czaszki, następnie wzdłuż kręgosłupa do klatki piersiowej i przez otwory międzykręgowe do kanału kręgowego; wskutek tego nastąpiło ropne zapalenie opon rdzoniowych. *Zalewski.*

Stenger. **O znaczeniu opuchnięcia gruczołów chłonnych na szyi w przebiegu ropienia śródusza.** (*Archiv für Ohrenh.*, Tom 62, 1905). Körner i Mignon zwrócili uwagę na obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi w przebiegu ropienia ucha środkowego. Obrzmiewają przedewszystkiem gruczoły, znajdujące się w bliskości chorego ucha, mogą jednak obrzęknąć nawet gruczoły nad obojczykiem. S. zwraca uwagę na obrzmienie gruczołów, znajdujących się poniżej wyrostka sutkowego z tyłu, poza mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym. Szczególnie przy tych ropieniach, gdzie jest zajęty wyrostek sutkowy, zdarza się obrzmienie tych gruczołów. S. przytacza przypadki, z których widocznem jest, że w wielu razach może się to przyczynić do rozpoznania, mianowicie w tych przypadkach, w których po zapaleniu ucha środkowego pozostały jedynie objawy ze strony wyrostka sutkowego; — wtedy przy obrzmieniu gruczołów łatwiej zdecydujemy się na operacyę, choćby stan samej jamy bębenkowej nie uprawniał do tego. *Zalewski.*

Espenschied. **W sprawie stosunku między próchnieniem kości skalistej a zmianami w dnie oka.**

— Tenzor. **Zachowanie się dna oka w chorobach narządu słuchu.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 63). Zmiany w dnie oka spotykają się nieraz i w tych przypadkach ropienia śródusza, w których niema żadnych objawów ze strony mózgu; w większości jednak przypadków przy zmianach w dnie oka musimy myśleć o powikłaniu ze strony mózgu. W 13 przypadkach powikłań mózgowych, powstałych w przebiegu ropienia śródusza, które podaje E. w 3-ch przypadkach były zmiany w dnie oka, co wynosi 23%. Na 76 przypadkach powikłań ze strony mózgu, które podaje T., w 29 były zmiany w dnie oka, co wynosi 38%. Tabatake podaje 29,6%. Wedle E. zmiany w dnie oka w przebiegu ropienia śródusza wywołane bywają najczęściej przez zapalenie opon mózgowych; wedle T. nie możemy na zasadzie zmian w dnie oka powiedzieć, z jakiego rodzaju powikłaniem mamy do czynienia. Tak samo co do rokowania nie możemy, według T., na zasadzie badania dna oka nic wyrokować; liczba przypadków wyleczonych tak ze zmianami w dnie oka, jak bez zmian, jest mniej więcej równa; wedle E. natomiast uratowanie chorego z próchnieniem kości skalistej, jeżeli są zmiany w dnie oka, jest wątpliwe. Tabatake podaje, że na 16 takich przypadków 7 skończyło się śmiercią. *Zalewski.*

Haike. **Badania doświadczalne nad działaniem salicylanu sodowego i aspiryny na narząd słuchu.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 63). Pierwsze badania nad działaniem salicylanu sodowego na narząd słuchu przeprowadził Kirchner i znalazł tak w uchu środkowem, jak i w błędniku liczne wynaczynienia, które uważał za przyczynę objawów, jakie występują przy dłuższem zażywaniu lub zatruciu tym przetworem. Wielu jednak badaczy wyraziło wątpliwość, czy te wynaczynienia w narządzie słuchu są wywołane przez salicylan sodowy, czy też może one powstają wskutek przedśmiertnego duszenia się zwierzęcia. Co do chininy, Wittmaack niezbicie dowiódł, że wynaczynienia w narządzie słuchu powstają wskutek przedśmiertnego duszenia się. Badania H. wykazały, że tych wynaczynień przy zatruciu salicylanem sodowym lub aspiryną niema, jeżeli zwierzę zostaje zabite przedtem, nim wystąpiły objawy duszenia się. Co do zmian innych, jakie wywołuje salicylan sodowy i aspiryna w narządzie słuchu, to H. znalazł zmiany w komórkach nerwowych w *ganglion spirale* i *ganglion vestibuli*. Przy małych dawkach część chromatyczna komórek silniej się barwi, niż to bywa prawidłowo. Taką wzmożoną zdolność barwienia się komórek nerwowych spostrzegał Nissl, a po nim i inni po drażnieniu prądem elektrycznym. Jako największe zmiany spostrzegał H. zupełny rozpad części chromatycznej komórek nerwowych. W tych przypadkach, w których komórki okazywały największe zmiany, i nerw słuchowy okazywał zmiany zwyrodnienia; w lżejszych przypadkach zmian w nerwie słuchowym nie znajdował. Różnicy w działaniu salicylanu sodowego i aspiryny nie widział. *Zalewski.*

Habermann. **Przyczynek do nauki o chorobach narządu słuchu wskutek matołectwa.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 63). Częstym objawem matołectwa jest upośledzenie słuchu, a nawet głuchoniemota. Badań anatomo-patologicznych w tym kierunku prawie niema. H. w jednym przypadku znalazł zanik narządu Cortiego i przemieszczenie węzła ślimakowego w ten sposób, że część komórek nie znajdowała się w kanale odpowiednim, lecz między włóknami nerwu ślimakowego; ilość komórek nerwowych była też zmniejszona. To przemieszczenie węzłowych komórek nerwowych świadczy o niedorozwoju narządu słuchu, gdyż podobne ułożenie spotyka się we wczesnym okresie życia płodowego. *Zalewski.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. O. Loeb. **Wpływ wyskoku na serce zwierząt ciepłokrwistych.** (*Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie* 1905, Bd. 52, Heft 6). Doświadczenia wykonywano przeważnie na sercach kocich, wyosobnionych i w krew zaopatrywanych sposobem Langendorffa. Zwierzęta skrwawiano z tętnicy szyjnej, poczem wstrzykiwano im do żyły szyjnej fizyologiczny rozczyn soli kuchennej w ilości, odpowiadającej całkowitej ilości krwi i wreszcie zwierzę ponownie skrwawiano. Otrzymaną w ten sposób mieszaninę krwi i rozczynu fizyologicznego soli kuchennej dopełniano do 500 ctm.³ wspomnianym dopiero co rozczynem soli kuchennej i dzielono na części. Jedna z tych części była użyta jako krew prawidłowa, do innych dodawano alkoholu w rozmaitej ilości. Wnioski, do jakich Loeb doszedł na zasadzie swych badań, są następujące: 1) Alkohol etylowy w rozczynie od 0,13% do 0,3% (na objętość) może wywierać w niektórych przypadkach nieznaczne działanie pobudzające. 2) Dopiero w rozczynie 1% wywiera alkohol działanie wyraźnie porażające. 3) Szkodliwiej działają 2—10% rozczyny alkoholu. Po pierwiastkowem porażeniu może nastąpić pokrzepienie serca, nawet gdy dopływ alkoholu trwa w dalszym ciągu. Może również nastąpić bardzo rychłe przyzwyczajenie się do jadu. 4) Serce zawsze się pokrzepia, gdy po usunięciu wyskoku, nawet 10%-go, przepuszcza się przezeń krew prawidłową. To pokrzepienie może być zupełne. 5) Pod wpływem alkoholu rozkurcz serca nie powiększa się. 6) Aby serce zupełnie przestało bić, należy przezeń przepuszczać alkohol w takiem stężeniu, aby w litrze mieszaniny krwi z fizyologicznym rozczynem soli kuchennej, było go 80,02 gramów. Aby ten sam skutek otrzymać zapomocą eteru, chloroformu, wystarczy, gdy w litrze rzeczonej mieszaniny będzie tylko 17,0 eteru, lub tylko 0,84 chloroformu.

A. Wrzosek.

Arbekow. **Warunki wstecznego dostawania się płynów jelitowych (żółci, soku trzustkowego i jelitowego) do żołądka.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1904). A. badał w pracowni prof. Pawłowa odruch ruchowy z błony śluzowej jelita cienkiego na odźwiernik żołądka; jelito było odosobnione od innych części jelit z zachowaniem jednak z niemi nerwowej łączności (sposób Thiry-Vella). Drażniąc błonę śluzową tego odcinka lub też dwunastnicy rozczynami kwasu solnego (0,1—0,5%), 0,3% sody, ¼—10%-mydła, oliwą i sokiem żołądkowym, przekonał się on, że oliwa i mydło działają na odźwiernik przez wessanie końcowych przetworów ich rozkładu w płynach jelitowych, wywołując w ten sposób wzmożone wydzielanie soku żołądkowego, który przedostając się do dwunastnicy, zamyka odruchowo odźwiernik. Odruch wywołany oliwą trwa dłużej, co tłómaczy się tą okolicznością, że dla jej rozkładu na przetwory łatwo wessalne niezbędny jest dłuższy czas. Te ilości oliwy, mydła i soku żołądkowego, które zwykle nie sprowadzają jeszcze odruchu ruchowego i wydzielniczego, nabierają tej własności w razie poprzedniego drażnienia błony śluzowej jelita 0,1% kwasem solnym. Wlewanie kwasu solnego do dwunastnicy i do Thiry-Vellaskiego odcinka jelita cienkiego, oprócz działania na odźwiernik, podnieca odruchowo czynność gruczołów: trzustki, wątroby i jelitowych, wywołując żółciowo-trzustkowo-jelitową wydzielinę. Obecność tej alkalicznej wydzieliny, zobojętniającej kwas solny, tłómaczy mniejsze natężenie odruchu ruchowego po wlaniu kwasu do odosobnionego odcinka jelita, niż do dwunastnicy. Dalsze doświadczenia wykazały, że ta naturalna mieszanka z żółci, soku trzustkowego i jelitowego stale dostaje się w razie drażnienia błony śluzowej dwunastnicy i jelita kwasem solnym drogą wsteczną do żołądka w ilości, będącej w prostym stosunku do ilości użytego kwasu i zobojętniając poniekąd tą drogą zawartość żołądka, wpływa również na stan odźwiernika i przedostawanie się pokarmu do dwunastnicy; drażnienie fizyologicznym rozczynem z dodaniem 0,3% sody nie wywoływało tego zwracania z jelita do żołądka: oliwa i mydła sprowadzały to zwracanie płynów jelitowych do żołądka, lecz nie same przez się, a wskutek wywołanego obfitego soku żołądkowego, zawierającego kwas solny. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Sawicz. **Wydzielina soku jelitowego.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1904). Sawicz badał w pracowni prof. Pawłowa na psach z przetoką dwunastnicową (sposób Thiry) fizyologiczną czynność wydzielania się soku jelitowego. Okazało się, że wydzielanie śluzu, wody i zaczynowych części soku stanowi zupełnie samodzielne funkcye, bodźcem swoistym dla kinazy soku jest sok trzustkowy, mianowicie jego zaczyn proteolityczny; proteolityczny zaczyn żółci nie wywiera żadnego wpływu na oddzielanie kinazy, więc nie może być identyfikowany z trypsyną; pepsyna niema również wpływu na kinazę. Podrażnienie mechaniczne sprowadza sekrecyę śluzu i płynnych części soku, lecz nie zaczynowych (kinazy, zarówno lipazy i amilazy soku). Sok jelitowy wywołuje lipazę soku trzustkowego i zwiększa jej działanie, lecz w mniejszym stopniu, niż żółć; to działanie soku jelitowego na lipazę, zarówno działanie jego na amilazę soku trzustkowego, posiada cechy nie zaczynowe. Kinaza w wysokim stopniu podnosi siłę zaczynu proteolitycznego soku trzustkowego, nawet w środowisku kwaśnem, gdzie czysty sok trzustkowy nie wywiera już działania. Mechanizm działania soku trzustkowego na wydzielenie kinazy S. sprowadza do miejscowego odruchu, jakkolwiek w razie silnych podrażnień ulegają podnieceniu również gruczoły, bezpośrednio nie drażnione. Kinazę wydziela nabłonek jelitowy, a nie tkanka limfoidalna. Pilokarpina wywołuje wydzielinę tylko płynnych części soku jelitowego. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Helmitolem leczył Frezza (*N. Progr. intern.* 1904, 8) 8 przypadków zapalenia pęcherza; w 2 przyp. nieżytu pęcherza u prostatyków nastąpiło wyleczenie po 1—2 miesiącach; w 3 przypadkach zastarzałego nieżytu rzeżączkowego musiał działanie helmitolu poprzeć leczeniem miejscowem; w 3 przypadkach nierzeżączkowych skutek był dobry. *R.*

Nowe zastosowanie **aspiryny** podaje Rahn (*Allg. med. Ctr. Ztg.* 1905, 10), który używał z dobrym skutkiem 3% wyskoku aspirynowego w świerzbiączce u dzieci i w świądzie po ostrych osutkach, po wypryskach i świerzbie. Nad używanymi w tych razach zwykle maściami ma wyskok aspirynowy tę wyższość, że nie brudzi bielizny. Z dawniej znanych skutków aspiryny podnosi prof. Rénon (*Journ. des Prat.* 1905, 5) jej działanie przeciwgorączkowe, niezawodzące nawet u suchotników. Dawka 0,15—0,2 nie wywołuje zwykle potów, a obniża już ciepłotę. E. Reichmann zaś (*Heilkunde* 1905, 2) przekłada aspirynę nad wszelkie inne przetwory salicylowe ze względu na to, że żołądek łatwo ją znosi. Koi ona także według Reichmanna bole, n. p. w wiądzie rdzenia, a nawet u dotkniętych rakiem. *R.*

Glykosal podawał Schober (*Inaug. Diss. Halle* 1904) w oddziele Doc. Winternitza u 13 chorych na ostry gościec stawowy, w 6 przypadkach gośćca podostrego, 2 przewlekłego i w kilku przypadkach gośćca mięśniowego oraz wysięków opłucnych w dawce 1—2 gr. 3 razy dnia. Działanie było zupełnie równe działaniu innych przetworów salicylowych, jednakże bez właściwych im skutków ubocznych. Nawroty i powikłania ze strony serca były przy podawaniu glykosalu uderzająco rzadkie. *M.*

Bornyvalu próbował Wollenberg (*Deutsch. Praxis*, 1905, 8) w 3 przypadkach histeryi u kobiet, w jednym przypadku przypadłości nerwowych (bole głowy, kołotanie serca) w okresie przekwitania i w jednym przypadku ciężkiej neurastenii z przygnębieniem. Tylko w tym ostatnim przypadku lek, — zresztą podawany nieregularnie — nie wywarł skutku; w innych 4 przypadkach natomiast znikały dolegliwości nerwowe już po 5—10 dniach podawania bornyvalu 3 razy dnia po perelce). *Ll.*

Sapkę u osesków leczy się rozmaitymi sposobami, dotąd jednakże niewiele jest środków rzeczywiście skutecznych, a nieszkodliwych. Ballin (*Therapie der Gegenwart*, 1905, 2) zastanawiając się nad leczeniem sapki, zaleca przetwory nadnercza. Jednakże Hecht (*tamże*, 1905, 5) ostrzega przed tymi przetworami ze stanowiska praktyka; naprzód przetwory te może stosować tylko lekarz, a następnie — nadają się one tylko do pewnego okresu choroby. W okresie późniejszym sam Ballin zaleca maść precypitatową białą. — Natomiast sposobem, nadającym się dla lekarza — praktyka, bo w zastosowaniu łatwym, skutecznym, a nieszkodliwym, są według Hechta wkraplania 0·5% rozczynu *Sozojodol-zincum*, z dodatkiem gliceryny, która usuwa zapalny obrzęk małżowin nosowych, przywracając wolny oddech przez nos. O skuteczności tego leczenia przekonał się H. także w błoniny nosa u chorych na płonicę. — Jeżeli sapka łączy się z obfitem wydzielaniem, to po wkraplaniach wspomnianych odpływa wydzielina obficie nosem i ustami, przez co jama nosowogardłowa oczyszcza się z wydzieliny i ustaje charczenie oraz kaszel. Lek wkroplony, spływając ku tylnej ścianie gardła, zapobiega szerzeniu się sprawy zapalnej w tę stronę. H. przeczy zdaniu Baginskyego, jakoby wkraplania usposabiały do zapaleń ucha środkowego; przeciwnie, zdaniem H., wkraplania właśnie zapobiegają temu powikłaniu. Pod ich wpływem wydzielina rychło się zmniejsza, nawet u dzieci zołzowatych, skłonnych do przewlekania się sprawy. Po wkraplaniach sozojodolowych nie tworzą się też strupki, często po adrenalinie. *Tr.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie im. Edwarda Korczyńskiego.

XIX Ogólne zebranie członków w dniu 30 maja 1905.

Przewodniczący Radca Dw. Prof. Dr. Edward Korczyński. Obecnych członków 17.

I. Protokół z poprzedniego ogólnego zebrania przyjęto.

II. Prezes wzywa do uczczenia przez powstanie pamięci dwóch zmarłych członków Towarzystwa Drów: Kazimierza Szymkiewicza i Jana Lubaszka, — co obecni wykonali.

III. Prezes zawiadamia o wydaniu nowego dzieła pod tytułem: „Krótki zarys nauki o chorobach usznych“, napisanego przez Dr. R. Spirę. Koszta wydania dzieła wynoszą 2.222 kor. 26 hal. Następnie składa podziękowanie Dr. R. Spirze i Dr. S. Szurkowi za trudy poniesione koło wydania dzieła. Dzieło to, którego cena księgarska wynosi 10 kor., rozesłane zostanie członkom i prenumeratorom, jako bezpłatne premium za r. 1903 i 1904.

IV. Administrator Towarzystwa zdaje sprawę z ruchu kasowego, sprzedaży książek i ruchu członków. Z końcem r. 1903 majątek Tow. wynosił 11,958 kor. 47 hal. Dochody Towarzystwa w r. 1904 wynosiły: wkładki członków 162 kor. 60 hal; sprzedane książki 783 kor.; kupony od obligacyi prop. i listów zastawnych 107 kor. 80 hal; odsetki z funduszu Towarzystwa, ulokowanego na książeczkach wkładkowych 283 kor. 38 hal. — Razem 1,336 kor. 58 hal.

Rozchody Towarzystwa w r. 1904 wynosiły: koszta ściągania wkładek 8 kor. 46 hal.; administracya 318 kor., klisze do nowego dzieła 236 kor. 26 hal.; część honoraryum autora 360 kor. — Razem 922 kor. 72 hal.

Czysty dochód wynosi 413 kor. 86 hal.

Wobec tego majątek Towarzystwa wynosi z końcem roku administracyjnego 1904: 12,372 kor. 33 hal., umieszczonych w papierach wartościowych, oraz na książeczkach wkładkowych.

Stan funduszów, jak niemniej stan dzieł nierozsprzedanych i zaległych wkładek, przechodziła szczegółowo Komisya kontrolująca (Dr. M. Buzdygan i Dr. J. Różecki) i znalazła wszystkie rachunki w należytym porządku. To też na podstawie sprawozdania tej Komisyi udzielono zarządowi absolutoryum za r. 1904.

Do Wydziału na r. 1905 i 1906 wybrano jednogłośnie: prezesem: Radcę Dworu Prof. Dr. E. Korczyńskiego; zastępcą prezesa: Prof. Dr. W. Jaworskiego; członkami Wydziału: Dr. A. Kwaśnickiego, Dr. J. Surzyckiego, Prof. Dr. Pieniążka, Dr. M. Buzdygana, Dr. E. Mięsowicza. Tego ostatniego mianowano administratorem, podskarbim i sekretarzem Towarzystwa. Zastępcami wydziałowych wybrano: Dr. St. B. Kwiatkowskiego, Dr. G. Bielańskiego. Do Komisyi kontrolującej wybrano ponownie: Dr. J. Różeckiego i Dr. M. Buzdygana.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Erwin Mięsowicz,
Sekretarz i Administrator Wydawnictwa.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 23—XI (6—XII) 1904 roku.

Przewodniczy wiceprezes prof. Dr. St. Zaleski. Obecnych członków 17.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia. Zgromadzenie na wniosek prof. Dr. St. Zaleskiego upoważnia Komisyę Koła, wybraną w celu rozejrzenia się w uchwale Towarzystwa lekarskiego lubelskiego, dotyczącej polecania wód krajowych, do ułożenia okólnika, mającego się wystosować do zarządów zdrojowisk i uzdrowisk i do poczynienia możliwych wydatków; wreszcie Zgromadzenie powiększa skład Komisyi przybraniem nowych członków: prof. Dr. Ziemackiego, prof. Dr. Raczyńskiego i Dr. Wilamowskiego.

II. Doc. Dr. Witold Orłowski wygłasza rzecz pod tytułem: „Istotne i rzekome szmery sercowe“. Prelegent na podstawie własnych spostrzeżeń poddaje krytycznemu oświetleniu teorye, tyczące się powstawania rzekomych szmerów sercowych i szczegółowo omawia właściwości tych szmerów, odróżniające je od szmerów istotnych. Najczęstszą siedzibą szmerów rzekomych jest, według spostrzeżeń prelegenta, okolica tętnicy płucnej i koniuszka serca, jakkolwiek skurczowy szmer istotny czasami jest słyszalny tylko w okolicy tętnicy płucnej. Szmery rzekome, według prelegenta, są szmerami skurczowymi; lecz prelegent spostrzegał kilka przypadków szmerów przedskurczowych rzekomych, mianowicie w przypadkach niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, powikłanej z niedomykalnością zastawki dwudzielnej i w przewlekłem zapaleniu wsierdzia. Szmery rzekome są zwykle częściowo skurczowymi, mianowicie środkowoskurczowymi; mogą jednak, według spostrzeżeń prelegenta, przechodzić w szmery, zajmujące cały skurcz. Siła szmeru, jego dźwięk i zmiany w zależności od oddychania nie mają, zdaniem prelegenta, żadnego znaczenia rozpoznawczego. W położeniu leżącem szmery rzekome zwykle słabną i nawet znikają. Szmery rzekome odznaczają się niestałością i słabem przewodnictwem; w niektórych jednak razach udzielają się na znaczne przestrzenie i są słyszane nawet u kręgosłupa: szmery istotne, przeciwnie, zwykle udzielają się bardzo daleko; w niektórych jednak przypadkach prelegenta szmery te można było słyszeć na bardzo ograniczonej przestrzeni, nawet w jednym tylko punkcie. Wbrew twierdzeniu autorów, w rzadkich przypadkach szmerom rzekomym może towarzyszyć rozszerzenie prawej komory sercowej i wzmożenie 2-go dźwięku nad tętnicą płucną; wreszcie szmery rzekome zwykle słabną pod wpływem leków sercowych. Prelegent ilustrował swój wykład przytoczeniem wielu przykładów z własnego spostrzeżenia.

Dyskusya: Dr. Wierciński zaznacza, że szmery organiczne mogą odznaczać się niestałością, która, według prelegenta, cechuje szmery nieorganiczne; podobny stan spostrzegamy np. w ostrych sprawach zapalnych wsierdzia; dla rozpoznania rodzaju szmeru sercowego ogromne znaczenie ma, według mowcy, należyte uwzględnienie całego obrazu klinicznego.

Prelegent zaznacza, że właśnie w swoim odczycie wykazał, że pojedyncze cechy, przypisywane szmerom organicznym i nieorganicznym, bardzo często nie dają dostatecznej rękojmi dla prawidłowego ocenienia charakteru szmeru, o którym można wyrobić sobie zdanie nieraz dopiero na podstawie długiego i ścisłego badania chorego; o ważności znaczenia pod tym względem szczegółowego badania chorego świadczą przytoczone historye chorób.

Dr. Piotrowicz zapytuje prelegenta, do rzędu jakich szmerów zalicza szmery muzykalne?

Prelegent tłómaczy, że powstanie szmerów muzykalnych dotychczas nie jest jasne; we własnych spostrzeżeniach, zakończonych sekcyą, tym szmerom towarzyszyło stężenie (*rigiditas*) zastawek.

Prof. Dr. Ziemacki przytacza przypadek, który dotyczy 10-cioletniego dziecka ze szmerem muzykalnym w okolicy tętnicy głównej; szmer ten właściwościami swemi robił wrażenie, jakby powstawał z przelewania i wirowania krwi; mówca tłómaczył go sobie, jako szmer organiczny wskutek niezarośnięcia przewodu tętniczego Botalla.

Prelegent zaznacza, że w okolicy tętnicy głównej słyszy się nieraz szmer rozkurczowy, udzielony z opuszki żyły szyjnej, bez żadnych zmian w półksiężycowatych zastawkach tętnicy głównej; dla rozpoznania drożności przewodu tętniczego nie wystarcza obecność szmeru, najczęściej skurczowego w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym; dla tego niezbędny szereg objawów, mianowicie: pasmo stłumienia, rozpoczynające się od obojczyka i przebiegające ku dołowi po stronie lewej mostka, przerost prawej komory i inne.

Dr. Wierciński przypomina sobie również jeden przypadek szmeru w okolicy tętnicy głównej u dziecka, w którym nie było zmian, cechujących wadę serca; szmer ten zdaniem kolegi, którego rady zasięgał mowca, miał powstawać w żyle nieparzystej (v. azygos).

Prof. Dr. St. Zaleski podkreśla istotną wartość twierdzeń prelegenta i podnosi czystość przez niego używanej polskiej terminologii lekarskiej, co jest wielką zasługą prelegenta.

III. Prof. Dr. Ziemacki wygłasza rzecz pod tyt.: „W sprawie szybkości tworzenia się kamieni w pęcherzu moczowym“. Do prele-

genta zgłosił się chory w wieku lat 32 z objawami kamieni w pęcherzu moczowym i surowiczego zapalenia lewej opłucnej. Przed rokiem w następstwie rzeżączki zapadł chory na lekki nieżyt pęcherza moczowego, który sprowadził zatrzymanie moczu; dla usunięcia tego objawu lekarz ziemstwa wprowadził do pęcherza cewnik, lecz gdy następnie starał się go wyciągnąć, to wydostał tylko $^1/_5$ część, reszta pozostała w cewce moczowej i przedostała się do pęcherza; po upływie 5 miesięcy pokazał się u chorego żwir i piasek w moczu; lekarz stwierdził obecność w pęcherzu kamienia, lecz wobec współistniejącego zapalenia opłucnej od wykonania operacyi odstąpił; po upływie dalszych 7 miesięcy chory zgłosił się do prelegenta. Badanie cystoskopem wykazało obecność w pęcherzu szarej masy tuż koło wewnętrznego otworu cystoskopu; dojrzeć coś więcej nie było można, ponieważ pęcherz był bardzo mało rozciągliwy; mocz oddziaływał bardzo zasadowo, zawierał mnóstwo ruchliwych prątków i był mętny. W uśpieniu hedonal-chloroformowem wykonał prelegent cięcie nadłonowe i wydostał z pęcherza 7 kamieni z fosforanów, z których każdy zawierał wewnątrz kawałek cewnika; wszystkie te więc kamienie musiały powstać w ciągu jednego roku. Przypadek prelegenta jest jedynym przypadkiem w piśmiennictwie, który przekonywująco dowodzi szybkości tworzenia się kamieni. Odczyt ten ilustrował prelegent okazami wyjętych kamieni i demonstracyą jednego kamienia wielkości prawie pięści z innego przypadku prelegenta, w którym kamień utworzył się w ciągu 8 lat.

W dyskusyi zwraca prof. Dr. Zaleski uwagę na etyologię choroby w przypadku prelegenta i ostrzega przed używaniem cewników kauczukowych, przechowywanych przez czas dłuższy w suchem powietrzu, ponieważ stają się one w tych warunkach bardzo kruchymi.

Dr. Maczewski przytacza przypadek, leczony w szpitalu Obuchowskim, dotyczący chorej na częste zaostrzenia zapalenia otrzewnej; badanie ginekologiczne wykazało w przedniem sklepieniu wyraźny naciek, który w jednem miejscu był twardy, a w drugiem wyczuwało się chełbotanie; wobec silnych bólów w okolicy jelita ślepego rozpoznano zapalenie okołokątnicze; inni zaś przypuszczali ropne zapalenie nerki (*pyonephrosis*); operacya wykazała zapalenie otrzewnej i obecność w mniejszej miednicy ciała twardego, które okazało się kamieniem moczowym; dokonana *sectio alta* wyjaśniła, że zapalenie otrzewnej powstało w następstwie odleżyny, wywołanej tym kamieniem.

Prof. Dr. Ziemacki wspomina o przypadku kamienia moczowego u chorej, która na kilka lat przedtem po porodzie miała przetokę pęcherzowo-pochwową; kamień wielkości pięści był nadzwyczaj miękki i składał się przeważnie z waty; oczywiście wacik, wprowadzony po porodzie do pochwy przez położną, przedostał się przez przetokę do pęcherza moczowego i odegrał rolę ciała obcego, na którem osiadły strącone sole; przetoka zaś z czasem zamknęła się.

Prof. Dr. St. Zaleski zaznacza, że prof Kosiński przytaczał na swych odczytach przypadki, w których jako jądro dla kamieni moczowych były zwitki waty, wprowadzone w celach zapobieżenia zastąpieniu do pęcherza moczowego, zamiast do pochwy.

Dr. Maczewski i prof. Dr. Ziemacki oświadczają, że przy zaszywaniu przetok można naocznie przekonać się, z jaką szybkością tworzą się kamienie.

Prof. Dr. St. Zaleski zwraca uwagę na puste jamki w kamykach moczowych, które nieraz miał możność spostrzegać podczas badań wielkiej liczby kamieni w klinice dorpackiej; tłómaczył je sobie, jako wytwory sztuczne podczas piłowania kamieni. Do tegoż zdania dołącza się i prelegent prof. Ziemacki.

Prof. Dr. St. Zaleski przypuszcza jednak, że jamki te mogą powstawać i drogą naturalną, mianowicie wskutek rozkładu kłaczków śluzu lub innych ciał, zawierających się w kamykach i następowego ulotnienia się wytworzonych gazów.

Na tem posiedzenie naukowe zamknięto.

Witold Orłowski.

VIII. † Wiktor Wehr.

Chirurgia polska w ostatnich kilku latach poniosła znaczne straty. Niedawno ubyło dwóch dzielnych pracowników na niwie ojczystej nauki: ś. p. Alfred Obaliński i Rudolf Trzebicky, a już na nowo geniusz śmierci rozpostarł swe skrzydła i znowu stoimy nad świeżą mogiłą. Dnia 31 maja b. r. rozstał się z tym światem po krótkiej chorobie zupełnie niespodziewanie Dr. Wiktor Wehr, profesor nadzwyczajny chirurgii w Uniwersytecie lwowskim, osieracając żonę i wydział lekarski. Zasługi jego na polu naukowem stawiają go w rzędzie prawdziwych przodowników nauki, na których z szacunkiem zwracają się oczy kolegów i społeczeństwa, a których młodsze pokolenie lekarzy z zapałem naśladować powinno. Nie był on pisarzem płodnym, jednak to, co napisał, miało piętno wytrawnej twórczości i podniosło poziom naszej nauki o jeden szczebel wyżej.

Ś. p. Wiktor Wehr urodził się w Częstochowie roku 1852, uczęszczał do gimnazyum w Kaliszu, a ukończył je w Warszawie r. 1868. Następnie uczęszczał na wydział matematyczny Szkoły głównej warszawskiej przez rok, potem przeniósł się do Krakowa na wydział lekarski i ukończył go w r 1875. Po uzyskaniu obywatelstwa austryackiego pełnił do r. 1877 obowiązki asystenta w krakowskiej klinice chirurgicznej, pozostającej wówczas pod kierownictwem ś. p. Prof Bryka.

Przez rok służył jako lekarz korwetowy w marynarce austryackiej; przez następny rok pełnił obowiązki sekundaryusza w szpitalu powszechnym we Lwowie. Z końcem roku 1879 wstąpił w charakterze lekarza pomocniczego do kliniki prywatnej Rydygiera w Chełmnie Tej to klinice z owego czasu zawdzięczamy pierwsze a tak znakomite w skutkach zawiązki chirurgii żołądkowej. Tam też zaznajomił się ś. p. Wehr z najnowszemi zdobyczami chirurgii i tam wykonał piękną i znakomitą pracę doświadczalną z zakresu chirurgii żołądkowej, która przyczyniła się do udoskonalenia techniki wycinania odźwiernika.

W pracy tej podaje ś. p. Wehr prócz innych cennych wskazówek przedewszystkiem sposób najodpowiedniejszego i najłatwiejszego wyrównania światła zeszyć się mających odcinków żołądka i dwunastnicy. Zaleca on mianowicie skośne, owalne lub kątowate przecięcie węższego odcinka. Sposób podobny polecał znacznie później Madelung, jednak pierwszeństwo tego pomysłu należy się bezsprzecznie ś. p. Wehrowi. Dalej podał ś. p. Wehr w wspomnianej pracy swoje uciskadło elastyczne kiszkowe, zmieniając uciskadło Rydygiera w ten sposób, że drugi pręt metalowy zastępuje kawałkiem drenu, którego końce umocowuje w rozszczepionych końcach pierwszego pręta metalowego. Wreszcie na podstawie swoich doświadczeń wykazuje ś. p. Wehr wyższość metody Rydygiera resekcyi odźwiernika od sposobu Billrotha. Jak wiadomo, technika ta resekcyi odźwiernika utrzymała się po dziś dzień i stanowi operacyę typową w szeregu operacyi żołądkowych, powszechnie przyjętą przez większość chirurgów.

W r. 1881 osiadł ś. p. Wehr stale we Lwowie i oddał się wyłącznie praktyce chirurgicznej. Na owe czasy przypada druga jego wydatna praca naukowa, a mianowicie mozolne studya, przedsięwzięte w lwowskiej Akademii weterynaryi nad rozjaśnieniem istoty raka. Wynikiem tej pracy było udowodnienie przeszczepialności raka z jednego zwierzęcia na drugie tego samego rodzaju, fakt, który później dopiero stwierdził Hanau, a który Niemcy niesłusznie przypisują Hanauowi.

Gdy w ostatnim lat dziesiątku chirurgia serca dzięki udoskonaleniu aseptyki doszła do tego stopnia rozwoju, że niektórzy chirurdzy odważyli się na otwarcie klatki piersiowej w celem zeszycia ran kłutych serca i gdy przy tem kilku z nich, a mianowicie Rehnowi, Parozzaniemu i Parlavecchio udało się w ten sposób uratować życie chorych, chciał Wehr na podstawie własnej pracy doświadczalnej przekonać się, o ile operacya podobna ma racyę bytu, oraz wśród jakich warunków i przy użyciu jakiego rodzaju techniki udać się może. W tym celu wykonał 42 doświadczeń na psach i królikach; na tę liczbę

doświadczeń tylko 5 zwierząt udało się uratować, reszta zginęła albo wskutek porażenia serca w następstwie ucisku, albo wskutek odmy piersiowej, zapalenia opłucnej, worka sercowego lub wreszcie krwotoku. Te właśnie niekorzystne wyniki zachęciły ś. p. Wehra do szukania za nowym sposobem techniki operacyjnej przy tym zabiegu. Na podstawie badań anatomicznych na zwłokach udało mu się też wymyśleć własną metodę osteoplastyczną, pozwalającą na szerokie odsłonięcie worka sercowego i serca bez naruszenia opłucnej. Metoda ta przedostała się do najnowszych podręczników chirurgicznych niemieckich i bywa ogólnie polecaną.

Ś. p. Wehr należał do założycieli polikliniki lwowskiej i przez 17 lat gorliwie w niej pracował z wielką korzyścią dla chorych i nauki. Prawie z chwilą powstania kliniki chirurgicznej lwowskiej habilitował się jako docent prywatny chirurgii tutejszego Uniwersytetu i wkrótce doczekał się stopnia profesora nadzwyczajnego.

Jakkolwiek, — pomimo wszelkich kwalifikacyi, — nie miał sposobności rozwinąć większej działalności naukowej, rozporządzając tylko skąpym materyałem polikliniki i praktyki prywatnej, to jednak szedł zawsze z postępem nauki i sztandar jej wysoko nosił; oddawał się z zamiłowaniem i gorliwie badaniom histologicznym i bakteryologicznym, brał czynny udział w zjazdach chirurgów polskich i niemieckich i śledził bacznie za najnowszemi odkryciami nietylko w dziedzinie chirurgii, ale i medycyny wogóle.

Podnieść tu muszę piękne i rzadkie zalety charakteru, które zdobiły tę postać prawdziwego uczonego. Skromny i cichy, mało udzielający się w życiu towarzyskiem, żył tylko oddany książkom i badaniom naukowym. U kolegów umiał sobie zaskarbić szacunek i przyjaźń, dlatego też zgon jego nagły i niespodziewany wzbudził szczery żal w szerokich kołach lekarskich. Poliklinika lwowska traci w nim dobrego kolegę, szczerze oddanego współpracownika, a chorzy jednego z najlepszych lekarzy.

Dowodem szacunku i przywiązania, jakiego od kolegów doznawał, był hołd ostatni, oddany śmiertelnym jego szczątkom. W pochodzie pogrzebowym wzięli udział: senat akademicki, profesorowie wszystkich wydziałów, profesowie politechniki, akademii weterynaryi, Izba lekarska, Towarzystwo lekarskie, grono lekarzy polikliniki powszechnej, lekarze wolno praktykujący, liczna młodzież akademicka i mnóstwo publiczności. Imieniem Uniwersytetu, wydziału lekarskiego i zjazdów chirurgów polskich przemówił nad grobem Radca Dworu Prof. Dr. Rydygier; imieniem Polikliniki Dr. R. Barącz, zaś imieniem Towarzystwa lekarskiego Dr. Wechsler.

Choć krótko żył, niemniej przeto dosyć zdziałał, dając z siebie wzór rzetelnej pracy, bezinteresowności i poświęcenia. Cześć jego pamięci! *Roman Barącz.*

Spis prac ś. p. prof. Dr. Wiktora Wehra:

1) Zur Operationstechnik bei Pylorusresectionen. „Centralblatt für Chirurgie“, 1881, Nr. 10. — 2) Experimentelle Beiträge zur Operationstechnik bei Pylorusresectionen. „Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie“, Bd. 17, 1882. — 3) O resekcyi odźwiernika. „Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego“, 1882, tom 78. — 4) Demonstration der durch Impfung von Hund auf Hund erzeugten Carcinomknötchen. „Bericht über die Verhandlungen der deutschen Geselschaft f. Chirurgie“, XVII Kongress, 1888. — 5) Weitere Mittheilungen über die positiven Ergebnisse der Carcinomüberimpfungen von Hund auf Hund. „Archiv für klinische Chirurgie“, 39 Bd., 1889, str. 226. — 6) O zasadach udzielania pierwszej pomocy rannym w najbliższej wojnie. Wykład miany na I Zjeździe chirurgów polskich. „Przegląd lekarski“, 1890, Nr. 49 i 50. — 7) Przypadek promienicy brzusznej. „Pamiętnik II-go Zjazdu chirurgów polskich“. Kraków, 1891, str. 358. — 8) O formaldehidzie czyli metanalu. „Przegląd lekarski“, 1895, Nr. 14. — 9) Przypadek trepanacyi czaszki z powodu ropnia w płacie czołowym mózgu. „Pamiętnik VII-go Zjazdu chirurgów polskich 1895 r.“ Kraków, 1896, str. 95. — 10) Ueber Herznaht und Herzwandresection. „Archiv für klinische Chirurgie“, 95 Band, Heft 4, 1899. — 11) Eine neue Methode der Brustkorböffnung zur Blosslegung des Herzens. Ibidem.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Na pokrycie kosztów portretu ś. p. prof. Dr. Rudolfa Trzebicky'ego złożyli na ręce kol. Dr. Branda: Po 30 koron: Dr. Kośmiński i Dr. Schneck. — Po 20 koron: Dr. Girlewski, Prof. Dr. Gluziński, Prof. Dr. Jaworski, Klinika okulistyczna w Krakowie, Prof. Dr. Korczyński Edward, Doc. Dr. Schramm, Dr. Weinsberg i Prof. Dr. Wicherkiewicz. — Po 10 koron: D-rowie: Berger, Bernadzikowski, Bogdanik, Brand, Ćwiklicer, Dziewoński, Englander, Gogulski, Karliński, Kędzior, Prym, Krokiewicz, Mikucki, Poźniak, Teichmann i Zopoth. — Po 6 koron: D-rowie: Lang, Marzewski i Steiner. — Po 5 koron: D-rowie: Aronsohn, Czaykowski, Ebersohn, Eisenberg, Friedmann, Habicht, Kapellner, Murczyński, Torczyński, Wiszniewski i Żmigrod. — Po 4 korony: D-rowie: Blasberg, Doc. Chlumský, Fleszar, Gólski, Kijas, Wachnianin i Zadurowicz. — Po 2 korony: D-rowie: Albinowski, Doboszyński, Hernich, Nitsch i Riedmüller.

Razem zebrano przeto kwotę 481 kor. Wydano 469 kor. 54 hal., a mianowicie wydano: za portret (p. Jan Januszewski) 250 kor., za ramy dębowe 96 kor., tabliczki 10 kor., sznury 35 kor., umocowanie portretu 5 kor. Listy, portorya, listonosze i inne drobne wydatki 76 kor. 54 hal. Pozostałą resztę, t. j. 11 kor. 46 hal. wręczy się Towarzystwu samopomocy lekarzy, wraz z kwotami, jakie jeszcze Koledzy na rzecz portretu złożyć przyrzekli. Fotografię ś. p. prof. Trzebicky'ego w dużym formacie darował oddziałowi chirurgicznemu zakład fotograficzny M. A. Olmy w Krakowie. *Dr. Bogdanik.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15 czerwca.

* Dr. Jan Mikulicz, prof. chirurgii w Uniwer. wrocławskim, b. profesor Uniwer. Jagiell., zmarł d. 14 b. m.

* Międzynarodowy Zjazd położników i ginekologów, który miał się odbyć w sierpniu t. r. w Petersburgu, został odłożony na r. 1906. Postanowienie to zostało przesłane przez prof. Otta przewodniczącemu Komitetu polskiego prof. Dr. A. Marsowi.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w uniwersytecie lwowskim otrzymał Jakób Selcer.

* W Instytucie bakteryologicznym Dr. Serkowskiego w Łodzi rozpoczynają się dnia 1 lipca praktyczne ćwiczenia z zakresu bakteryologii cholery dla III-ciej grupy lekarzy, farmaceutów i studentów. Program jest następujący: wyosobnienie przecinkowców cholerycznych, różniczkowanie ich, serodyagnostyka, aglutynacya, objaw Pfeiffera, przygotowanie szczepionek przeciwcholerycznych i technika szczepień, zasady praktycznego odkażania.

* Wielu kolegów zgłasza się do krakowskiej kliniki lekarskiej z żądaniem umieszczenia chorych w separatkach klinicznych: prof. Dr. Walery Jaworski uprasza nas o zawiadomienie, że życzeniu temu zadość czynić nie może jedynie z powodu braku dostatecznej liczby służby klinicznej.

* Dr. Lehmann, właściciel zakładu leczniczego i twórca metody leczenia, noszącej jego imię, zakończył życie, licząc lat 46.

* Kasa chorych nieprotokołowanych agentów handlowych w Wiedniu uchwaliła jednogłośnie pozostawić swoim członkom wolny wybór lekarza. Tym sposobem zakończyła się zwycięzko walka wiedeńskiej Izby lekarskiej z tą Kasą.

* W dotychczasowych przepisach, dotyczących mianowania prywatnych docentów w uniwersytetach austryackich, nastąpi taka zmiana, że do tej pory rozstrzygała absolutna większość obecnych na posiedzeniu profesorów, a w przyszłości wymagane będą dwie trzecie głosów kolegium profesorów.

* Pierwszy Zjazd niemieckiego Towarzystwa sądowej medycyny odbędzie się w Meranie od 25 do 28 września t. r., jednocześnie ze Zjazdem niemieckich naturalistów i lekarzy. Towarzystwo sądowej medycyny liczy już 223 członków.

* Między 28 maja a 3 czerwca zaszły w Galicyi nowe przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, mianowicie: w 36 (59 zeszł. tygodnia) gminach, należących do 22 (34 z. t.) powiatów, zachorowało osób 54 (86 zeszł. tyg.), zmarło 51 (39 z. tyg.). Nowe przypadki zaszły w powiatach: wadowickim (9), mieleckim (7),

bialskim (6), niskim (5), krakowskim (4), bocheńskim, jarosławskim kamioneckim, tarnobrzeskim, żydaczowskim (po 2), borszczowskim, liskim, myślenickim, podgórskim, przeworskim, rzeszowskim, staro-sambosrkim, stryjskim, tłumackim, wielickim (po 1). W m. Krakowie 2, we Lwowie 2.

* Między 21 a 27 maja doniesiono władzy o 4 przypadkach ospy w powiecie cieszanowskim. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim, buczackim, cieszanowskim (po 1 gm.), czortkowskim (3 gm.), dolinianskim (1 gm.), drohobyckim (3 gm.), horodeńskim, grodeckim (po 1 gm.), kamioneckim (2 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), kołomyjskim (4 gm.), jarosławskim, jaworowskim (po 1 gm.), mościskim (2 gm.), nadwórniańskim (3 gm.), przemyskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), sanockim, skałackim (po 1 gm.), śniatyńskim (2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), starosamborskim (2 gm.), stryjskim (5 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tłumackim, trembowelskim (po 1 gm.), turczańskim (2 gm.), zaleszczyckim, zborowskim, żółkiewskim (po 3 gm.), złoczowskim (2gm.). W m. Lwowie i Krakowie po 1 przypadku.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Fr. Bruno Hofmann mianowany został profesorem fizyologii w Insbruku. Doc. Dr. Borchardt, asystent prof. Bergmana, mian. został prof. nadzwycz. w Berlinie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Franciszek Rogala, lat 60, zmarł w Kamieniu (Ks. Poznańskie). Dr. Stanisław Balko, zmarł w Knihinınie pod Stanisławowem.

Błąd druku. W Nr. 23 „Przegl. lek.“, na stronie 345, w wierszu 29 od góry, na szpalcie pierwszej, w artykule Dr. Reisa zaszła pomyłka: zamiast *1899* ma być *1889*.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 22. Flatau i Sterling: O nowotworach rdzenia (dok.). Gaszyński: Z mechaniki porodu. Poszczególne składniki budowy miednicy. Zależność wymiarów sprzężny prawdziwej od dolnego kąta spojenia łonowego (dok.). Rybicki: Uwagi dotyczące nowej metody leczenia drgawek porodowych — i odpowiedź Dr. Gaszyńskiego na powyższe „Uwagi“.

— *Gazeta lekarska* Nr. 21. Pruszyński: O szczepionkach przeciwcholerycznych. Barącz: W sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny odbytu na podstawie własnego doświadczenia (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 6. Gaszyński: Nowa teorya o wymierzaniu miednicy, oraz opis cyrkla, służącego do zdejmowania wszelkich wymiarów miednicy w ich długości i nachyleniu do ścian miednicy.

— *Postęp okulistyczny* (kwiecień i maj). Rumszewicz: Śródbłoniak oczodołu. Wicherkiewicz: Operacye przeciw jaskrze a nagniatanie gałki następowe.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 5. Litwin: O popularyzacyi higieny jamy ustnej. Dzierżowski: Złoto aksamitne.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 23. Marčan: O tonické, sthenické a statické funkci labyrinthu (c. d.). Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrožene přijici (c. d.). Pexa: Serotherapie při spále a několik případův, antiscarlatinosnim serem Bujwidovým lečenych (c. d). Pitha: Tuberkulose pravé ledviny. Nephrectomia.

— *La Presse médicale* Nr. 44. Niedokrewność górników po wcieleniu do wojska. Chaput: Kilka szczegółów technicznych, dotyczących operacyi wyrostka robaczkowego. Nacięcie ściany jamy brzusznej. Leczenie kikuta. Sączkowanie przez otwór w brzuchu, w odbytnicy lub w pochwie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 23. Lewin: Pomoc dla pracujących w zetknięciu z truciznami. Kirchner: O obecnej epidemii zapalenia opon mózgowordzeniowych i o jej zwalczaniu. Laqueur: Fizykalne leczenie rzeżączkowego zapalenia stawów. Lüdke: Wytwarzanie się niweczników jako sprawa wydzielnicza komórek. Dreser: O zastosowaniu „jothionu“. Frenkel: Zasady leczenia wiądu ćwiczeniami. Spiess: Wodolecznictwo w chorobach dróg oddechowych (dok.). Hoffmann: Uzupełnienie rozprawy Schaudinna i Hoffmanna o krętym prątku bladym w kile.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 23. Reuter: Anatomiczne znamiona oparzenia za życia a po śmierci. Sachs: Przyczynek do patologii zapalenia sromu. Heindl: Gorączka sienna i jej swoiste leczenie polantyną. Strasser: Rak śluzakowy sutka z krwotokami.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 23. Axenfeld: Oczodołowa resekcya Kroenleina w celu leczenia nowotworów i zapaleń pozagałkowych. Baumann: Przechowywanie mleka zapomocą wody utlenionej. Schade: Katalityczny wpływ spalania cukru. Sick: Ogólne ostre nawrotowe zapalenie mięśni o cechach zapalenia nagminnego. Schlesinger: W sprawie szeregu objawów, zwłaszcza stanów kurczowych, po użyciu teofiliny. Kehr: Dwie szczególne operacye w zakresie dróg żółciowych. Wilms: Leczenie wąglika surowicą. Trautmann: Dwa dalsze przypadki t. zw. „gorączki gruczołowej“.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 23. Rostborn: Leczenie zakażenia połogowego. Arnsperger: Najodpowiedniejsza chwila do wykonania operacyi na wyrostku robaczkowym. Ibrahim: Przyczynek do patogenezy choroby Hirschsprunga. Reunert: O schorzeniach rzekomobiałaczkowych spowodowanych gruźlicą i o leczeniu ich nową tuberkuliną. Piórkowski: Dalsze uwagi nad szczepieniem kiły u koni. Sternberg: Nowa metoda klinicznego badania zmysłu smaku zapomocą „gustometru“.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 23 (od dnia 4/VI do 10/VI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 28, dziew. 37; nieżywo: chł. 2, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 12; zamiejscowych: męż. 14, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 4, ob. 13. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. 3. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 2, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 1. 21) nowotwory: miej. —, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 8, ob. 1. 23) śmierć przypadkowa: miej. 3 ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 3, ob. —. **Razem:** miejscowych 30, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 21 b. m., o godzinie 6 wieczorem, ***w Domu Towarzystwa,*** posiedzenie zwyczajne, na którem: 1. kol. Dr. Borzęcki przedstawi rzadsze przypadki chorobowe; 2. kol. doc. Rutkowski mówić będzie: „O metodzie leczniczej Biera“ (z demonstracyą).

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr. **Brodzki Jan.**

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr. **Riedmüller B.**, b. asyst. klin. chir. Uniw. Jag., lekarz oddziału dermatol. szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Dr. **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr. **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr. **Askenazy Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr. **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „Pod Kosynierem").
Dr. **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).
Dr. **Jasiński Stanisław**, lekarz zakładowy.

Rabka.
Dr. **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Regiec Jan.**
Dr. **Wajgiel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attyla").
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu na Miedziusiu.
Dr. **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr. **Zuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr. **Pelczar Zenon.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.
Dr. **Dłuski Kaz.**, Dyr. Sanat. dla piersiowo chorych (4—5 g.).
Dr. **Dłuska Bron.**, Sanatoryum (wtorek, czwartek, sobota 5—6 g.).

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz.
Dr. **Bohdanowicz A.**, (Villa Enia) (zimą **Nizza** 11. Boulv. Victor Hugo).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr. **Wohr**, lekarz zakł. (zimą **Lussinpiccolo**).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen").

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" IV)

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie, słoneczne i piaskowe).
Dr. **Oransz M.**, (Polak), specyalista chor. dzieci i ortopedyi.

Gries obok Bozen (Sezon: 1/IX—1/VI).
Dr. **Nazarkiewicz**, kierown. „Sanatorium" i „Sonnenhofii".

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kostecki**, (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva") (przez cały rok).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr. **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr. **Weissenberg**, (zimą w **Nervi**).

Marienbad.
Dr. **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr. **Kaufmann Michał**, („Villa Lissa").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder R.**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Wiesbaden.
Dr. **Simon Aleks.**, (z Warszawy), właściciel lecznicy fizyk.

Rok XLIV. Kraków 24 Czerwca 1905. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przyczynek do leczenia zwężeń cewki moczowej zapomocą elektrolizy.

Podał

Prof. Dr. Władysław Reiss.

Historya wprowadzenia i stosowania elektrolizy w lecznictwie, a mianowicie w kierunku rozkładania tkanek patologicznych, sięga bardzo niedawnych czasów. Możemy to wytłómaczyć jedynie tem, że przez długi okres czasu nie zdawano sobie wogóle należycie sprawy z istoty działania elektrolizy na tkanki organiczne. Określano zupełnie fałszywie i nieumiejętnie wpływ prądu na tkanki, bardziej od działających biegunów odległe, w szczególności katody, nie rozumiano wreszcie zupełnie dokładnie procesu, jaki się odbywa w tkaninie, otaczającej bezpośrednio biegun. Takie odnosimy wrażenie, czytając sprawozdania i oceny pierwszych prób zastosowania elektrolizy w dermatoterapii (Hardaway). Przekonywamy się, że nie odróżniano jeszcze podówczas należycie całej różnicy działania elektrolizy dwubiegunowej od jednobiegunowej, nie umiano również w całej pełni ocenić stosunku siły użytego prądu do miary skutków, tą drogą osiąganych, jak również wymiarów i kształtów bieguna działającego do nasilenia i umiejscowienia zamierzonych efektów leczniczych.

Pierwsze próby dodatnie stosowania elektrolizy jednobiegunowej w dermatoterapii dotyczyły usuwania drobnych naczyniaków, przyczem przekonano się, że już prąd o bardzo słabem nasileniu, stosowany przez pewien okres czasu, zupełnie wystarczy, aby w najbliższem otoczeniu bieguna ujemnego (katody) wywołać pożądany skutek. Przekonano się, że w celu osiągnięcia pewnych efektów leczniczych w kierunku wywołania zaniku, względnie zarostu pnia naczyniowego, wskazanem jest właśnie użycie prądu słabego, działającego przez dłuższy okres czasu, a nie prądów silnych, trwających krótki czas: w pierwszym przypadku wynik będzie pewny, a wynik kosmetyczny pomyślny; w drugim przychodzi często do bardzo silnie rozwiniętej sprawy zapalnej w otoczeniu z wcale nie pożądanym nadmiernym przerostem tkanki łącznej. W miejscu, w którem spodziewaliśmy się po zastosowaniu elektrolizy powierzchownej gładkiej blizenki, występuje po upływie tygodni bliznowiec *(keloid)*. Doświadczenie poucza, że po użyciu prądów bardzo silnych (przekraczających 30—50 miliamp.), działających choćby nawet i krótki czas na tkankę, występują szczególnie wtedy, jeżeli działanie prądu nie było rozłożone na większą powierzchnię, lecz skupiało się dokoła bieguna o małej średnicy (n. p. katoda w postaci igły lub cienkiej sondy), owrzodzenia niebolesne, atoniczne, wymagające często długiego okresu czasu do zupełnego zabliźnienia. Te właśnie niepożądane odczyny po zabiegach leczniczych w kierunku silnego przerostu tkanki łącznej zbitej, względnie w kierunku obumarcia tkanki, były niewątpliwie powodem, dlaczego elektroliza po pierwszych próbach została na dłuższy okres czasu zarzuconą. Dopiero z końcem ubiegłego stulecia pojawiają się nowe próby, już więcej pewne, bo oparte na poprzednich doświadczeniach. Słyszymy już o stosowaniu elektrolizy jednobiegunowej w pewnych przewlekłych schorzeniach skóry, przebiegających ze stałem rozszerzeniem naczyń tętniczych i żylnych *(acne rosacea)*, w znamionach naczyniowych i barwikowych, w przerostach gruczołów skórnych, w sprawach nowotworowych dobrotliwych, n. p. brodawczakach i t. d.

Wydoskonalenie metody stosowania elektrolizy na miejsca bardzo ściśle ograniczone, jest dorobkiem niemal ostatnich lat kilkunastu. Polem odpowiedniem okazały się uchyłki włosowe *(folliculi)* i brodawki włosowe *(papillae pilorum)*. Przekonano się, że jeżeli po należytem wprowadzeniu katody, kończącej się cieniutką elastyczną igłą, przez uchyłek włosowy uda się wkłuć koniec igły w samą brodawkę włosa, następuje po pewnym okresie czasu przy użyciu już bardzo słabych prądów rozkład samej brodawki (elektrolity) i jeżeli tylko zniszczenie jej jest zupełne i doszczętne, odrodzenie włosa nie następuje więcej. I tu próby pierwotne, jak nas poucza dotyczące piśmiennictwo, były z razu niezupełnie udatne. Pouczyły one jednak wkrótce, że usunięcie elektrolityczne włosów jest przy należytem stosowaniu prądu i pewnej biegłości w technice metodą zupełnie pewną i prowadzi, co ważne, do wyników pod względem kosmetycznym zupełnie zadowalniających. Wydoskonalenie tej metody dowiodło, że stosowanie prądów, nie przechodzących siły 3—4 miliamp. nie prowadzi, jak dawniej twierdzono, do zgorzeli i to w szerokim promieniu od katody, lecz następstwem zabiegu będzie zawsze rozkład *(decompositio)* dotyczącej tkanki w znaczeniu elektrolitów, i to ściśle w miejscu zadziałania prądu. Badania histologiczne wyciętych kawałków skóry, w zakresie której dokonywano elektrolitycznego usunięcia włosów przy najrozmaitszem nasileniu siły prądu, pouczyły, że obszar, w którym dokonywa się rozkład tkanki pod wpływem prądu, pozostaje w pewnym stałym stosunku do wymiarów katody i że o działaniu w kierunku rozkładu tkanki na znaczną odległość niema mowy. Ubytki, powstałe po rozkładzie tkanki zostają zastąpione przez tkankę łączną, która w warunkach racyonalnego usuwania włosów, tj. jeżeli katoda (igła) jest odpowiednio cienką i jeżeli prąd nie przechodzi pewnego dozwolonego *maximum*, w późniejszych

okresach nie przedstawia się nigdy w postaci blizny, klinicznie dostrzegalnej. Giovannini (1895), który przeprowadzał bardzo ścisłe badania histologiczne uchyłków włosowych i ich otoczenia po elektrolitycznem usunięciu włosów prądami rozmaitej siły, wykazał, że użycie prądu 0,8—1,2 M. A. przez trzydzieści sekund w zupełności wystarczy, aby zniszczyć brodawkę włosową, przyczem w otoczeniu przychodzi do pewnego odczynu zapalnego, który zwykle dopiero po pewnym czasie ustępuje Jeżeli siła prądu przekracza 3 M. A., wtedy dopiero możemy mówić o zniszczeniu w nieco większym promieniu od katody; jak zauważono, występują wtedy zmiany i w zakresie najbliżej położonych gruczołów, t. j. łojowych i mięśni gładkich, *(m. m. arectores pilorum)*. Wtedy także i odczyn zapalny obszerniejsze zatacza kręgi, a wyrazem jego klinicznym bywają obrzęki, jakie przy nieoględnem stosowaniu elektrolizy tak często postrzegamy.

Jakkolwiek już oddawna, bo niemal równocześnie z pierwszemi próbami wprowadzenia elektrolizy do dermatoterapii, skierowano usiłowania lecznicze także w kierunku niszczenia tkanki łącznej włóknistej (blizny, włókniaki i t. d.), to jednak już po pierwszych próbach dano na długi okres czasu za wygraną. Pierwsze usiłowania w tym kierunku, zanotowane w piśmiennictwie, nie zdawały się doprowadzać do dobrych wyników i zniechęciły wielu do kroków dalszych. Wprawdzie tu i ówdzie słyszymy o zupełnie udałych próbach zastosowania elektrolizy w leczeniu twardzieli skóry *(sclerodermia)* lub o częściowem usunięciu zbyt wybujałych blizn pooperacyjnych, to jednak przeważnie uznawano wyniki w tym kierunku za chybione, a często wprost niepomyślne. Jeżeli jednak dziś przypatrzymy się uważnie tej kazuistyce z całego szeregu lat końca ubiegłego stulecia, to może i łatwiej zrozumieć nam wypadnie owe tak zgodnie i jednomyślnie publikowane wyniki niepomyślne zabiegów, dotyczących stosowania elektrolizy w tkance łącznej zbitej, włóknistej. Oto wynika z zestawienia tej kazuistyki przedewszystkiem, że około 80 procent przypadków, w których notowano wyniki niepomyślne, względnie w których zauważono po leczeniu wprost pogorszenie procesu chorobowego, dotyczyło t. zw. bliznowców (keloid). Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę tę okoliczność, że właśnie bliznowce stanowią owe *noli me tangere* wobec każdej metody operacyjnej, a przedewszystkiem wobec zabiegów wpływających drażniąco na same twory bliznowcowe (żegadło Pacquelina, metody chemiczne, galwanokaustyka i t. d.), będziemy musieli z tego punktu widzenia nieco odmiennie oceniać te niekorzystne wyniki, dotyczące zabiegów drogą elektrolizy i nie możemy polegać na samej statystyce, jako czynniku decydującym o wartości zabiegu, jako metody leczniczej.

Crusell i Wertheimber byli pierwszymi, którzy usiłowali usuwać zwężenia cewki moczowej zapomocą elektrolizy. Dowiadujemy się jednak z pracy Dittla, że nie stosowali oni bynajmniej swojej metody w przypadkach tak zwanych zwężeń prawdziwych *(strictura vera)* cewki, lecz przeważnie w przypadkach tak zwanych zwężeń wrzekomych, tj. spowodowanym naciekiem zapalnym w błonie podśluzowej (t. zw. szerokich zwężeń w znaczeniu Otisa). Dowiadujemy się, że autorowie ci nie osiągali nigdy wyników zadowalniających, spotykali często niekorzystne powikłania (krwawienie, zatrzymanie moczu i t. d.) i zarzucili swój sposób leczenia w stosunkowo krótkim czasie. Tripier i Mallez stosowali elektrolizę w prawdziwych (tkankołącznowych) zwężeniach cewki, używając bateryi, złożonych z 12 ogniw dwusiarkanu rtęci, później z 18 ogniw siarkanu rtęciowego. Elektrodę, wprowadzoną do cewki aż po miejsce zwężone, stanowiła przetyczka (mandryn) metalowa, pokryta w całości, z wyjątkiem przedniego odcinka, gumowym cewnikiem, w celu ochronienia ścian cewki moczowej przed działaniem prądu. Początkowo używano przetyczek (mandrynów), zakończonych cienką oliwką; później umieszczano na końcu cewnika walce z pakfongu długości około 2—3 cm., aby po wprowadzeniu elektrody do miejsca zwężonego umożliwić także działanie prądu we wszystkich kierunkach na większej przestrzeni. Elektrodę dodatnią, zakończoną gąbką, umieszczano na skórze wewnętrznej strony uda, ujemną wprowadzano ostrożnie aż do zewnętrznego ujścia miejsca zwężonego. Po zamknięciu prądu posuwano, naciskając lekko, elektrodę ujemną coraz to dalej w miarę postępu w rozkładzie tkanki, aż przeszkoda w całości została usuniętą i elektroda swobodnie poruszać się mogła tam i napowrót. Z tą chwilą, kiedy elektroda przedostała się poza tylne ujście właściwego zwężenia, uważano zabieg, o ile nie zaszły jakieś powikłania, za skończony i zadowalniano się tylko po pewnym upływie czasu kontrolą wyniku leczniczego zapomocą zgłębnika. Sondowanie następowe, jako utrwalające uzyskany wynik pooperacyjny, powtarzano później w pewnych stałych okresach czasu, aby zapobiedz możliwym nawrotom.

Wyniki opisane przez Malleza i Tripiera, były rzeczywiście nadzwyczaj zachęcające i mogły dać pochop współczesnym chirurgom do nowych prób w wytkniętym kierunku. Rzecz dziwna, że ci właśnie, którzy bezpośrednio niemal po tych tak zachęcających publikacyach powyższych autorów zabrali się do stosowania metody elektrolitycznej i do doświadczeń kontrolnych, zupełnie nie byli z wartości leczniczej tego zabiegu zadowoleni i nie wyrażają się również o metodzie samej bynajmniej korzystnie. Do tych ostatnich należy Dittel, który zniechęcony odrazu pierwszą nieudaną próbą, wypróbował metodę klinicznie tylko w trzech później ogłoszonych przypadkach. Jeden z przypadków Dittla dotyczył zwężenia twardego *(strictura callosa)* już poza dołem łódkowatym *(fossa navicularis)*, nadającego się zatem już przedewszystkiem swojem umiejscowieniem do leczenia elektroliza. Dittel podaje jednak, że stosując w tym przypadku powyższy zabieg, nie tylko nie osiągnął najmniejszego wyniku dodatniego, tj. nie udało mu się po zamknięciu prądu wsunąć elektrody ani o milimetr naprzód, ale następstwem zabiegu było nadto silne obrzmienie ujścia cewki moczowej i miernego stopnia krwawienie. Po kilku godzinach wystąpiło także podniesienie ciepłoty. W następnych dwu przypadkach wynik był podobny, tj. najzupełniej ujemny; w jednym z nich wystąpiło nadto po zabiegu silne zapalenie cewki z wyciekiem ropnym. Te trzy przypadki zniewoliły Dittla do zaprzestania dalszych doświadczeń w kierunku metody elektrolitycznej i spowodowały go do wygłoszenia następującego zdania (w pracy swojej „Die Stricturen der Harnröhre“ w r. 1880): „Drei eclatante Misserfolge berechtigen mich, gerechte Zweifel gegen eine Methode auszusprechen, deren physicalisch technische Ausführung ich einem der geübtesten Specialisten anvertraut hatte. Wenn ich die Frage stelle, ob es wohl Jemandem gelungen sei, mit der electrolytischen Methode an irgend einer Stelle im Zeitraum von wenigen Minuten eine alte Bindegewebsneubildung wegzubringen, so würde ich wahrscheinlich eine Antwort bekommen, die mein Misstrauen gegen diese Methode vollständig rechtfertigte“.

Trudno sobie zdać sprawę, dlaczego w przypadkach Dittla wyniki zastosowania elektrolizy były tak niekorzystne i wprost ujemne. Czy używał prądów o nieodpowiedniej sile, czy elektrody były nienależycie zrobione, lub czy przeszkoda leżała w wadliwej technice samego zabiegu? Te trzy nieudałe próby mogły zapewne zniechęcić Dittla do dalszego stosowania tej metody w leczeniu zwężeń cewki moczowej, nie powinny jednak były skłonić chirurga tej miary do wypowiedzenia w sposób apodyktyczny wyroku potępiają-

cego o metodzie jako takiej i o jej wartości leczniczej wogóle. To zdanie, przez Dittla wypowiedziane, wystarczyło, aby na długi znów okres czasu zaniechano wszelkich dalszych usiłowań w tym kierunku, przynajmniej w szerokich kołach szkoły Dittla i jej zwolenników. Powaga Dittla, jako chirurga i urologa tłómaczy nam zupełnie dostatecznie, jak mógł wydany przez niego sąd, choćby tylko na małem doświadczeniu oparty, wpłynąć na opinię świata lekarskiego o pewnym zabiegu leczniczym i spowodować zniechęcenie do dalszych prób w tym kierunku na cały szereg lat.

Dopiero u samego schyłku ubiegłego stulecia podjęto na nowo dawne usiłowania, tym razem już z lepszym wynikiem. Nie zrażono się zrazu skutkami niezupełnie idealnymi, zmieniano kształt i budowę elektrod, modyfikowano potrzebną siłę prądu i udowodniono, że potępiający wyrok Dittla nie był bynajmniej wyrokiem ostatecznym. Największa część zasługi w tym kierunku przypada niewątpliwie Newmanowi (*Results of electrolysis versus divulsion or cutting in the treatment of uhretral strictures.* New York med. record. 1897, March. 27)[1]. On to pierwszy zastosował budowę bieguna ujemnego (czynnego) do warunków miejscowych w cewce, jak również uprościł, uprzystępnił samą technikę rękoczynu. On również ustanowił zasadę, aby siła prądu nie przekraczała nigdy i pod żadnym warunkiem siły 5 milamp. i aby nie starać się nigdy zbyt forsownie uciskać katodą zewnętrznego ujścia zwężenia. Newman obywał się w zupełności bez jakichkolwiek środków znieczulających błonę śluzową i podaje, że najczęściej udawało mu się przeprowadzić oliwkę bieguna czynnego przez miejsce zwężone w ciągu 10 minut. Zabieg powtarzano następowo u tego samego chorego co tydzień lub co dwa tygodnie i po kilku tygodniach (tj. po 5—6-ciokrotnej powrotnej elektrolizie) osiągano już wynik dodatni zupełnie pewny.

Newman zaznacza wyraźnie w swojej pierwszej publikacyi (a następnie i w drugiej, dotyczącej tego samego przedmiotu), że po przeprowadzonym w powyższy sposób zabiegu nie spostrzega nigdy powrotnego zwężenia. Howland (*Treatment of stricture of the urethra by electrolysis.* Journ. of cutaneous and geniturinary diseases 1897 Sept.) leczy również metodą podaną przez Newmana, nie trzyma się jednak podanej przez niego maksymalnej siły użytego prądu. Howland osiąga w pewnych przypadkach zupełnie zadowalniające wyniki (szczególnie przy zwężeniach krótkich) już po jednem lub po dwóch posiedzeniach, jednak przy sile prądu 6—8 miliamperów. Zabieg poprzedza dokładne wypłókanie cewki przedniej gorącem rozczynem formaliny (1:5000). W trzech przypadkach (na sześciu operowanych) wynik był ujemny i dopiero uretrotomia wewnętrzna doprowadziła do pożądanego wyniku. Howland poleca po zabiegu elektrolitycznym sondowanie cewki w sposób systematyczny do Nru 26 skali francuskiej, dla utrwalenia osiągniętych wyników.

Lang (*Die therapeutische Verwerthung der Elektrolyse, insbesondere bei Stricturen der Harnröhre.* „Wiener klinische Wochenschrift" 1897, Nr. 7) używa metody elektrolitycznej w szeregu przypadków, z których trzy, stanowiące treść publikacyi, pozostawały przez dłuższy okres czasu w następowej obserwacyi klinicznej. Lang uważa metodę elektrolityczną za bardzo korzystną i dającą duże rękojmie w kierunku leczenia doszczętnego zwężeń cewki moczowej. Autor podaje bardzo praktyczną modyfikacyę ujemnej elektrody, będącą do dziś dnia w użyciu, a usuwa nią zwężenia bardzo znacznego stopnia, bo i takie, przez które tylko zgłębnik odpowiadający Nr. 4—5 skali Charierra (*bougie filiforme*), przeprowadzić był w stanie. Lang zwraca również uwagę na jeden z bardzo ważnych szczegółów techniki operacyjnej. Przestrzega mianowicie, aby po wprowadzenia katody przez zwężenie i po zamknięciu prądu nie pozostawiać sondy (elektrody), przez czas dłuższy w jednem i tem samem miejscu, ale starać się w miarę rozpoczynającego się rozkładu tkanki (co poznajemy po wydobywających się przez ujście cewki bańkach gazu) posuwać oliwkę sondy lekko, lecz ustawicznie naprzód, uciskając nią nieznacznie ujście zwężenia i wprowadzając w ten sposób katodę coraz to dalej. Postępujemy tu podobnie jak przy wprowadzaniu zwykłej sondy metalowej, tj. posuwamy nie tyle w głąb sondę, ile raczej staramy się nawlec cewkę na sondę, podobnie jak rękawiczkę na palec. W ten sposób kontrolujemy najdokładniej przy zupełnie lekkim ucisku, o ile zwężająca cewkę tkanka łączna została rozłożoną i o ile możemy się posunąć naprzód. Zatrzymując oliwkę w jednem i tem samem miejscu, zamiast posuwać ją coraz to dalej, postępujemy możliwie najniekorzystniej, ponieważ z jednej strony rozłożywszy już tkankę, otaczającą bezpośrednio katodę, nie działamy tym sposobem zupełnie już na dalej położone części bliznowatej tkanki, z drugiej zaś strony niszczymy tylko w dalszym ciągu bezpośrednio okalające katodę głębsze pokłady ścian cewki moczowej, których należało bezwarunkowo oszczędzać. Tą drogą właśnie narażamy cewkę na głęboko drążące zniszczenia, doprowadzamy do krwotoków z ciała jamistego, niejednokrotnie trudnych do zatamowania, lub też powodujemy, co bardzo częste, duże ogniska zgorzelinowe, w miejscu których w następstwie wytworzona blizna może prowadzić do znaczniejszego zwężenia światła cewki, aniżeli to, które było powodem pierwotnego zabiegu operacyjnego.

Lang wprowadza bezpośrednio po usunięciu zwężenia sondy metalowe i to tej grubości, na jakie tylko pozwala cewka tuż po zabiegu operacyjnym. Najczęściej zdołał Lang tuż po operacyi elektrolitycznej wprowadzić sondę Nr. 20—21 skali Chariera. Już choćby ze względu na tę jedną okoliczność uważa Lang zabieg elektrolityczny za najkorzystniejszy ze wszystkich sposobów leczenia zwężeń cewkowych i stawia go wyżej z różnych punktów widzenia od uretrotomii wewnętrznej. Podczas gdy przy operacyi krwawej, nacinamy partye zwężone tylko w jednem lub dwu miejscach, uzyskujemy drogą elektrolizy rozszerzenie jednostajne we wszystkich kierunkach jednocześnie, bo dokoła całej powierzchni czynnego bieguna. Z drugiej zaś strony wiadomem jest, że usiłowania idealnego wyjałowienia cewki moczowej przed operacyą, pozostaną zawsze na razie tylko *pium desiderium* operującego lekarza. Zakażenia zatem rany po operacyi krwawej zdarzają się i zdarzać się muszą mimo najściślejszej antywzględnie aseptyki ze strony operatora. Elektroliza, wywołując rozkład tkanek organicznych, niszczy równocześnie, jak to zostało udowodnionem, i wszelkie zarazki wytworzonej miazgi, wyjaławia zatem pole operacyjne, przez co możliwość zakażenia pooperacyjnego zostaje niemal wykluczoną. Ponieważ operacya elektrolityczna należy z reguły do zabiegów zupełnie bezkrwawych (obrażenia ciała jamistego są przypadkowe i nie leżą w programie zabiegu), przeto i powikłania w kierunku nacieku moczowego należeć mogą chyba do najrzadszych wyjątków. Drobne obrażenia powierzchownych naczyń lub miąższowe nieznaczne krwawienie, spowodowane częstokroć drogą czysto mechaniczną przy przesuwaniu elektrody z miejsca na miejsce, tamuje zwykle samo działanie elektrolizy już przy najsłabszych prądach.

Jako *conditio sine qua non* do przeprowadzenia zabiegu elektrolizą, stanowi według Langa możliwość przeprowadzenia przez miejsce zwężone świeczki (*bougie filiforme*), odpowiadającej swą średnicą Nr. 5—6 skali Chariera. Jak wiadomo, zwężenia, które nie odpowiadają temu warunkowi, są nadzwyczaj rzadkie. Zupełna niedrożność jest najczęściej chwilową i spowodowaną zapalnem obrzmieniem ścian cewki. Obrzmienie to bywa właśnie często spowodowanem forsownemi próbami wprowadzenia narzędzia i ustępuje, skoro tylko cewkę pozostawimy jakiś czas w spokoju.

[1]) Praca znana mi tylko z obszernych sprawozdań, między innemi w „Jahrosbericht über Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie".

Lang wymaga zupełnej drożności dla zgłębnika (konduktora) przed rozpoczęciem rękoczynu. Będę się starał wykazać, streszczając przypadki zwężeń, przezemnie operowane, że zupełna drożność dla zgłębnika przez całą długość zwężenia jest lub może być w wielu razach zbyteczną. Wystarczyło mi już bowiem kilkakrotne wprowadzenie zgłębnika do połowy, ba, nawet tylko do zewnętrznego ujścia zwężonego przestworu, aby ułatwić sobie kontrolę przy wprowadzeniu katody i kierowaniu nią w dalszym ciągu. Przy usuwaniu zwężeń krótkich, t. zw. pierścieniowatych, zabieg nawet i bez konduktora daje się o ile mnie doświadczenie pouczyło, łatwo uskutecznić.

Debredat (*Méthode électrolytique dans le traitement des rétrécissements de l'urethre; modification aux olives de Newmann.* „Journal de médecine" 1898, V. X) zmienił do pewnego stopnia sposób postępowania Newmanna, mianowicie o tyle, że sporządzał tylko część oliwki (zakończenia katody) z metalu, podczas gdy druga jej część wykonaną była z kości słoniowej i ta właśnie pozostawała w połączeniu ze zgłębnikiem elastycznym, który torował drogę przez miejsce zwężone. W ten sposób zmieniał zarazem kierunek prądu, a więc i działanie elektrolizy na odwrotny (od tyłu ku przodowi), przez co ochraniał dokładniej inne części błony śluzowej przed przyżeganiem. Debredat używał zresztą, podobnie jak Newmann, przeważnie prądów tylko o słabem nasileniu i to przez czas krótki, a powtarzał natomiast sam zabieg bardzo często Wyniki, jakie uzyskiwał od r. 1890 miały być znakomite.

Vernay (*L'électrolyse circulaire. Résultats cliniques dans le rétrécissements du canal de l'urèthre.* „Lyon médical" 1900, Vol. 95) wyróżnia działanie natychmiastowe elektrolizy od działania następowego, t.j. działania, jakie daje się stwierdzić po upływie dłuższego czasu (kilka tygodni po zabiegu). Vernay używa oliwek Debredata i podaje dokładny przebieg i wynik operacyi w sześciu operowanych przez siebie przypadkach. Autor podnosi w swoich spostrzeżeniach nadzwyczaj małą bolesność zabiegu, jakoteż i ten bardzo ważny fakt, że w czasie trzechletniej obserwacyi nie przyszło do nawrotu sprawy chorobowej. Zabieg odnosił dobre wyniki nawet w przypadkach bezwzględnej niedrożności zwężenia, przyczem udawało mu się po jednem do dwu posiedzeń uzyskać drożność natychmiastową dla zgłębnika, odpowiadającego Nr. 10—16 Chariera. W kilka tygodni później rozszerzano jeszcze następowo dotyczące odcinki cewki moczowej do 20—22 skali Cheriera. Na podstawie swych sześciu przypadków uznaje Vernay okrężną elektrolizę za bezwzględnie najlepszy i najkorzystniejszy sposób usuwania zwężeń cewki moczowej, przedewszystkiem w porównaniu do cięcia wewnętrznego (*urethrotomia interna).* Autor ten uznaje wogóle li tylko potrzebę cięcia zewnętrznego (*urethrotomia externa*) i to naturalnie jedynie w tych przypadkach, w których wszystkie inne metody nie doprowadziły do pożądanego wyniku.

Fort (*Du traitement des retrécissements uréthraux par l'électrolyse lineaire*) jest zwolennikiem elektolizy linijnej, a zatem postępowania, analogicznego do cięcia uretrotomem. Autor operował tym sposobem w stu czterdziestu przypadkach i miewał bardzo dobre wyniki przy sile prądu do dziesięciu MA. Fort przyznaje, że nawroty zwężenia zdarzały się po stosowaniu tej metody, co zresztą łatwem jest do zrozumienia, o ile zabieg elektrolityczny, działający w jednym lub w dwu kierunkach, nie może zastąpić nigdy w swych skutkach zabiegu z zakresem działania okrężnego.

Garay (*Quelques mots au sujet d'electrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre)* operuje również jednolinijnie i uważa tę metodę za równoważnik cięcia wewnętrznego. Garay różni się jednak w swem postępowaniu od Forta przedewszystkiem tem, że używa prądów nadzwyczaj silnych, bo dochodzących do 40 MA. i rozszerza bezpośrednio po zabiegu cewkę mechanicznie przez kilka dni z rzędu. Przyrządy Garaya i Forta, które możnaby nazwać elektrolitycznymi uretrotomami, nie znalazły jednak szerszego zastosowania, jako też elektroliza linijna wogóle. Przeważna część autorów (między nimi Keating-Hatt) przechyla się stanowczo do pierwotnego postępowania Newmanna, uważając zabieg linijny za niedostateczny i niepewny.

Cholzow (*Ueber die Behandlung der Strikturen der Harnröhre mit Elektrolyse.* „Allgem. med. Zentral-Zeitung", 1900, Nr. 77) podaje wyniki swoich doświadczeń z przypadków, w których używał bądź to elektrod Newmanna, bądź też Debredata. Cholzow operował przy sile prądu od 5 do 9 MA. przez dwie do trzynastu minut Autor ten uprawiał początkowo li tylko metodę jednokierunkową (linijną), później zarzucił ją zupełnie i przeszedł do metody okrężnej. Przed właściwym zabiegiem radzi zawsze, o ile to tylko jest możliwem, przeprowadzać rozszerzania przygotowawcze miejsc zwężonych cienkimi zgłębnikami, a to w tym celu, aby z jednej strony doprowadzić do możliwego przekrwienia w zakresie tkanek, z drugiej zaś strony, aby następowo przy właściwym zabiegu zdołać wprowadzić jak najszerszą elektrodę; autor wychodził z założenia, że nie należy pozwolić na zogniskowanie działania elektrolitycznego na bardzo małej przestrzeni, lecz starać się przez wprowadzenie jak najszerszych oliwek o rozłożenie działającego prądu na jak największą powierzchnię.

Cholzow nie ograniczał się do jednego posiedzenia; przeciwnie, w większości swoich przypadków powtarzał zabieg kilkakrotnie. Autor odnosi wyniki pooperacyjne nie tyle i nie wyłącznie do bezpośredniego działania elektrolizy na tkankę, ile może więcej do tak zwanego odczynu następowego. Ten odczyn następowy, występujący dopiero po pewnym upływie czasu, nazywa autor działaniem trzeciorzędnem, które polegać ma na przeciągłem niszczeniu tkanek przez wytworzony elektrolizą żrący wodnik sodowy (*Aetznatron*). Ten sposób zapatrywania się na sprawę ze strony autora, a przedewszystkiem to podporządkowanie działania bezpośredniego elektrolizy na tkanki działaniu następowemu w drodze drugorzędnego procesu chemicznego, wymaga bezwarunkowo bliższego uzasadnienia. Wyniki zupełnie zadowalniające, wprost namacalne, jakie uzyskujemy bezpośrednio po zabiegu elektrolitycznym, nie pozwalają bezwarunkowo na obniżenie znaczenia pierwszorzędnego, jakie przypisać musimy bezpośredniemu działaniu prądu, nie wykluczając przytem bynajmniej dalszego działania następowego w zakresie samej tkanki; w działaniu tem jednak dojrzeć możemy tylko czynnik drugorzędny. Cholzow jest wprawdzie bezwarunkowym zwolennikiem metody elektrolitycznej, zastrzega się jednak na podstawie swojej statystyki (obejmującej dwadzieścia dwa przypadków) od jakichkolwiek wniosków co do trwałości uzyskanych wyników leczniczych, ponieważ w ogłoszonych przypadkach pożądane byłyby jeszcze dłużej trwające spostrzeganie i kontrola.

(Dokończenie nastąpi).

* * *

II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. L. Rydygiera we Lwowie.

Przyczynek do leczenia operacyjnego zwichnięć nawykowych rzepki sposobem Ali Krogiusa.

Podał

Dr. A. Rydygier (syn).

Ostatnimi czasy czytamy tak często o nowych lub nowymi być mających sposobach, których z wyjątkiem ich wynalazcy nikt zresztą nie próbuje, bo nie przedstawiają w rzeczywistości żadnych korzyści. Chwalebny w tym względzie wyjątek przedstawia sposób Ali Krogiusa [1]) i zaleca

[1]) Prof. Ali Krogius: Zur operation Behandlung der habituellen Luxation der Kniescheibe (*Centr. f. Chir.* 1904, Nr. 9).

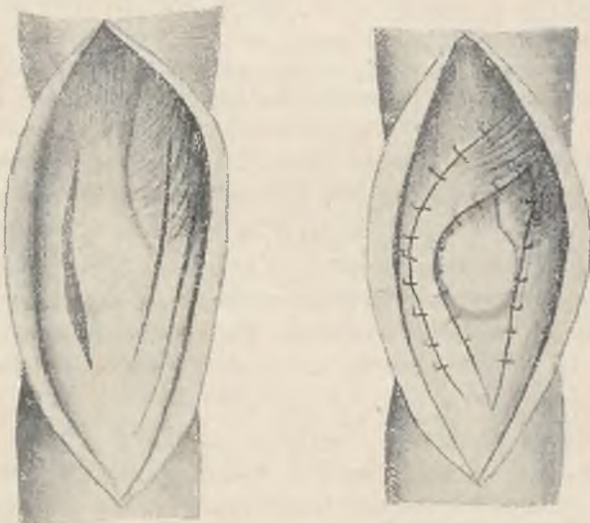
się rzeczywiście do dalszego naśladowania. Ażeby na ten ładny, powiedziałbym nawet dowcipny, sposób większą zwrócić uwagę i podnieść jego zalety, podaję w krótkości opis naszego przypadku, w którym przekonaliśmy się o łatwości w wykonaniu tego sposobu i dobrym jego wyniku funkcyonalnym.

W listopadzie b. r. zgłasza się do nas dziewczynka lat 10 licząca i skarżąca się na dolegliwości w lewej nodze. Przed dwoma laty miała upaść i stłuc sobie lewe kolano. Zawezwany znachor rozpoznaje zwichnięcie nogi w kolanie i wykonywa silne naciągania, wskutek czego rzepka miała zeskoczyć na zewnątrz i w tem położeniu już pozostać. Po dłuższem chodzeniu występują bole, wprawdzie nie zbyt silne, a od czasu do czasu noga w kolanie nawet puchnie. Ponieważ stan ten się nie poprawia, a raczej pogarsza, przywieziono chorą do kliniki i zgodzono się na operacyę.

Stan obecny: Dziewczę na swój wiek dobrze rozwinięte. W płucach objawy lekkiego nieżytu oskrzelowego. Serce i narządy jamy brzusznej bez zmian. Po stronie lewej kolano koślawe (*genu valgum*) małego stopnia; po stronie prawej zaledwie zaznaczone. Po wyprostowaniu nogi lewej widzimy, że rzepka wprawdzie leży pomiędzy kłykciami kości udowej, wyraźnie jednak zbacza na zewnątrz od osi długiej kończyny i zwraca się równocześnie swą powierzchnią przednią także na zewnątrz, a nie wprost ku przodowi, jak bywa prawidłowo. Przyczyną takiego ustawienia rzepki zdaje się być wyłącznie nad zwykłą miarę rozwinięty kłykieć wewnętrzny kości udowej lewej. Przewaga ta kłykcia wewnętrznego nad zewnętrznym występuje jeszcze wyraźniej, gdy chora zegnie kolano pod kątem prostym: wówczas bowiem zeskakuje rzepka zupełnie na stronę zewnętrzną kolana tak, że wewnętrzny jej brzeg zwraca się wprost ku przodowi, a powierzchnia przednia patrzy całkiem ku zewnątrz. Wówczas wyczuwa się kłykcie udowe zupełnie wyraźnie, pokrywają je bowiem tylko części miękkie, i znów po wyprostowaniu kolana rzepka wskakuje bez żadnej pomocy na pierwotne swe prawidłowe miejsce. Ponad stawami nadgarstkowymi i na palcach widać krzywicze zgrubienia; na żebrach nie można wykazać rożańca.

W kilka dni po przyjęciu chorej do kliniki pojawia się u niej wskutek zbytniego biegania po schodach i w ogrodzie lekki wysięk w stawie kolanowym, który jednak po zastosowaniu okładów wysychających z płynu Burowa i po przeleżeniu kilku dni w łóżku zupełnie ustępuje.

Operacyę wykonano dnia 2/I r. b. dokładnie według przepisu Ali Krogiusa: na zewnętrznym brzegu rzepki



poprowadzono cięcie lekko łukowate (patrz ryciny) i odpreparowano ku obu stronom skórę od jej podstawy tak, że cała przednia część stawu kolanowego została odsłoniętą. Następnie nacięto powierzchowne warstwy torebki stawowej na zewnętrznym brzegu rzepki nieco łukowato, a po wewnętrznej stronie wycięto podłużny płat o dwóch mostkach, tak jednak, że się stawu kolanowego nie otworzyło. Wewnętrzny płat mięśniowo-ścięgnisty przesuwa się i wszywa w cięcie zewnętrzne, a ranę po nim pozostałą na wewnętrznym brzegu rzepki zaszywa się. W ten sposób przez mniej lub więcej szerokie wykrojenie płata wewnętrznego można mniej lub więcej przeciągnąć rzepkę ku stronie wewnętrznej. Działanie zeszycia wzmacnia jeszcze przy kurczeniu się znakomicie mięsień gruby (*m. vastus medial.*), którego włókna wchodzą w górny brzeg płata.

Operacya dała się zupełnie według przepisu i z wszelką łatwością wykonać. W przebiegu pooperacyjnym nie mamy nic nadzwyczajnego do zaznaczenia; chora powoli coraz to lepiej mogła używać operowanej nogi; tylko przy silnem zgięciu pokazywała się jakoby skłonność do dawniejszego przesunięcia; nigdy jednak nie nastąpiło zwichnięcie rzepki. Zdaje nam się, że przyczyny tego szukać należy w zbyt wązkiem wykrojeniu wewnętrznego płata, a żadną miarą nie można tego kłaść na karb sposobu operacyjnego.

Zalecamy operacyę Ali Krogiusa jak najusilniej, a przestrzegalibyśmy tylko, żeby nie przykrawać zbyt wązko płata wewnętrznego.

III. Z oddziału laryngologicznego prof. Pieniążka w Krakowie.

Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w oskrzelach, tchawicy i przełyku.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny

Asystent Oddziału.

(Dokończenie).

Ciała obce w przełyku.

I. *S. D.*, lat 5, przyjęty dnia 23/III 1905. Przed 7 dniami miał się zakrztusić guzikiem metalowym, od tego czasu ulega zupełnej niemożności połykania pokarmów stałych, trudności w połykaniu płynów, ból w klatce piersiowej poza obojczykiem. W celu przekonania się o obecności ciała obcego i miejscu jego uwięznięcia wprowadziłem do przełyku miękką sondę, która napotkała na opór w górnej części przełyku. Po wyjęciu sondy wprowadziłem w pozycyi siedzącej chorego ezofagoskop z przetyczką (mandrynem) do odpowiedniej, oznaczonej już przedtem sondą wysokości. W ezofagoskopie widziałem wyraźnie brzeg monety. Ezofagoskopię z trudnością tylko mogłem wykonać, chory bowiem silnie się rzucał. Z powodu spóźnionej już godziny i braku asystencyi dalsze zabiegi odłożyłem na drugi dzień; postanowiłem ciało obce wyjąć w uśpieniu przy pomocy ezofagoskopu. Drugiego dnia rano zauważyłem, iż chłopak silnie gorączkuje (ciepł. 39·5), obok tego stwierdziłem na szyi odmę podskórną, która miała wystąpić już wieczorem poprzedniego dnia. Wobec tego postanowiłem oddać chorego w ręce chirurga w celu wykonania ezofagotomii, gdy tenże atoli z powodu braku czasu przyjść nie mógł, przystąpiłem tegoż dnia koło godziny 3 po południu do ezofagoskopii, ciało obce bowiem na jakiejkolwiek drodze, ale musiało być usunięte. U dziecka uśpionego wprowadziłem ezofagoskop, w którym dokładnie można było zobaczyć świecący brzeg ciała obcego. Kilkakrotne próby wydobycia szczypczykami nie udały się, ciało obce przy pociąganiu go w górę zawsze się wyślizgiwało; nagle wystąpiła duszność, pomimo tego jednak usiłowałem jeszcze wydobyć ciało obce, sądząc, iż może ono, obniżywszy się, ugniata tchawicę, ale i te próby były bez wyniku; gdy duszność była już znacznego stopnia, wykonałem tracheotomię, przez ranę tracheotomijną założyłem tracheoskop, w którym jednak można było widzieć, iż tchawica jest zupełnie wolna. Założyłem przeto kaniulę i ponieważ wystąpiła sinica, przystąpiłem do sztucznego oddychania, które jednak pozostało bez skutku.

Sekcya wykonana przez prof. Ciechanowskiego, wykazała: Na szyi rana tracheotomijna. Opony miękkie przekrwione biernie, zresztą bez zmian. Śródpiersie tylne naciekłe cieczą ropiasto-posokowatą; tkanka śródpiersia szarawo-zielono zabarwiona, rozmiękająca. W tkance śródpiersia przedniego, szczególnie po stronie lewej, rozległa i wybitna odma. Jamy opłucne: lewa bez zmian, w prawej jamie znajduje się powietrze, a na dnie nieco cieczy ropiastoposokowatej. Opłucna lewa gładka, lśniąca; prawa przyćmiona, pokryta włóknikiem i ropą. Płuco prawe zupełnie zapadnięte, pomniejszone, leży przy kręgosłupie; miąższ bezpowietrzny, jędrny, różowy, dość suchy. Miąższ płuca lewego wszędzie powietrzny, jędrny, różowy i dość suchy. Błona śluzowa oskrzeli gładka, bladoróżowa. Gardło, krtań, tchwica prócz rany tracheotomijnej) bez zmian, tak samo worek osierdziowy i serce. Przełyk: W górnej części ponad poziomem rozdziału tchawicy znajdują się na obu bocznych ścianach przełyku dwie wrzecionowate, wązkie, pionowo ustawione, głębokie odleżyny, o brzegach i dnie dość gładkich, pokrytych warstewką ropy. Odleżyna po stronie prawej przebija ścianę przełyku na wskróś tak, że dno jej łączy się swobodnie z jamką, wypełnioną treścią posokowatoropiastą, a zajmującą górną część śródpiersia tylnego i łączącą się znów otworem o brzegach strzępiastych z prawą jamą opłucną. Od jamki tej ciągnie się nieco ku dołowi, a znaczniej ku górze (aż prawie do tylnej ściany gardła), w tkance pozaprzełykowej przedkręgowej szczelinowaty przestwór, wypełniony treścią posokowatoropiastą, o ścianach nierównych, strzępiastych. Poniżej poziomu rozdziału tchawicy znajduje się wzdłuż lewej ściany przełyku pionowe rozdarcie o brzegach dość ostrych, przenikające ścianę przełyku na wskróś; tkanka śródpiersia w tem miejscu częścią dotknięta odmą (od przodu), częścią rozmiękła, naciekła cieczą posokowatą, szarawobrunatną. Wreszcie w dolnej części przełyku tuż ponad wpustem tkwi ciało obce: guzik metalowy o dość ostrych brzegach, okrągły, wielkości niemal dwukoronówki, o średnicy = $22\frac{1}{2}$ mm.; po stronie wklęsłej jego znajduje się metalowe kółko, służące do przyszycia.

Rozpoznanie anatomiczne: *Corpus alienum in oesophago. Decubitus oesophagi cum perforatione. Mediastenitis posterior gangraenosa. Pneumothorax dexter. Pleuritis septica dextra. Atelectasis pulmonis dextri. Tracheotomia l. a. f.*

Przypadek ten jest zajmujący tak ze względu na zmiany, jak i na szybkość ich wystąpienia. Guzik metalowy o znacznych rozmiarach (średnica bowiem jego przeważa nad średnicą światła przełyku) i o brzegach ostrych dostaje się do górnej części przełyku, gdzie uwięza. Uciskając na ściany przełyku, wywołuje swoim brzegiem odleżynę; odleżyna ta odpowiednio do pionowego ułożenia guzika występuje w postaci wrzecion, usadowionych pionowo po obu stronach przełyku. Kółko zaś na stronie wklęsłej guzika, wystając poza wklęsłość, musiało się także przyczyniać do silniejszego jeszcze rozszerzenia ścian przełyku. Przebijając do śródpiersia, wytwarza tam jamkę, wypełnioną treścią posokowatoropiastą, która znowu łączy się otworem o brzegach strzępiastych z jamą opłucną prawą. Jamka opisana rozszerza się ku górze w tkance pozaprzełykowej w przestwór, wypełniony treścią posokowatoropną. To są zmiany, będące następstwem ucisku brzegu guzika na ściany przełyku z przebiciem ich po stronie prawej. Czas, w którym te zmiany się rozwinęły, wynosił zaledwie 7 dni. Dziecko w dniu przyjęcia, t j. siódmego dnia, miało się stosunkowo dobrze, narzekało tylko na niemożność połykania i bole poza mostkiem. Wobec tego stosunkowo dobrego stanu dziecka postanowiłem najpierw przekonać się o obecności i miejscu usadowienia ciała obcego. Przeprowadziłem przeto ezofagoskopię. Prawdopodobnie skutkiem niespokojnego zachowania się dziecka wprowadzony ezofagoskop spowodował obniżenie się ciała obcego ku dołowi z nieznacznem prawdopodobnie, ale ostrem przebiciem ścian przełyku. Następstwem przebicia była odma śródpiersia przedniego i szyi, która wystąpiła w niedługim czasie po ezofagoskopii. Trudność wydobycia ciała obcego w ezofagoskopie następnego dnia jest, uwzględniając gładkość ciała obcego, rzeczą zrozumiałą; przypuszczam też, iż większa część przedarcia sztucznego błony śluzowej przełyku nastąpiła dopiero dnia następnego. Wobec istniejącego już posokowatego zapalenia śródpiersia dolnego z przebiciem do opłucnej oczywiście każdy zabieg byłby bezskuteczny. W przypadku tym postępowałem wedle metod obecnie polecanych, t. j. stosowałem ezofagoskopię tak w celu rozpoznawczym, jak i przymusowo w celu wydobycia ciała obcego, a robiłem to tem chętniej, że poprzednio już osobiście się przekonałem, jak wielkie i ostre ciała obce dadzą się w ten sposób usunąć.

Przypadek ten wobec wymienionych przedtem zmian musiał się skończyć niepomyślnie: ani ezofagotomia, ani żaden inny zabieg wobec istniejącego już posokowatego zapalenia śródpiersia uratować pacyenta nie mógł; przebicie więc przełyku tak przy ezofagoskopii, jak i prawdopodobnie przy próbach wydobycia, mogło tylko zejście śmiertelne nieznacznie przyspieszyć; to samo atoli byłoby się stało choćby i po najenergiczniejszym zabiegu chirurgicznym.

Z możnością atoli powstania głębszej odleżyny w każdym przypadku, gdzie ciało obce dłużej leży i o rozmiarach stosunkowo wielkich liczyć się musimy, oznaczenie atoli czasu, w którym odleżyna już powstać mogła, wreszcie oznaczenie głębokości odleżyny jest i będzie chyba rzeczą ogromnie trudną. W przypadkach, w których przypuszczać już możemy istnienie głębokiej odleżyny, wszelkie zabiegi od strony ust byłyby przeciwwskazane, pozostałaby się tylko ezofagotomia przy ciałach, usadowionych w górnej części przełyku, gastrotomia przy nizkiem ułożeniu. Odleżyny powierzchowne, jak i powierzchowne zranienia błony śluzowej przełyku nie przedstawiają przeciwwskazania do ezofagoskopii. W razie przebicia do śródpiersia z wywołaniem tamże, jak to zwykle bywa, posokowatego zapalenia, wszelkie nasze zabiegi będą nadaremne.

Obok tego mam do zanotowania jeszcze dwa przypadki ciał obcych w przełyku z wynikiem atoli pomyślnym.

II. *S. I.*, lat $2\frac{1}{2}$, badana 1/II 1905, utrzymuje, że dnia poprzedniego wieczorem miała się zakrztusić dwukopijką; odtąd doświadcza niemożności połykania potraw stałych, oraz bolu przy połykaniu płynów. Rodzice zgłosili się z dzieckiem dnia 2/IV popołudniu.

Chcąc mieć pewność obecności ciała obcego i miejsca jego usadowienia, odesłałem pacyentkę do Dr. Frommera celem rentgenoskopii. Badanie to wykazało obecność ciała obcego na wysokości pierwszych kręgów piersiowych. Tegoż samego dnia wieczorem przystąpiłem do ezofagoskopii; wykonałem ją w uśpieniu chorej. Po założeniu ezofagoskopu udało mi się przez krótką tylko chwilę widzieć ciało obce, które samo przy rozszerzaniu przełyku przesuwało się w dół, aż wreszcie wpadło do żołądka. Przesunąłem jeszcze ezofagoskop aż do samego wpustu żołądka i przekonawszy się o tem, iż przełyk jest zupełnie wolny, wyjąłem ezofagoskop. Poleciłem rodzicom podawać dziecku odpowiednią dyetę (potrawy mączne, ryż, kaszę i t. d.) i następnego dnia udać się znowu do rentgenoskopii. Badanie to wykazało drugiego dnia po wydobyciu, obecność kopijki już w jelitach cienkich. Trzeciego dnia ciało obce zostało wydalone z przewodu pokarmowego. Dziecko tylko w pierwszych dniach po ezofagoskopii narzekało na bole gardła, zresztą było zupełnie zdrowe.

III. *H. G.*, lat 26, zgłosiła się dnia 1/V 1905 podając, iż dnia 27/IV połknęła kość i od tego czasu odczuwa ból przy połykaniu płynów, a zupełną niemożność połykania potraw stałych.

W pozycyi siedzącej chorej wprowadziłem odrazu ezofagoskop do górnej części przełyku; przy oświetleniu lampką Kirsteinowską widać było dokładnie ciało obce, znajdujące się w górze przełyku; ciało to ułożone było poprzecznie, więcej zbliżone do ściany przedniej; usiłowałem je wyciągnąć szczypczykami kulistymi, jednak już po jednokrotnej nieudanej próbie wziąłem odrazu hak, zagięty pod kątem prostym, którym zmieniłem położenie ciała obcego na skośne, a następnie po przyciśnięciu hakiem kości do brzegu ezofagoskopu, wyjąłem bez najmniejszego wysiłku ezofagoskop razem z kością. Była to czółenkowato podłużna kość o ostrych końcach i brzegach długości 25 mm. Po wyjęciu ciała obcego wprowadziłem jeszcze raz ezofagoskop, w którym widać było w miejscu uwięźnięcia ciała obcego na obu bocznych ścianach przełyku podbiegnięcia krwawe. Chora zgłosiła się na drugi dzień opowiadając, iż zaraz po wyjęciu ciała obcego czuła się zupełnie zdrową i zupełnie swobodnie mogła połykać; wobec tego odesłałem ją do domu.

IV. Oceny i sprawozdania.

Przegląd nowszych środków wewnętrznych przeciwrzeżączkowych i uwagi o ich działaniu [1]).

Podał
Dr. Roman Leszczyński,
asystent kliniki dermatologicznej lwowskiej.

Dawniej leczenie czysto miejscowe rzeżączki liczyło więcej zwolenników. Dziś liczba ich zmalała, ponieważ pojawiły się nowe leki wewnętrzne, wiele skuteczniejsze, a nie wywołujące przykrych ubocznych skutków. Dawniejsze środki: kubebice lekarski i balsam kopaiwiany, działając korzystnie na przebieg rzeżączki, wywołują nieraz ciężkie objawy ze strony skóry, przewodu pokarmowego, a co najważniejsze — nerek. Olejek sandałowy, prócz lekkich zaburzeń żołądkowych, jak nudności, brak łaknienia, odbijania, nie sprowadza zwyczajnie żadnych większych dolegliwości. Toż rzec można, że z rozpowszechnieniem używania olejku sandałowego, jest bowiem znany od roku 1741, weszło leczenie wewnętrzne rzeżączki na nowe, a lepsze tory.

Olejek sandałowy istnieje w trzech gatunkach: jako wschodnio-indyjski, zachodnio-indyjski i australski. Istotą działającą jest *Santalol* (*sesquiterpenalkohol* $C_{15}H_{24}O$ H. v. Soden „Archiv f. Pharm.", 1904, p. 361), wrzący przy 300⁰, który w dobrym gatunku wschodnio-indyjskiego olejku znajduje się w ilości 93—98%; zachodnio-indyjski zawiera go tylko 30—40%. Prócz Santalolu znajdujemy w małych ilościach cały szereg innych substancyi, które w znacznej mierze wywołują wspomniane zaburzenia żołądkowe. Najważniejszą z nich jest *Santalen* $C_{15}H_{24}$. Nadto olejek sandałowy wschodnio-indyjski fałszowanym bywa takiemi domieszkami, jak n. p. olejek zachodnio-indyjski, cedrowy, rącznikowy, lniany, kopaiwiany, sezamowy i inne, a wedle Riehla („Wien. med. Wochenschr." 1898) i Mayerhardta („Therap. Monatshefte" 1900) domieszki te są również ważną przyczyną działań ubocznych.

Wytworzono tedy przetwory czyste, zawierające tylko „sesquiterpenalkoholowe" składniki, mianowicie gonorol (= *Ol. Santali-Santalen* = *Santalol* $C_{15}H_{24}O$) i arrhéol ($C_{15}H_{26}O$). Oba te przetwory podaje się w kapsułkach i dawkach, jak olejek sandałowy. Odnośnie do gonorolu ważne są doświadczenia Meissnera („Dermatolog. Centrbl.", Bd. VI, N. 2), które wykazały, że u zwierząt karmionych santalenem występowało z reguły krwotoczne zapalenie nerek, (u niektórych także silne zapalenie jelit), podczas gdy po gonorolu makroskopowo i mikroskopowo nie można było żadnych zmian w nerkach dostrzedz. Zawarte w olejku sandałowym i podobnych substancyach terpeny i im pokrewne związki zostają jako takie wessane i tworzą w ustroju połączenia podwójne z kwasami glikuronowymi, które to połączenia następnie jako łatwo rozpuszczalne sole przechodzą do moczu. Częściowo łączą się też terpeny w analogiczny sposób z kwasami eterosiarkowymi. Mocz, wysycony tymi składnikami, ulega daleko później gniciu, niż w zwykłych warunkach. Pozostaje dłuższy czas przejrzystym, a nawet po opadnięciu kryształów tripelfosfatu pokrywa się tylko na powierzchni pleśnią, podczas gdy bakterye gnilne nie rozwijają się wcale lub tylko słabo (Schmiedeberg). Mocz taki posiada dalej podwyższoną kwasotę, a opłókując błonę śluzową cewki, powoduje zmniejszenie objawów zapalnych, szczególnie wydzieliny, utrudnia i powstrzymuje rozwój gonokoków.

Dalszym krokiem naprzód było zastosowanie do leczenia rzeżączki przetworów salicylowych, a przedewszystkiem salolu.

Salol (*phenylum salicylicum*) jest estrem fenylowym kw. salicylowego. W dwunastnicy pod wpływem soku trzustkowego i zasad rozkłada się na fenol i kwas salicylowy. Kwas salicylowy zostaje wchłonięty i następnie wydzielony jako salicylany lub po połączeniu się z glikokolem jako salicylurаty. Mocz barwi się wtedy po dodaniu chlorku żelazowego na ciemno-czerwono-fioletowo.

Fenol po wchłonięciu szybko się wydziela, a to w połączeniu z kwasem siarkowym i kwasami glikuronowymi, w małej tylko ilości wolny; wreszcie jako dihidrooksybenzole, t. j. pyrokatechina i hidrochinon, który, utleniając się na powietrzu, nadaje moczowi znaną ciemną brudno-zieloną barwę.

Klinicznie wiemy, że salol działa antyseptycznie i przeciwzapalnie na drogi moczowe; podnosi kwasotę moczu, oczyszcza go, zwyczajnie nie drażni nerek i szczególnie korzystnym okazuje się w zapaleniu cewki i pęcherza, zwłaszcza jego szyjki, gdzie szybko usuwa dokuczliwe parcie. Dla tych zalet bywa często stosowanym.

W miarę, jak santal i salol znajdowały coraz większe uznanie i rozpowszechnienie, wysilał się przemysł chemiczny na tworzenie coraz to nowych kombinacyi i rzucał na targ coraz to nowe przetwory. Oto niektóre z nich:

Ol. Salosantali jestto $33^1/_3$% roczyn salolu w olejku sandałowym wschodnio-indyjskim z dodatkiem nieco olejku miętowego (w kapsułkach). Podobnym przetworem jest *santal salolé* Lacroix. *Salantol* czyli *salacetol* jest estrem acetolu i kwasu salicylowego; są to białe łuski trudno rozpuszczalne w wodzie zimnej; w połączeniu z olejkiem sandałowym w tak zw. perełkach Sala.

Kapsułki tarolinowe zawierają *salol*, *ol. santali* i *extr. cubebarum*. Dalej *Sanon* zawiera 3 części salolu, 3 części *ol. cubebarum* i 10 części *ol. santali* (podaje się w kapsułkach).

W końcu *antirrhinol*, mający zawierać *salolum tannicum albuminatum*.

Błękit metylenu poleca się (w kapsułkach à 0·05 3—4 dziennie) przy schorzeniach górnych dróg moczowych. Białobrzeski („Gaz. lekar.", 1903, Nr. II) podnosi jego działanie przeciwzapalne, uspokajające i antyfermentacyjne, szczególnie w nieżytach dróg moczowych. W połączeniu z olejkiem sandałowym spotykamy go w handlu jako *Santal Monal au bleu de methylène* (6—10 kapsułek).

[1]) Odczyt wygłoszony w Towarz. lek. lwowskiem dnia 17 marca 1905 roku.

Wyciąg z *piper methysticum* pod nazwą *extr. Kava-Kava fluidum* dawniej był znanym ze swych własności, szczególnie znieczulających. Zawiera on dwie żywice α i β, oraz dwie substancye krystaliczne, zdaje się obojętne: *methysticin = kavahin* i *gangonin*. Po oddzieleniu ich zostają żywice α+β które w ilości 20%, dodane do najczystszego olejku sandałowego, tworzą znany przetwór gonosan (Kava-santal). Podaje się w kapsułkach à 0·30, których chory zażywa po 10—12 dziennie. Gonosan, wytworzony przez firmę Riedla, wprowadzony został do leczenia przez Bossa („Deutsche Med. Ztg.", 1902, Nr. 98 i „Monatsber. f. Urol.", Bd. VIII, Nr. 10). Literatura o gonosanie dziś już dość obfita (patrz: Melun „Monatsber. f. Urol.", 1905, Nr. 1) Wszystkie mniej więcej zdania przyznają temu przetworowi wielkie zalety. Przedewszystkiem szybko zmniejsza bolesność cewki; a czem bardziej stężony będzie roztwór kwasów żywicznych w moczu, tem silniej to działanie występuje. Słusznie też poleca Boss ograniczanie ilości płynów przy podawaniu gonosanu. Równocześnie zmniejszają się inne objawy zapalne, jak obrzęki; wydzielina staje się coraz mniej obfitą, mocz oczyszcza się, parcie, jeśli było, wnet ustępuje; bolesne wzwody nie powtarzają się. Wogóle stan podmiotowy znacznie się poprawia. Przedmiotowo możemy stwierdzić obok zmniejszenia wydzieliny, zmniejszenie liczby gonokoków. Badania bakteryologiczne Saalfelda i Piórkowskiego wykazały, że gonosan działa zabójczo na gonokoki; hodowle gonokoków, poddane przez 5 minut działaniu moczu chorych, przyjmujących gonosan, ginęły. Zaś mocz taki, przechowany w termostacie, po trzech dniach nie okazuje jeszcze śladów gnicia.

Dalszą zaletą gonosanu jest to, że nie wywołuje żadnych zaburzeń żołądkowych, ani podrażnienia nerek. Co najwyżej spotykamy lekkie odbijania i to przeważnie u pacyentów, którzy już dawniej w innej formie poznali olejek sandałowy. Najważniejszym jest jednak korzystny wpływ gonosanu na ograniczenie sprawy chorobowej. Wszelkie powikłania występują znacznie rzadziej, niż przy jakiemkolwiek innem leczeniu. Gdy wedle dawniejszych statystyk zapalenie tylnego odcinka cewki występowało w 59—93% przypadków, to przy leczeniu gonosanem nie przenosi wedle Spitzera 8%.

Działanie znieczulające i ten właśnie wpływ na ograniczenie się sprawy chorobowej, są to zalety, jakiemi żaden inny środek poszczycić się nie może i które stawiają gonosan na czele obecnie używanych przetworów balsamicznych. Boss określa w następujący sposób konieczne własności dobrego leku przeciwrzeżączkowego: 1) musi działać kojąco na proces zapalny; 2) zwiększać ilość moczu; 3) zmniejszać wydzielinę; 4) niszczyć gonokoki, lub przynajmniej powstrzymywać ich rozwój; 5) działać przez powściąganie popędu płciowego przeciw wzwodom i zmazom.

Gonosan, jak widzimy, nie tylko czyni zadość tym wymaganiom, ale nawet je przewyższa.

Z innych przetworów grupy balsamów wymienię jeszcze libanol, czyli *ol. ligni cedri athlanticae*, który podaje się w kapsułkach do 3.00 dziennie i sylwaninę Dupin, która jest olejkiem *pini maritimae*

Kwasy żywiczne, jakie spotykamy w moczu po użyciu olejku sandałowego i jego pochodnych, strącają się kwasami mineralnymi, n. p. kwasem azotowym, tworząc obrączkę jak przy białkomoczu. Obrączka ta rozpuszcza się jednak po dodaniu alkoholu, podczas gdy obrączka białka zostaje. Czem bardziej wysyconym jest mocz kwasami żywicznymi, tem wyraźniejsza, obfitsza, tem bardziej zbita jest ta obrączka. Wielką rolę odgrywa tu naturalnie rozcieńczenie moczu. Jeśli chory przyjmuje wiele płynów, ilość moczu będzie znaczną, ale mocz ten będzie mało wysyconym i obrączka mało wyraźną.

Jednakowoż niezależnie od rozcieńczenia moczu, przy przybliżenie takiej samej jego ilości, spotkać można u jednych chorych obrączkę obfitą, zbitą, u drugich nikłą, mało wyraźną, a nawet, w rzadkich zresztą przypadkach, obrączki takiej wcale nie dopatrzymy. Być może, że u jednych w jelitach zostaje wchłonięty większy odsetek olejku, u innych mniejszy; również być może, że w pewnych organizmach przemiana olejku sandałowego idzie dalej i przechodzi on do moczu wtedy częściowo tylko jako kwasy terpeno-glikuronowe, a zresztą pod postacią innych bliżej nam nieznanych produktów. Być może zresztą, że rzeczywiście tylko ilość moczu jest powodem tego zjawiska. W każdym jednak razie podnieść to należy, że przypadki, w których po dodaniu kwasu azotowego występuje w moczu obfita obrączka kwasów żywicznych (przy używaniu wewnętrznem leków balsamicznych) przebiegają przeważnie korzystnie.

Extr. Pichi Pichi fluidum z *fabiana imbricata* używane było już dawniej w schorzeniach dróg moczowych. Obecnie znajduje się w handlu pod nazwą fabianozy (*Dragées de fabianose*), stanowiąc składnik działający wyciągu (o wzorze przypuszczalnym $C_{18}H_{31}O_2$). Nadto istnieją kołaczyki (tabletki) urosteril, których N. I zawiera *extr. Pichi Pichi à 0·25*, zaś N. II *extr. Pichi Pichi 0·25, saloli tannini aa 0·125*.

Z liści mączniey niedźwiedziny (folia uvae ursi), tak ulubionych w formie odwaru, wydobyto glikozyd arbutynę $C_{12}H_{16}O_7$, która z wodą rozkłada się na cukier i hidrochinon, przechodzący do moczu

Z *extr. siccum fol. uvae ursi* fabrykowano kołaczyki uropuriny (uropural), zawierające po 0·25 wyciągu; nadto jest N. II tych kołaczyków z salolem, N. III z urotropiną i N. IV z aspiryną. W końcu pod nazwą diosmal poleca M. Fürst („Monatsh. f. prakt. Derm.", Bd 35, N. 7) *extractum foliorum Bucco* przy rzeżączce, zapaleniu pęcherza, miedniczek i nerek.

Odrębną grupę stanowi *hexamethylentetramin* i jego pochodne.

Heksametylentetramin $(CH_2)_6N_4$ czyli urotropina (syn. cystamina, cystogen, formina, aminoform) powstaje przez działanie amoniaku na trioksymentylen i odwrotnie, wydziela w moczu wolny formaldehyd, szczególnie w oddziaływaniu kwaśnem. Środek ten został wprowadzony przez Nikolaiera w r. 1894. Piśmiennictwo odnośne zebrał i krytycznie opracował Lubowski: („Allgem. med. Centr. Ztg." 1902"). Zajmujące szczegóły zawiera też większa praca doświadczalna Vindevogla (H. Vindevogel: De l'urotropine „Annales de la Société de sciences médicales de Bruxelles" 1902 — Ref. „Ann. des mal. des org. urin." 1903, N 10). Lubowski w swej wyżej wspomnianej pracy streszcza wskazania do podawania heksametylentetraminu jak następuje:

1) w skazie moczanowej; 2) w schorzeniach dróg moczowych na tle drobnoustrojów; 3) w fosfaturyi, gdyż podnosi silnie kwasotę moczu; 4) w durowem zapaleniu pęcherza; 5) zapobiegawczo przed operacyą dla odkażenia dróg moczowych. Środek ten rzeczywiście wybornie działa w zapaleniu miedniczek, pęcherza i cewki. Pamiętać jednak trzeba, że znane są zatrucia urotropiną, objawiające się białkomoczem, moczeniem krwawem, nawet hemoglobinuryą, w pierwszym jednak rzędzie bolesnem parciem (strangurya) (Warren-Coleman). Mało używanym przetworem jest saliformina czyli *hexamethylentetraminum salicylicum*.

Pochodnym urotropiny jest niedawno wprowadzony helmitol (citramin). Jest to połączenie heksametylentetraminu z kwasem anhidrometylencytrynowym. Lek ten chorzy znoszą bardzo dobrze, działa słabo moczopędnie, natomiast silnie odkażająco, podnosi kwasotę moczu i wyjaśnia go, a przytem usuwa szybko bolesne parcie. Dlatego Gilbert („Dtsch. Praxis", 1904) powiada, że helmitol jest wskazany zawsze i wszędzie, gdzie zwalczamy bakterye w drogach moczowych (z wyjątkiem jednak gonokoków), szczególnie przy odczynie zasadowym moczu Heuss („Monatsh. f. prakt. Dermat.", 1903, N. 3) twierdzi, że działanie helmi-

tolu, polegające na wydzielaniu formaldehydu, przewyższa 4—6-krotnie działanie urotropiny. Także doświadczenia farmakologiczne Silberschmidta wykazały, że siła bakteryobójcza moczu po helmitolu jest znacznie większa, niż po urotropinie. Zdania Seiferta, Schützego, P. Rosenthala, Schwerina, Sigmundta, A. Krausa, Goldschmidta, Müllera brzmią wszystkie korzystnie dla helmitolu. Polecanym bywa w zapaleniu miedniczek, pęcherza (lecz nie na tle gonokoków), cewki, w fosfaturyi i skazie moczanowej; doskonały przy bakteryuryi, mniej pewny przy rzerzączce.

Dioksybenzolheksamentylentetraminem jest hetralina i zawiera 60% urotropiny. Wedle Lohnsteina przetwór ten podnosi wybitnie kwasotę moczu, dlatego poleca on go w fosfaturyi; zresztą działa podobnie jak urotropina i helmitol, ale słabiej.

Po użyciu wszystkich środków tej grupy wykazać można formaldehyd w moczu zapomocą próby Jörissena: do 100 sz. cm. moczu dodajemy nieco roztworu $^1/_{1000}$ floroglucyny; wstrząsamy, dodajemy 2 sz. cm ługu sodowego; występuje zabarwienie różowo-czerwone. Można też użyć próby Rieglera (*phenylhydrazinum hydrochloricum* i *natr. caust.*: zabarwienie różowe).

Ze wszystkich wyżej przytoczonych środków najmłodszym jest *arrhovina*. Jest to połączenie estryfikowanego kwasu *thymylbenzoësowego* i *diphenylaminu*. Jest to płyn aromatyczny, w wodzie nierozpuszczalny, natomiast w alkoholu, eterze, chloroformie, oliwie. Arrhowina jest nietrującą i podaje się ją w kapsułkach à 0·25 po 3—5 dziennie. Burchard i Schlockow („Mediz. Woche“, 1903, N. 48) pierwsi przeprowadzili systematyczne badania tego nowego środka i wykazali, że wchłania się w żołądku b. szybko, bo już po 15 minutach, i przechodzi pod nieznaną postacią do moczu, nadając mu bardzo silne własności bakteryobójcze. Ważnym jest szczegółem, że nierozpuszczalna w wodzie arrhowina, nie posiada jako taka tych wysokich własności bakteryobójczych, jakie uzyskuje po przejściu przez ustrój. Mocz po zażyciu arrhowiny wstrzymuje bardzo szybko rozwój bakteryi w hodowlach. Arrhowina oczyszcza szybko mocz, podnosi jego kwasotę i wyjaławia go. Przytoczeni autorowie, oraz Reiner („Socialärztl. Presse“, Bd. II, N. 6), J. A. Goldmann („Monatsh. für prakt. Derm.“, Bd. 39, Nr. 1) i Strauss („Prager med. Wochschr.“, 1904, N. 24) przynoszą spostrzeżenia kliniczne nader korzystne dla arrhowiny. Stosują ją wewnętrznie w kapsułkach i zewnętrznie w postaci pręcików i czopków (*bacilli urethrales*, *globuli vaginales*) z masłem kakaowem lub w roztworze z oliwą do tamponów. Podnoszą, że arrhowina jest nietrującą i nieszkodliwą, działa silnie odkażająco w drogach moczowych i jest skuteczną jako lek przeciwrzeżączkowy. Zmniejsza ona objawy zapalne i podmiotowe dolegliwości i leczy samą sprawę rzeżączki, działając moczopędnie, ściągająco i odkażająco (Goldmann); w końcu ma posiadać jeszcze jedną własność: będąc substancyą pochodną kwasu tymylbenzoësowego przeprowadza trudno rozpuszczalny kwas moczowy w łatwo rozpuszczalny kwas hippurowy. Kwas moczowy, jak wiadomo, wywołuje zmiany w stawach: arrhowina, usuwając go z krążenia, zmniejsza niebezpieczeństwo powikłań rzeżączkowych ze strony stawów i osierdzia.

Z tego, co wyżej powiedziałem, wyprowadzam następujące wnioski: 1) Olejek sandałowy powinien ustąpić miejsca przetworom oczyszczonym, t. j. gonorolowi i arrhéolowi. Leki balsamiczne wogóle tylko w kapsułkach powinno się podawać.

2) Gonosan jest obecnie najlepszym z przetworów balsamicznych: działa jako lek znieczulający, przeciwrzeżączkowy i zapobiegawczy.

3) Salol, chociaż toksyczny, jest pewnym przetworem w nieżytach ropnych dróg moczowych, szczególnie w zapaleniu cewki i pęcherza.

4) Urotropina, helmitol, hetralina, wydzielając formaldehyd, odkażają drogi moczowe, podnoszą kwasotę moczu, usuwają fosfaturyę. Urotropina, najbardziej toksyczna, hetralina najsłabiej działająca. Prawdopodobnie helmitol okaże się najlepszym przetworem tej grupy.

5) Arrhowina jest środkiem silnie wyjaławiającym drogi moczowe. Wymaga dalszych doświadczeń.

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Hijmans v. d. Bergh. **Sinica pochodząca z jelita.** (Enterogene Cyanose). (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, T. 83, Z. i 2, 1905). Przed 2 laty opisał pierwszy Stokvis (*Festschr. f. Leyden*) przypadek t. zw. *cyanosis autotoxica enterogenes*: 38-letni mężczyzna, cierpiący na silną biegunkę, okazywał na skórze i dostępnych badaniu błonach śluzowych wyraźną sinicę, a na ostatnich członkach palców pałeczkowate zgrubienie (t. zw. *Trommelschlägelfinger*); krew zawierała stale małą ilość methemoglobiny, która zdaniem Stokvisa brała początek z jelit skutkiem wessania się trujących substancyi do krwiobiegu i zamiany pewnej części Hb w MHb. Wkrótce później ogłosił Talma 3 zupełnie podobne przypadki takiej samej *Methaemoglobinaemia enterogenes*; obecnie dodaje autor 2 dalsze przypadki, spostrzegane w szpitalu w Rotterdamie. Jeden z nich dotyczył 9-letniego chłopca, którego musiano wkrótce po urodzeniu operować z powodu zarośnięcia odbytu, poczem jednak na nowo wytworzyło się zwężenie odbytu skutkiem zaciągnięcia się blizn pooperacyjnych. Spływający przez istniejącą przetokę mocz z pęcherza do kiszki stolcowej zatrzymywał się wraz z zalegającą treścią kałową powyżej zwężenia i wywoływał stan zapalny kiszek z znacznem wzdęciem całego brzucha. Wybitna sinica na całem ciele, obecność pałeczkowatych zgrubień na członkach palców, po stanowczem wykluczeniu wady serca wrodzonej, kazały upatrywać przyczyny niezwykłego zabarwienia skóry we krwi. Rzeczywiście badanie spektroskopowe wykryło obecność we krwi nie methemoglobiny, ale sulfhemoglobiny, a badanie chemiczne wykazało obecność H_2S. W myśl powyższych spostrzeżeń zastosowane leczenie, a mianowicie: założenie cewnika ustalonego (*cathether à demeure*), celem przeszkodzenia ustawicznemu spływaniu moczu do jelita i wytwarzaniu w niem amoniakalnej fermentacyi; podanie urotropiny, wykluczenie z dyety pokarmów białkowych w celu ograniczenia tworzenia się H_2S w jelitach, a wreszcie mechaniczne rozszerzanie odbytu bądź zapomocą pręcików blaszeńcowych, bądź palcami w uśpieniu, — odniosło szybko skutek widoczny: stolec się uregulował, objętość brzucha znacznie zmalała, stan ogólny poprawił się znacznie, a sinica skóry i błon śluzowych zmniejszyła się bardzo wybitnie. Był to więc przypadek „autotoksycznej sulfhemoglobinemii. Drugi podobny dotyczył „autoksycznej methemoglobinemii. Mianowicie u 25-letniego mężczyzny, okazującego przewlekłe miąższowe zapalenie nerek, istniała od dłuższego czasu miernego stopnia biegunka: skóra na policzkach, brodzie, na palcach rąk i nóg, jakoteż błona śluzowa jamy ust przedstawiała uderzające fiołkowo-sine zabarwienie. Badanie spektroskopowe krwi wykazało obecność MHb i t. d. nie w osoczu, ani w surowicy, ale w samym skrzepie krwi (*intraglobuläre Methämoglobinaemie*). Najciekawszem zjawiskiem było, że MHb, — a co za tem idzie i sinica, pozostawała w ścisłej zależności od dyety: znikała w zupełności po zastosowaniu bezwzględnej dyety mlecznej, a pojawiała się w ciągu kilku godzin po podaniu mięsa. Wobec tego, że czynniki i wpływy, jakie w ogólności są zdolne zamienić Hb w MHb są bardzo liczne, a po części jeszcze i niezupełnie znane, — autor nie rozstrzyga pytania, któremu z nich przypisać należy przyczynową rolę w tej zamianie Hb w MHb; będzie to zadaniem przyszłych klinicznych badań większej liczby podobnych przypadków. *Wilczyński.*

Wolownik. **O zachowaniu się komórek szpiku kostnego w rozmaitych stanach chorobowych.** (*Zeitschrift für klin. Med.*, T. 56, Z. 5 i 6, 1905). Dla lekarza, któryby się chciał zapoznać z postaciowym składem i budową szpiku kostnego, prace dotychczasowe w tym kierunku przedstawiały pewną trudność z tego powodu, iż nie wszyscy badacze posługiwali się temi samemi metodami barwienia, a co za tem idzie, różnili się między sobą przy opisywaniu i liczeniu nawet tego samego gatunku komórek. Praca powyższa wyróżnia się pod tym względem, celując niezwykłą jasnością i przejrzystością. Opierając się na stosunkowo skromnym materyale sekcyjnym, przechodzi autor po kolei główniejsze schorzenia i bada przy nich zachowanie się szpiku kostnego. W gruźlicy, zakażeniu posokowatem, w sprawach nowotworowych, w wadach serca,

w zapaleniu nerek — znajdują się w szpiku przeważnie — myelocyty, natomiast w zapaleniu płuc, w marskości wątroby i wszędzie tam, gdzie wciągnięte są w sprawę chorobową gruczoły chłonne — limfocyty. Wielojądrzaste neutrofilne przeważają przy sprawach ropnych i owrzodzeniach, eozynofile zaś w zapaleniu płuc i nerek. W gruźlicy i raku spotyka się znacznie zwiększoną ilość komórek olbrzymich i ciałek czerwonych jądrzastych. *Wilczyński.*

C. Jarvis. **O współczesnej epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Ameryce.** (*La presse medicale*, 1905, Nr, 36). Epidemia ta pojawiła się w lutym r. 1904, osłabła znacznie podczas lata i jesieni, ażeby w zimie znowu gwałtowniej wybuchnąć. W ostatnim tygodniu m. grudnia liczba przypadków śmierci w samym Nowym Yorku wynosiła 18. W przeciągu stycznia roku bieżącego śmiertelność tygodniowa wynosiła przypadków 30, w lutym 49, w marcu 89, w kwietniu 131. Od 1-go stycznia do 15-go kwietnia było 910 przypadków śmierci w samym Nowym Yorku. Jest to śmiertelność znaczniejsza od śmiertelności epidemii śląskiej, która liczyła 582 przypadki śmierci na 1.088 zachorowań. Równocześnie szerzy się epidemia ta także w innych okolicach Stanów Zjednoczonych. Pojawiła się ona w r. 1806 w Stanie Massachusset i dotąd zdaje się mieć upodobanie do tego Stanu. W ubiegłym wieku spostrzegano w Ameryce cztery wielkie epidemie: w r. 1809, 1864, 1874 i 1897-ym. Ta ostatnia objęła 27 stanów. Od czasu srożenia się epidemii zarząd sanitarny miasta Nowego Yorku zamianował komisyę, złożoną z siedmiu lekarzy i bakteryologów, dla badania tej choroby i zarządzeń zapobiegawczych. Komisya wysłała okólniki do wszystkich lekarzy i przeprowadza badania nad sposobem przenoszenia się drobnoustrojów, ich własnościami biologicznemi, rozpoznaniem różniczkowem i własnościami aglutynacyjnemi. Verril przypuszcza, że pchły są przenośnikami drobnoustrojów na ludzi zdrowych. Councilmans zwraca uwagę na groźny i beznadziejny przebieg tych wypadków, w których jest połączone działanie dwoinek Weichselbauma z innymi drobnoustrojami w płynie mózgowo-rdzeniowym. Wszystkie spostrzeżenia zgodnie podają nader częste pojawienie się objawu Korniga, bo w 90% przypadkach. Davis wskazuje na częste występowanie i ciężkość zaburzeń ocznych w tej epidemii. Ze stanowiska leczniczego najczęściej stosowano kąpiele i nakłócie lędźwiowe. Wolff stwierdza antagonizm między prątkiem Klebsa-Loefflera a dwoinkami Weichselbauma i zaleca wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej. Podobnież Waitzfelder zachwala ten środek, wcześnie stosowany i codziennie powtarzany, aż do ustąpienia ciężkich objawów chorobowych. *Dr. Blassberg.*

Strażesko. **W sprawie działania środków gorzkich na wydzielniczą czynność żołądka.** (*Russkij Wracz*, 1905, 12). Doświadczenia S., wykonane w pracowni prof. Pawlowa na psie z odosobnionym małym żołądkiem, wykazały, że małe ilości leków gorzkich (*t-ra amara*, *extr. amarum*, *extr. quassiae*), użytych na 15′ przed jedzeniem, podnoszą wydzielniczą pracę żołądka; dużo zaś dawki, przeciwnie, mają wpływ tamujący, który trwa w ciągu kilku dni. Jeśli stosujemy dawki duże w szeregu dni bez przerwy, powrót do zwykłej wydzielniczej czynności żołądka następuje znacznie później, po upływie 2—3 tygodni; prawidłowe wydzielanie soku występuje najpierw po użyciu chleba, następnie mleka, wreszcie mięsa. Długotrwałe stosowanie małych dawek nie sprowadza po ich zaprzestaniu żadnych następstw, lub 2—3 dniową wydzielinę nadmierną. Leki gorzkie nie mają żadnego wpływu na trawienną siłę soku, same przez się nie wywołują wydzieliny soku, który występuje tylko w razie dalszego spożycia pokarmu po zwykłym okresie utajonym. Wzmożenie wydzieliny soku występuje przeważnie w ciągu 1-ej i 2-ej godziny po spożyciu pokarmu; ogólna ilość wydzielonego soku przewyższa normę o 15—40%. Wzmożenie wydzieliny soku po małych dawkach zależy od wpływu psychicznego, który, jak wiadomo, warunkuje wydzielinę soku w pierwszym okresie pracy żołądka. Brak psychicznego wyniku przy stosowaniu dużych dawek leków gorzkich sprowadza niedobór wydzieliny (*hyposecretio*), wskutek właśnie nie wydzielania się »soku psychicznego« i obniżenia tej ilości soku, która zależy od podrażnienia błony żołądka przetworami, pochodzącymi z przetrawienia pokarmu sokiem psychicznym. Pomimo zmian psychicznych, powstających w następstwie działania dużych dawek leków gorzkich, i bezpośrednie działanie tych leków na czynność komórek gruczołów żołądkowych odgrywa tu rolę. Będąc zwolennikiem poglądów prof. Pawłowa, że wzmożenie wydzieliny soku po użyciu leków gorzkich zależy od wpływów psychicznych i przedstawia „skojarzony odruch nerwowy", nie odrzuca autor tłómaczenia prof. Borysowa, według którego środki gorzkie podnoszą pobudliwość zakończeń obwodowych nerwów smakowych, co sprowadza wzmożenie „bezpośredniego" odruchu na gruczoły żołądkowe ze strony tych nerwów podczas przedostawania się pokarmu przez jamę ustną. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Maljutin. **Jeszcze jeden przypadek skutecznego upustu krwi w niewyrównanej czynności serca** (*Russkij Wracz*, 1905, Nr. 16). Autor opisuje drugi przypadek, spostrzegany w klinice prof. Wagnera (Kijów), w którym zastosował upust krwi. Przypadek dotyczył człowieka w wieku lat 37, chorego na zwężenie lewego ujścia żylnego w okresie znacznego niewyrównania z wielkimi obrzękami nóg, płuc, żylnem tętnieniem wątroby, tętnieniem żył szyjnych, wysiękiem w opłucnej prawej, zmniejszeniem ilości moczu, silną dusznością i duszącym kaszlem z krwistą plwociną. Gdy zupełny spokój, dyeta mleczna i środki sercowe nie dały żadnej ulgi, M. odstawił wszystkie leki, a upuścił 500·0 krwi z żyły w zgięciu łokciowem. Już ku końcowi upustu chory czuł się o wiele lepiej, a po 4 dniach, gdy obrzęki na nogach opadły od zastosowania kaniulek Jontleya, chory czuł się wyśmienicie. Po 3 tygodniach jednak nastąpiło nowe pogorszenie: nowy upust krwi w ilości 160 grm. nie przyniósł jednak dobrego skutku i chory umarł w 47 dni po pierwszym upuście. Na podstawie tego spostrzeżenia M. poleca upust krwi w niewyrównanych wadach serca w tych przypadkach, w których najskuteczniejsze leki sercowe nie dają dobrych wyników, a objawy asystolii wzmagając się, doprowadzają do znacznego rozszerzenia komór sercowych, zwłaszcza prawej, co ujawnia się nadzwyczajną dusznością i sinicą wraz z wystąpieniem dużych obrzęków. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Doc. Krause (Wrocław). **Długotrwałe gorączki nieznanej przyrody.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, T. 85, Z. 1 i 2, 1905). Nierzadko się zdarza, że przyczyny istniejącej długotrwałej przerywanej czy zwalniającej gorączki nie da się wyśledzić i oznaczyć nawet najdokładniejszem badaniem klinicznem przy użyciu wszystkich rozpoznawczych środków, jakimi dziś rozporządzać możemy. Przypadki takie pozostają czasem niewyjaśnioną dla nas zagadką, nawet i po sekcyi. Zazwyczaj, jak to wiemy z prac Heubnera, Klemperera i ze znanego sprawozdania, wygłoszonego na zeszłorocznym Kongresie w Padwie przez turyńskiego klinicystę Bozzola, przyczyną dla tych gorączek bywa ukryte przewlekłe zapalenie wsierdzia, ukryta gruźlica n. p. gruczołów zaotrzewnych, drobne ogniska nowotworowe, n. p. w śródpiersiu, kiła w okresie trzeciorzędnym (znanymi zwłaszcza pod tym względem są kilaki wątroby), a wreszcie rozległy dział zakażeń krwi najrozmaitszymi drobnoustrojami (prócz gronkowców i paciorkowców, dwoinek zapalenia płuc, prątka okrężnicy, duru, błękitnej ropy. wchodzić tu może w grę dwoinka rzeżączkowa, prątek odmieniec (*proteus*), ziarenkowiec czworaczy (*tetragenus*) i t. d.). Ciekawy podobny przypadek opisuje autor, gdzie szczegółowe badanie i przeszło 5-miesięczne spostrzeganie w klinice Strümpla nie wykryły przyczyny trwającej od 9 miesięcy gorączki przerywanej. Po stanowczem wykluczeniu duru, zimnicy, gruźlicy, mięsaka limfatycznego, ropnia wątroby i t. d., rozpoznanie z pewnem tylko prawdopodobieństwem skłaniało się w stronę posocznicy; za nią przemawiała gorączka, stopniowy zapad sił, niedokrwistość następowa, wybroczyny na dnie oka, a tuż przed śmiercią na skórze i błonach śluzowych; — przeciw niemu — ujemne trzechkrotne badanie bakteryologiczne krwi (bliższych szczegółów, a zwłaszcza ilości krwi do badania pobranej, — niestety autor nie podaje), brak obrzęku śledziony, dreszczy, powikłań ze strony serca. Również i szczegółowe badanie anatomo-patologiczne nie rozświetliło i w tym przypadku przyrody choroby. *Wilczyński.*

Pietrow. **Przypadek włóknikowego zapalenia płuc z pomyślnem zejściem pomimo leukopenii.** (*Russkij Wracz*, 1905, Nr. 13). P. opisuje przypadek włóknikowego zapalenia płuc, powikłanego z zapaleniem opłucnej wypocinowem po stronie lewej, a suchem — po prawej. Dotyczył on 16-letnika osobnika, dotkniętego utajoną postacią przewlekłej zimnicy. Zapalenie przebiegało ciężko z objawami silnego zatrucia; liczba krwinek białych na dwa dni przed przełomem wynosiła 2212; ta leukopenia, zgodnie z uznanem powszechnie zdaniem, zdawało się, wskazywała na śmiertelne zatrucie toksyną. Badanie jednak po ukończeniu choroby wyjaśniło, że w rzeczywistości krew chorego podczas zapalenia przedstawiała obraz ilościowej i jakościowej leukocytozy zapalnej; istotnie po wyzdrowieniu liczba krwinek białych wynosiła zaledwie 1014 w 1 mlm^3., stosunek zaś wielojądrzastych do limfocytów i jednojądrzastych był 1,4:1 zamiast 3:1 na 2 dni przed przełomem zapalenia płuc. Krew po wyzdrowieniu zawierała 42,3% wielojądrzastych, wzmożoną liczbę 16,1% — jednojądrzastych i znaczną ilość — 26,1% postaci rozkładających się. Podobny obraz krwi jest bardzo cechującym dla przewlekłej zimnicy, jak wykazują nieogłoszone jeszcze badania autora. Istotnie badanie, przeprowadzone w tym kierunku, wykazało w przypadku opisanym przez autora obecność w osoczu krwi i w krwinkach białych melaniny, a w krwinkach czerwonych dojrzałych pasorzytów zimnicy czwartaczkowej. Przypadek P. jest wreszcie pouczającym pod tym względem, że utajona przewlekła zim-

nica sprowadziła obraz kliniczny, przedstawiający pierwszy okres choroby Bantiego, mianowicie spostrzegano w nim znaczne obrzmienie śledziony, obniżenie liczby krwinek czerwonych i hemoglobiny, oraz leukopenię. Pod względem rokowania przypadek P. poucza, że w zapaleniu płuc nie dość obliczać liczbę krwinek białych, lecz należy zbadać i jakościowo odczyn leukocytarny, co umożliwia prawidłowy sąd o ilościowym odczynie, a więc rzuca pewniejsze światło na stopień zatrucia ustroju i stopień oporności.

Witold Orłowski (Ptbg).

CHIRURGIA. Clairmont i Ranzi. **Kazuistyczne uwagi nad rozległem ropnem zapaleniem otrzewnej.** (*Arch. f. klin. Chir.*, T. 76. Zeszyt 1—2). Autorowie omawiają szczegółowo 41 przypadków rozległego zapalenia ropnego otrzewnej, podając przytem kilka cennych uwag i spostrzeżeń: 25 razy operowano z powodu zajęcia otrzewnej z wyrostka robaczkowego (3 razy zgorzel, 14 razy zwykłe przebicie, reszta — ropienie). Przypadki, w których zapalenie nie trwało dłużej nad 2 dni, wyzdrowiały wszystkie. Co do postępowania leczniczego, to w 19 przypadkach płukano otrzewnę obficie 20—40 litrami roczczynu soli kuchennej; z tego wyzdrowiało 42·1%, natomiast z przypadków niepłukanych wyzdrowiało tylko 33·3%. Po operacyi tamponowano jamę brzuszną podług Mikulicza. Ogólna liczba wyzdrowień wspomnianych operowanych 25 przypadków — 40%. Z powodu przedziurawienia żołądka i zajęcia otrzewnej operowano 6 razy (5 razy wrzód, raz rak). Z tego uratowano 3 chorych. Otwór w części wycinano, w części zaszywano i obszywano siecią, dołączając do tego jejunostomię, by żołądek uspokoić, a pacyentów zaraz forsownie odżywiać. Z powodu przedziurawienia dwunastnicy operowano 2 razy. Chorzy pomarli. Raz rozpoznano przedziurawienie żołądka, drugi raz kamicę żółciową. Następnie opisują autorowie historye chorób innych przypadków, jak zapalenie wskutek pęknięcia ropni przymacicznych, po odprowadzeniu przepukliny, po urazach, postrzałach i t. d. Pęknięcia urazowe podskórne żołądka i jelit, wczas rozpoznane i operowane w pierwszych 24 godzinach, dają dobre rokowanie. Ogólna śmiertelność przypadków 63·4%. W 2 przypadkach wyhodowano z otrzewnej prócz koków także anaëroby; w 2 dalszych czyste anaëroby. Przypadki te klinicznie przebiegały wśród objawów ostrego zatrucia z otrzewnej. Wysięk był surowiczo krwawy z nielicznymi strzępami włóknikowymi prawie bez zlepów i zrostów otrzewnych. Co do leczenia rozlanego zapalenia otrzewnej, to autorowie są bezwzględnie za szerokiem otworzeniem jamy brzusznej w linii środkowej, za płukaniem obfitem możliwie gorącym roztworem soli kuchennej, ewentualnie za zrobieniem enterostomii. Szyć zakażonej jamy nie wolno, wytworzą się bowiem często następowe ropnie w linii szwów.

Lepiej jest tamponować podług Mikulicza, szczególnie miednicę małą i okolicę obu podżebrzy. Tampony należy zacząć usuwać 4—5 dnia pod strumieniem roztworu wody utlenionej. Ewentualnie dalej trwającą niedrożność leczyć wstrzykiwaniami atropiny. Chorych należy okrywać ciepło i stosować po operacyi obficie (6—8 litrów dziennie) wlewania podskórne roztworów soli kuchennej.

Dr. Adolf Klęsk.

Clairmont i Haberer. **Badania doświadczalne nad fizyologią i patologią otrzewnej.** (*Arch. f. klin. Chir.*, T. 96, Zeszyt 1—2). Autorowie badali zdolność chłonienia otrzewnej z pomocą śródotrzewnych wstrzykiwań jodku potasu i wykrywanie takowego w moczu. Normalnie zjawia się jodek w 15—30 minut, a znika po 24—48 godzinach. Zwykłe otwarcie jamy brzusznej niema wielkiego wpływu na chłonienie, natomiast chwilowe wyłożenie jelit zwalnia chłonienie i przedłuża zdolność wydzielania się jodku potasu moczem. W znacznie większym stopniu to zwolnienie można spostrzegać przy dłużej trwającem wyłożeniu jelit. Chłonienie zwalnia także uszkadzanie otrzewnej, natomiast uśpienie niema wybitnego wpływu. Przez wywoływanie zapalenia otrzewnej środkami chemicznymi (olejek krotonowy i terpentyna), w początkach stanu zapalnego wywołać można znaczne przyśpieszenie chłonienia, w miarę zaś rozwoju choroby ustępuje ono miejsca zwolnieniu wessalności. Podobnie działa zakażenie otrzewnej kałem. Celem zbadania wpływu przepony na chłonienie smarowali ją autorowie kolodyonem i przekonali się, że wessalność znacznie wtedy się zwalnia i opóźnia. Napełnienie naczyń krwionośnych ma wielki wpływ na zdolność chłonienia; wykazał to szczególnie Exner, który mógł ratować zwierzęta zatrute z otrzewnej siarkiem potasu, strychniną i drobnoustrojami przez poprzednie wywołanie niedokrwistości otrzewnej roztworem adrenaliny. Z badań swych autorowie dochodzą do przekonania, że najracyonalniejszym sposobem leczenia zapalenia otrzewnej jest rozległe rozcięcie brzucha, przepłukanie jamy roztworem soli kuchennej obficie z następowem wytarciem do sucha. Szyć nie wolno, lecz tamponować podług Mikulicza. Przez płukanie usuwa się zaraz pierwiastki zakaźne, przez wytarcie unika się resorbcyi jadu, wysięk staje się skąpszy i nie tworzą się tak liczne naloty na kiszkach i zrosty, wywołujące często następową niedrożność.

Dr. A. Klęsk.

PEDYATRYA. Pirquet. **Oznaczenie wagi ciała w zapaleniu nerek.** (*Verhandlungen der 21 Versamml. der Ges. f. Kinderheilk. in Breslau 1904*) Autor oznaczał systematycznie krzywą wagi ciała w przypadkach zapalenia nerek, jak również w przypadkach płonicy i doszedł do następujących wniosków: 1. W przebiegu ostrego zapalenia nerek występuje prawie zawsze podwyższenie wagi ciała, zależne od zatrzymania wody w ustroju, i przedstawiające na linii krzywej pewien znamienny obraz. 2. Linia krzywa wagi ciała ma znaczenie dla wczesnego rozpoznawania początku ostrego zapalenia nerek, gdyż zatrzymanie wody występuje zwykle wcześniej, niż białkomocz. 3. Pod względem rokowania spadek linii krzywej wagi ciała ma większe znaczenie w ocenieniu ustępowania choroby, niż ilościowe oznaczanie białka. 4. Metoda ta może również służyć do oceniania skuteczności stosowanych leków i zabiegów leczniczych. 5. Spostrzeganie krzywej wagi ciała dostarczy niezawodnie nowych znamiennych podstaw dla klasyfikacyi rozmaitych typów przewlekłych chorób nerkowych.

Żeleński.

Hutinel. **O rozstrzeni oskrzelowej u dzieci.** (*Pediatrie pratique*, 1905, Nr. 9). Cierpienie to, zdaniem Hutinela, nie jest rzadkiem w wieku dziecięcym, jednakże nieraz może ujść uwagi, gdyż nie przedstawia tak znamiennego jak u dorosłych obrazu chorobowego, a przytem, właśnie w tym wieku, może w zupełności ustąpić i wyrównać się. Najczęstszą przyczynę cierpienia stanowi przewlekłe zapalenie nieżytowe płuc: kojarzy się tu szkodliwe działanie sprawy zapalnej na ściany oskrzeli z częstym i długotrwałym kaszlem, sprzyjającym wytworzeniu się rozstrzeni. Z tych samych przyczyn rozstrzeń oskrzeli rozwija się nieraz w przebiegu ciężkiego krztuśca, powikłanego zapaleniem płuc. Czynnik przyczynowy stanowić mogą również zrosty opłucne, zwężenie światła tchawicy lub oskrzela przez ucisk gruczołu, wreszcie ciała obce (Comby). Powikłanie rozstrzeni oskrzeli z gruźlicą płuc nie jest konieczne, jednak w każdym razie częste. Wiek, w którym cierpienie to spotyka się najczęściej, wynosi 3—5 lat. Rozstrzeń oskrzelowa występuje zwykle w postaci jamek okrągłych lub owalnych wielkości grochu, lub niekiedy orzecha; jamki te mogą być bardzo liczne. Niekiedy rozstrzeń oskrzelowa przybiera postać rozszerzeń walcowatych, regularnych: ta postać występuje zwykle w następstwie długotrwałego nieżytu płuc, jest ona mniej znamienna, niż poprzednia. Badanie histologiczne wykazuje głównie zmiany w warstwie mięśniowej ścian oskrzelowych i w chrząstce; mniej zmienione są włókna sprężyste i nabłonek. W treści jamki znajdują się liczne drobnoustroje, pomiędzy którymi najczęstszym jest *pneumobacillus* Friedländera. Głównym objawem rozstrzeni ostrzelowej u dzieci jest uporczywy kaszel, który utrzymuje się długo po przebytem zapaleniu płuc, powraca po każdem drobnem nawet przeziębieniu i wreszcie może się stać trwałym. Przytem ciepłota jest zazwyczaj prawidłowa, duszności brak, łaknienie i trawienie dobre, odżywienie zadawalniające. W porównaniu do tych nieznacznych zaburzeń w ogólnym stanie zdrowia, objawy przysłuchowe wykazują niestosunkowo duże zmiany. Rzężenia drobne i grubobańkowe, trzeszczące i dźwięczne, szmery oddechowe o charakterze jamistym budzić mogą podejrzenie w kierunku daleko posuniętych zmian gruźliczych. Dlatego niezmiernie ważnem jest badanie wykrztuszonej treści jamy na prątki gruźlicze, których prosta rozstrzeń oskrzelowa nie zawiera nigdy. Badanie to utrudnionem jest u dzieci niżej lat 8-miu, które nie wykrztuszają prawie nigdy; u dzieci starszych natomiast wykrztuszanie obfitych ilości plwocin odbywa się nieraz w sposób równie znamienny, jak u dorosłych. Krwotoki na tle rozstrzeni oskrzelowej należą u dzieci do wyjątków. Postawienie rozpoznania rozstrzeni oskrzelowej u dzieci może przedstawiać znaczne trudności. Pod względem możliwych omyłek wchodzą tu w rachubę: prosty nieżyt oskrzelowy, przerost gruczołów zaoskrzelowych, nieżytowe zapalenie płuc o przebiegu przewlekłym i nietypowym, zapalenie opłucnej, a przedewszystkiem gruźlica płuc. H. przytacza cały szereg przypadków, w których rozpoznana lub podejrzana gruźlica płuc okazała się z dalszego przebiegu i zejścia rozstrzenią oskrzelową. O leczeniu niewiele się da powiedzieć. W okresie zaostrzenia sprawy chorobowej jest ono to samo, co w prostych nieżytach okrzelowych; w okresie wolnym od zaostrzenia zapalnego może być wskazaną ostrożnie stosowana gimnastyka oddechowa. Ze względu, iż dzieci dotknięte tem cierpieniem okazują skłonność do nabycia gruźlicy, uwaga w tym kierunku winna być szczególnie skierowana.

Żeleński.

Ad. Czerny. **Przyczynek do znajomości skazy wysiękowej.** (*Diathesis exsudativa*). (*Monats. f. Kind.*, T. IV, Nr. 1, 1905). Często spotyka się niemowlęta, które pomimo dostatecznej

ilości pokarmu i braku objawów chorobowych ze strony przewodu pokarmowego, wykazują niedostateczny przyrost wagi ciała. Zazwyczaj posądza się w tych przypadkach matkę lub mamkę o „zły pokarm“, w następstwie czego zmienia się mamki, a nierzadko zdarza się, że po kilkakrotnych nieudałych próbach poleca się sztuczne karmienie. Dlatego należy dziś z całą siłą podnieść fakt, że jedynie pewnym sposobem żywienia niemowląt jest karmienie piersią, a wspomniane przypadki polegają na niedostatecznem uwzględnianiu i ocenianiu stanu owych dzieci. Zauważyć można, że są pewne rodziny, gdzie prawie wszystkie dzieci przedstawiają takie trudności przy karmieniu; są to dzieci, objawiające cechy wyosobnionej niedawno przez autora jednostki chorobowej, nazwanej przez niego „skazą wysiękową“ (*diathesis exsudativa*). Wśród dzieci tych należy rozróżnić dwa typy: dzieci, należące do pierwszego typu, zazwyczaj małe i nikłe, pomimo korzystnych warunków odżywiania nie przybierają dostatecznie na wadze, albo nie przybierają zupełnie, szczególnie przy równoczesnych zakażeniach, do których mają niezwykłą skłonność, umiejscowionych głównie w nosie, gardle i drogach oddechowych. Dzieci drugiego typu przybierają kolosalnie na wadze, nawet przy niedostatecznej ilości pokarmu; są to tak zw. typy „tłuściochów“, o bladej cerze, słabem i wiotkiem umięśnieniu, a obfitej podściółce tłuszczowej. W obu przypadkach idzie o zaburzenia w przemianie materyi, w szczególności co do wyzyskania tłuszczu. W pierwszym typie stopień przyswajania tłuszczu zwierzęcego jest bardzo nizki, w drugim nieprawidłowo wysoki. Dlatego należy u dzieci tych przy zachowaniu karmienia piersią dodawać wcześniej węglowodanów, aniżeli to zwykle czynimy. Karmienie piersią jest jedynie dla tych osobników zbawiennem, gdyż karmienie sztuczne, nie mające pewnej i niezawodnej metody, jest właśnie w tych przypadkach wysoce niebezpiecznem. Karmienie piersią wzmaga naturalną odporność przeciw zakażeniom, do których te właśnie dzieci okazują niezwykłą skłonność; co gorsze, to że zakażenia te, nieraz tak lekkie, nie przedstawiające u dzieci prawidłowych żadnego niebezpieczeństwa, u dzieci, obciążonych skazą wysiękową, często kończą się śmiertelnie, szczególnie u sztucznie karmionych. Przy zachowaniu karmienia piersią doczekamy się chwili, z którą dziecko zacznie się prawidłowo rozwijać; u sztucznie karmionych rokowanie przy błahych nawet cierpieniach jest zawsze niepewne. Odłączanie takich osobników nastręcza również dużo trudności i nieraz długiego czasu potrzeba, nim dziecko przyzwyczai się do nowego pokarmu, czego nie możemy kłaść na karb metody, jeżeli jest racyonalną, ale na karb zboczeń w konstytucyi dziecka. *T. Cybulski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

W wiewiórze ostrym, trwającym 2 dni do 2 tygodni, podawał Tzaranu (*Deutsche Mediz. Ztg.* 1905, 45) w 18 przypadkach wyłącznie gonosan wewnętrznie (po 6 kapsułek dziennie), nie używając wcale leczenia miejscowego. Przeważnie już w drugim lub trzecim dniu podawania leku znikały zupełnie bole, a po 2 tygodniach następowało zupełne wyleczenie ze zniknięciem dwoinek moczu. W żadnem z 18 spostrzeżeń nie było powikłań; wszyscy chorzy znosili gonosan dobrze i chętnie go zażywali, szczególnie z powodu, iż szybko uśmierzał bole. *Ll.*

Leukrol jest (wyrabianym w postaci brunatnych kołaczyków) przetworem rośliny wschodnioazyatyckiej z rodziny jaskrowatych, botanicznie dokładniej jeszcze niesklasyfikowanej, do Europy bowiem dostaje się tylko jej wyciąg, używany w Azyi jako lek ludowy, stosowany przeciw białym upławom. Badanie chemiczne stwierdziło, że przetwór ten nie zawiera składników szkodliwych. Wobec tego, że wiele kobiet, cierpiących na białe upławy, nie chce się poddać leczeniu miejscowemu, próbowano w ostatnich czasach w cierpieniu tem także leukrolu. Zresztą wielu ginekologów (jak n. p. Fritsch) przyznaje, że leczenie miejscowe nieraz nie wystarcza do usunięcia cierpienia. Goliner (*Frauenarzt* 1905, 2) użył leukrolu w 10 przypadkach upławów, podając po 2 kołaczyki na dzień przez 8 do 25 dni. W 8 przypadkach nastąpiło widoczne polepszenie; w 2 przypadkach nie było żadnego skutku. W obu tych przypadkach jednak były upławy skutkiem wiewiórowych spraw w narządzie rodnym. G. nie zauważył po leukrolu żadnych objawów ubocznych. Kapp (*Deutsche medic. Zeitung* 1905, 2) zabierając się do prób z leukrolem, postanowił z góry wyłączyć przypadki upławów wiewiorowych, — zwraca jednak uwagę, że jest niezmiernie trudno orzec stanowczo, iż upławy nie są skutkiem tego właśnie zakażenia. Dlatego też wyłączył K. z leczenia wszystkie długotrwałe nieżyty i ograniczył stosowanie leukrolu tylko do dziewic. Podawał dziennie po 5 kołaczyków. W 2 wypadkach nieżytów pochwy wynik leczenia po podaniu 70—90 kołaczyków był zadowalniający. Braun (*Med. chir. Centralbl.* 1904, 46) leczył leukrolem 23 chore i wogóle zauważył jego skuteczność w przypadkach upławów u osób niedokrwistych. Doradza też dalsze próby, aczkolwiek nie znając dokładnie własności farmakodynamicznych leku, ograniczyć się trzeba tylko do empiryi. — Zamiast kołaczyków można też podawać wyciąg płynny (4 razy dnia po dużej łyżeczce od kawy). *V.*

Haemorrhoïsid jest nazwą, pod którą wprowadzono w obieg *Extractum Pantjasonae*, rośliny południowo-azyatyckiej, pokrewnej burzankom. Znajdujące się w handlu kołaczyki zawierają po 0·43 tego wyciągu, który zaleca kilku autorów jako pożyteczny środek w leczeniu krwawnic. W praktyce rzadko stosunkowo można chorych nakłonić do operacyjnego usunięcia guzów krwawniczych; zresztą chirugiczne leczenie ma do dziś jeszcze niejedną stronę ujemną. Rozmaite maści i pędzlowania są zwykle bezskuteczne i ostatecznie w praktyce często uciec się trzeba do leków wewnętrznych. Z nich, w przeciwieństwie do dawniej ulubionych, a obecnie słusznie porzuconych leków drastycznych, okazał się hemoroisid lekiem nieszkodliwym, a pomocnym. Goliner (*Deutsche Medizinal-Zeitung* 1905, 13) zaleca w przypadkach krwawień podawać 3 razy dnia po jednym kołaczyku tak długo, dopóki bole nie ustąpią, a stolce nie staną się łatwe i miękkie. Już po 8 dniach podawania zauważył G. znaczne polepszenie: bole przy oddawaniu kału słabły, a guzy krwawnicze zmniejszały się. Oczywiście trzeba odpowiednio uregulować dyetę: u osób dobrze odżywionych ograniczyć ją, u wychudłych — podnieść, kawy, herbaty, napojów wyskokowych zakazać. Zalecić też należy staranne obmywanie odbytu po każdym stolcu. Przy zachowaniu tych przepisów działał hemoroisid bardzo korzystnie. Podobnie zachęcające wyniki uzyskał Weissmann (*Mediz. Klinik* 1905). Leczył on między innemi 37-letnią chorą, cierpiącą na rozdęcie żołądka, zaparcie stolca i krwawienie. Usunięcie zaparcia stolca nie wpłynęło na krwawienie, dopiero 4-tygodniowe podawanie hemoroisidu usunęło także i przez nie wywołane dolegliwości. U 45-letniego mężczyzny nie pomagały w ciągu 2 lat ani pessaria stolcowe, ani czopki, środki wypróżniające itd., natomiast doskonały skutek był po podaniu 30 kołaczyków hemoroisidu. W. zauważa, że lek ten nie jest właściwie lekiem wypróżniającym (*aperiens*), gdyż u jednej z chorych pomimo usunięcia dolegliwości krwawniczych nie udało się tym środkiem wywołać regularnego stolca. *V.*

Wyprysk po mesotanie pojawiał się szczególnie często, jeżeli mesotan (w rozczynie oliwnym) wcierano w skórę. Dlatego obecnie polecają używać mesotanu tylko do pędzlowań; przez to jednak znowu odpada w leczeniu tak dzielny środek, jak mięsienie przy wcieraniu. Ruhemann (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1905, 19) utrzymuje jednakże, że można mesotan wcierać bez obawy wyprysku, jeżeli użyje się waseliny mesotanowej (5 grm. mesotanu: 15—20 grm. waseliny żółtej); przynajmniej nie widział R. ani razu wyprysku u 40 chorych, u których wykonał 350 razy mięsienie mesotanwaseliną. Działa ona skutecznie we wszystkich tych przypadkach, w których używać się zwykło mesotanu (sprawy gośćcowe mięśni i stawów, róża twarzy, nerwobole, zapalenia przewlekłe ścięgien, mięśni, stawów i t. d.). *B.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

X Posiedzenie naukowe z dnia 26 maja 1905 r.

Obecnych członków 55. Przewodniczy kol. Wechsler.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Beck zdaje sprawę ze swoich badań nad wpływem promieni radu na układ nerwowy. Pierwsze badania w tym kierunku przeprowadzał Danysz, który wszywał rurki z radem pod skórę czaszki i nad stosem pacierzowym; wywoływał tym sposobem przekrwienie, wybroczyny i rozmiękczenie istoty nerwowej, prowadzące do śmierci. Obersteiner, trzymając myszy w puszce, naświetlanej radem, otrzymywał podobne wyniki, nadto ogólne objawy porażenne. Na nerwach obwodowych zmian nie widział. Nie przypisuje jednak tym promieniom swoistego wpływu na układ nerwowy. Póżniej Davier i Raymond spostrzegli, że rad w małej dawce okazuje własności znieczulające, szczególnie w bolach ocznych i bolach strzykających we wiądzie. Stwierdzeniem tego wpływu na nerwy obwodowe zajął się prelegent. Stosował rad na ogoloną skórę nad nerwem kulszowym, w miejscu, gdzie jest on przykryty najcieńszą warstwą mięśni; czucie badał oddziaływaniem na prąd indukcyjny. Okazało się, że zmiany w czuciu

występowały dość szybko i to na stopie. U większości królików zniesczulenie zupełne, a powyżej stopy upośledzenie czucia lub brak zmian. U innych królików tylko upośledzenie. Zmiany te trwały od kilku dni do kilku tygodni, potem wracało czucie dotyku, lecz bolu już nie. U ludzi w miejscu przyłożenia radu pokazywało się czasem podniesienie czucia. Dlaczego po zadziałaniu na pień nerwu kulszowego okazują się zmiany w zakresie nerwu strzałkowego powierzchownego — (*n. peroneus superficialis*) na stopie, prelegent stara się wytłómaczyć tem, że tu prócz wpływu radu działał także wpływ ucisku, wywieranego na stopę z powodu przywiązywania. Doświadczenia nad wpływem radu na gruczoły ślinne nie dały żadnych dodatnich wyników. Prócz tego próbował prelegent wpływu leczniczego radu w bolach głowy i otrzymywał w bolach pochodzenia neuralgicznego po dwudziestu minutach ustąpienie cierpienia lub poprawę, w migrenie natomiast okazał się rad bezskutecznym.

Kol. Blumenfeld sądzi, że działanie radu a promieni rentgenowskich jest identyczne. Objawy zadziałania na skórę przechodzą te same okresy, a więc obrzmienie, pęcherze, nadżerki i obumarcie, których obraz histologiczny jest również ten sam. Zniesczulenie występuje i po promieniach rentgenowskich, wpływ na rakowce jest także wyraźny, mają nawet zmniejszać się gruczoły, zajęte przerzutami Oparzenia skórne, wywołane radem, goją się, jak po promieniach rentgenowskich.

Kol. Tatarczuch przypomina, że miał sposobność przedstawiać przypadek głębokiego owrzodzenia na skórze, powstałego po dość krótkiem prześwietlaniu radem. Ten sam zaś preparat po dwu latach nie wywoływał żadnego odczynu.

Kol. prof. Beck zauważył u królików wypadanie sierści i tworzenie się strupów. U człowieka z obawy większych zmian nie stosował radu z odległości, mogącej je wywołać. W jednym tylko przypadku widział zaczerwienienie i stałą pigmentacyę. Co do zmienności w zachowaniu się radu, to pochodzi ona stąd, że gdy preparat naciągnie wilgoci, wtedy przestaje świecić, jednak daje zawsze emanacyę. Działanie zaś nie zależy od ilości przetworu, tylko od jego siły czynnej.

Kol. prof. Łukasiewicz sądzi, że choć działanie radu jest podobne do promieni rentgenowskich, jednak jest on mniej niebezpiecznym i nie wywołuje tych następstw. Co do działania leczniczego, to jest stwierdzonem, że grzybica guzowa *(mycosis fungoides)* ustępuje pod jego wpływem, może jednak wracać. W innych dermatozach nie można stwierdzić tego skutku i wogóle nie można przywiązywać wielkich nadziei do tego środka.

Kol. Blumenfeld twierdzi, że gdybyśmy mogli stosować rad na taką powierzchnię, jak promienie rentgenowskie, toby i skutek był ten sam. Zgadza się ze zdaniem, że leczenie radem nie rokuje wielkich nadziei, podobnie jak i cała fototerapia.

III. Kol. prof. Raczyński mówi: „O wynikach leczenia płonicy surowicą Mosera“. (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol. Fels podnosi, że do oceny statystycznej trzebaby wiedzieć, jaki był odsetek śmiertelności w Szpitaliku św. Zofii w przypadkach, leczonych surowicą, a nieleczonych, jakoteż w tych czasach, gdy jeszcze surowicy nie stosowano. W 43 przypadkach z własnej praktyki (nie używa surowicy) miał tylko 4 przypadki śmierci, z tych 3 z powodu zapalenia nerek. Pomiędzy wyleczonymi było 10 przypadków zapalenia nerek i 10 *angina necrotica*.

Kol. Quest opisuje metody otrzymywania surowicy Bujwida i Mosera. Na 21 przypadków płonicy, które spostrzegał w klinice wrocławskiej, w 11 stosowano surowicę Bujwida — umarło trzy (z tych dwa na zakażenie krwi); w 10 stosowano surowicą Mosera — umarło także trzy. Wpływ obu surowic na stan ogólny i na gorączkę okazał się bardzo nieznaczny, rozwój osutki nigdy nie został zatrzymany. Na mocy więc swego doświadczenia odmawia im wartości leczniczej.

Kol. Czarnik podaje liczby ze Szpitalika św. Zofii: z 15 dzieci, którym wstrzykiwano surowicę, umarło 11; z 28, którym nie wstrzykiwano, umarło 2 i to przywiezione w stanie beznadziejnym. Według ścisłych spostrzeżeń, prowadzonych z kol. Hołobutem, ma surowica wpływ na gorączkę i tętno na pewien czas, najwyżej 48 godzin Na błonicę płoniczą, na obrzęk gruczołów, na zapalenie ucha nie ma wpływu żadnego. Osutkę posurowiczą widziano w 13 przypadkach z gorączką i obrzękiem stawów. Białkomoczu nie było ani razu; natomiast zapalenie nerek 4 razy. Wymiotów ani biegunki również nie spostrzegano. Raz wystąpił ropień w miejscu wstrzyknięcia, czego nie wdziano nigdy po wstrzykiwaniach surowicy przeciwbłoniczej, których wykonano przeszło 1000.

Kol. Obtułowicz przytacza epizod z przed 10 lat, kiedy nie mając innych środków pod ręką, wstrzyknął w rozpaczliwem położeniu surowicę przeciwbłoniczą choremu na płonicę — z dobrym skutkiem. Bujwid, pytany potem o zdanie, odpowiedział, że w braku właściwego środka można użyć i tego postępowania.

Kol. prof. Raczyński w odpowiedzi kol. Felsowi zaznacza, że na statystyce szpitalnej oprzeć się nie można, bo ta jest przypadkową i zależną od tego, jakie przypadki przysyłają lekarze z miasta Taki mały odsetek śmiertelności, jaki podaje kol. Fels ze swojej praktyki, można mieć łatwo, jeżeli się wszystkie cięższe przypadki odda do szpitala. *Zawadzki.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Otrzymujemy następującą odezwę:

„W sprawie wyborów do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej utworzył się w łonie Tow. Samopomocy lekarzy Komitet przedwyborczy, który zaprasza wszystkich Kolegów na Zgromadzenie przedwyborcze, które odbędzie się w niedzielę dnia 25 bież. m. o godzinie 11 przed południem w sali posiedzeń Towarz. lekarskiego. Pożądanem by było, aby Koledzy, którzy karty głosowania już otrzymali, przynieśli je ze sobą i po powziętej decyzyi złożyli wypełnione w Komitecie, celem wysyłki w właściwym czasie.

Za Komitet:

Dr. K. Flis — za sekretarza.
Prof. Dr. H. Jordan — przewodniczący.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 czerwca.

* Pogrzeb ś. p. prof. dr. Mikulicza odbył się w Wrocławiu w sobotę po południu przy udziale przedstawicieli władzy, ciała profesorskiego i nader licznej publiczności. Prof. Dahn poświęcił zmarłemu wspomnienie mową wiązaną; po nim przemawiali: prof. Ponfick, prof. Titze, prof. Eiselsberg i student Rottkay. Po odbyciu żałobnej ceremonii przeniesiono pokrytą kwiatami trumnę na dworzec kolei, skąd zwłoki pociągiem umyślnym zostały przewiezione do Freiburga, gdzie spoczną na zawsze.

* Nakładem „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie“ wyszedł podręcznik dr. R. Spiry p. t. „Krótki zarys nauki o chorobach usznych“.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwer. Jagiellońskim otrzymali: Maryan Ziembiński i Bernard Mintz.

* W francuskich zdrojowiskach i uzdrowiskach praktykują w sezonie obecnym następujący lekarze polacy: dr. Bohdanowicz w Biarritz, dr. Biernawski w Vichy, dr. Cecylia Dylion (warszawianka) w Royat, dr. Melania Lipińska w Luxeuil.

* W sprawie dr. N., profesora farmakologii w Insbruku, którego Izba lekarska nie chciała zwolnić od obowiązku należenia do jej składu, pomimo, że jako profesor przedmiotu teoretycznego nie wykonywał praktyki lekarskiej, trybunał wydał orzeczenie przeciwne zdaniu Izby.

* Jak wiadomo Rosya wobec toczącej się wojny i panowania różnych epidemii na obszarach państwa odczuwa brak lekarzy. Zgłaszającym się z zagranicy rząd rosyjski wypłaca jednorazowy ryczałt 270 rb. na wyekwipowanie się, po 5 kopijek od wiorsty na drogę (począwszy od Petersburga) i 3 rb. dziennie, jeśli ci lekarze zagraniczni użyci będą do zwalczania cholery i moru. Zobowiązanie to rządu wygasa z dniem zawarcia pokoju z Japonią. Zgłoszenia przyjmuje naczelnik zarządu sanitarnego w ministerstwie spraw wewnętrznych w Petersburgu.

* Odkrycie przez Schaudinna krętka bladego (*spirochaete pallida*) w gruczołach osób chorych na kiłę znajduje potwierdzenie w badaniach innych bakteryologów; znalazł je Fraenkel (Halle), Lehmann (Würzburg) i inni. Prątek kiły odegra pod względem rozpoznawczym tę samą rolę, co prątek gruźlicy, a ufajmy, że pod względem leczniczym doprowadzi do wyników więcej dodatnich.

* Rosyjskie ministerstwo oświaty zajmuje się obecnie opracowaniem nowej ustawy uniwersyteckiej.

* Między 4 a 10 czerwca zaszły w Galicyi nowe przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, mianowicie: w 31 (36 zeszł. tygodnia) gminach, należących do 20 (22 z. tyg.) powiatów, zachorowało osób 42 (54 zeszł. tyg.), zmarło 20 (51 z. tyg.). Nowe przypadki zaszły w powiatach: bialskim (10), drohobyckim, podgórskim, wielickim (po 3), bocheńskim, chrzanowskim, niskim, przemyskim, przeworskim (po 2); w 11 powiatach, a w tej liczbie i w krakowskim, oraz w m. Lwowie i Krakowie po 1 przypadku.

* Między 28 maja a 3 czerwca doniesiono władzy o 2 przypadkach ospy w jednej gminie powiatu cieszanowskiego, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim, cieszanowskim, czortkowskim, dobromilskim (po 2 gm.), drohobyckim, horodeńskim, grodeckim (po 1 gm.), kamioneckim, kołomyjskim (po 2 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), mieleckim (1 gm.), nadwórniańskim (3 gm.), przemyskim, sanockim (po 1 gm.), starosamborskim (2 gm.), stryjskim (4 gm.), tarnopolskim, tłumackim (po 1 gm.), turczańskim (2 gm.), zaleszczyckim, zborowskim, złoczowskim i żółkiewskim (po 1 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Antoni Tryjarski, ordynator szpitala w Łukowie, zmarł licząc lat 64. — Dr. Dymitr Temple emerytowany lekarz miejski i szpitalny zmarł w Stryju, przeżywszy lat 88. — Dr. Aleksander Grabowski, lat 65, zmarł w Pjatigorsku. Dr. Stan. Niedzielski, l. 46, zmarł w Ojcowie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 22. Kopczyński: Badania doświadczalne z zakresu anatomii i fizyologii tylnych korzeni rdzeniowych. Barącz: W sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny odbytu na podstawie własnego doświadczenia (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 23. Bregman: Przyczynek do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia. Palmirski: O cholerze ze stanowiska bakteryologii, biologii i higieny publicznej.

Kronika lekarska Z. 11. Giedgowo: O ostrej rozstrzeni żołądka.

— *Zdrowie* Z. 6 Suligowski: O instytucyach ziemskich i ich potrzebie u nas. Polak: Administracya państwowa i społeczna w sprawach zdrowia publicznego. Łazarowicz: Pomoc lekarska w Ziemstwach.

— *Głos lekarzy* Nr. 12 zawiera: Wybory do Izb lekarskich. — W sprawie lekarzy kolejowych (dok.). — Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.). — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi (c. d.). — Uczczenie pracy i zasług.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 6. Skórczewski. Wspomnienia historyczne w drodze do Krynicy (c. d.). Supiński: Rabka.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 6. Korczyński: Ogólny zarys działania na polu zdrojownictwa polskiego.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 6. Blažeković: Slučaj istosmjernog premještenja pupile i leće na obim očima. Rogina: Epidemija griže (dysenterije) u kotaru Sv. Ivan Zelina u g. 1904.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 24. Pexa: Serotherapie při spále a několik případův, antiscarlatinosnim serem Bujwidovým léčenych (dok.). Zeman: Laterálni oesofagotomie při cizich tělesech v jicnu. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrozené příjici (c. d.). Slavik: Druhá výročni zpráva léčebného ústavu k léčeni paprsky světelnými, Roentgenovými, a proudy vysoké frekvence v Praze (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 45. Escat: Zatkanie nagłe przy intubacyi niedozorowanej. Użycie rurek (tubusów) dziurkowanych.

Nr. 46. Tuffier: Rozpoznanie guzów w podżebrzu prawem. Langenhagen: Porównanie wody mineralnej Plombières z wodą Châtelguyon; wskazania do ich użycia w leczeniu przewlekłych schorzeń kiszkowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 24. Westenhoeffer: Patologiczna anatomia, oraz drogi zakażenia w nagminnem zapaleniu opon mózgowordzeniowych. Weleminsky: Patogeneza gruźlicy płucnej. Fellner: Fizyologiczne działanie kąpieli z gazem węglowym. Kirchner: O obecnej epidemii zapalenia opon mózgowordzeniowych i o jej zwalczaniu (dok.). Lüdke: Wytwarzanie się niweczników jako sprawa wydzielnicza komórek (c. d.). Gravitz: Uwagi nad tegorocznymi przypadkami zapalenia opon mózgowordzeniowych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 24. Weichselbaum i Gohn: Ziarenkowiec nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych jako czynnik zapalenia wsierdzia, oraz jego znachodzenie się w przewodach nosowych ludzi zdrowych i chorych. Schwarz: Dynamina niedomykalności zastawki dwudzielnej. Pfeiffer: Przyczynek do rozwiązania problematu biologiczno-społecznego, dotyczącego odróżnienia białka nasienia od innych białek tegoż gatunku zapomocą metody precypitacyjnej. Rydygier: Przyczynek do operacyjnego leczenia nawykowego zwichnięcia rzepki metodą Ali Krogiusa.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 24. Ebstein: Leczenie wychudnienia. Kochmann: Działanie alkoholu na krążenie u ludzi. Joseph i Schwarzschild: O jotionie (Jothion). Glücksmann: Urazowe choroby górnego odcinka przełyku i ich leczenie. Burckhardt: Gruźlica płuc a ciąża według spostrzeżeń w klimacie górskim. Hopmann: Postępy w leczeniu chorób krtani. Haike: Gruźlicze choroby ucha u osesków.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 24. Fraenkel: O znachodzeniu się krętka bladego w kile. Heusner: Fizyologiczne znaczenie wielkiej sieci. Herff: Odkażanie gorącą wodą z alkoholem podług Ahlfelda w położniczym oddziale bazylejskiego szpitala kobiet. Michels: Trzebienie przy raku sutka. Hellendall: Ręczna przemiana położenia twarzowego i czołowego. Theilhaber: Przewlekłe zapalenie jajników. Metzger: Żółtaczka podczas miesiączki. Saks: Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu przy czaszkowem położeniu płodu. Müller: Histeryczne samookaleczenie. Gottschalk: Tężyczka podczas połogu.

Redakcya otrzymała. Bier: W sprawie zdrowotności Krakowa.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 24 (od dnia 11/VI do 17/VI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 33, dziew. 27; nieżywo: chł. 5, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych męż. 10, kob. 7; zamiejscowych: męż. 16, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 2. 2) gruźlica: miej. 9, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. —, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 2. **Razem:** miejscowych 17, obcych 28.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowo watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: original Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.

Liquor Ferro-Mangani saccharati

Liquor Ferro-Mangani peptonati

»Marka Helfenberg«

nowoczesne przetwory żeleziste łatwo strawne i smaku przyjemnego.

Oba przetwory zawierają 0·6% żelaza i o 0·10 manganu w połączeniu organicznem, nie wywolują zaparcia.

Ogólne uznanie.

Główny skład dla Austro-Węgier:

A. KREMEL Apteka pod Orłem,

Wiedeń, XIV., Märzstrasse 49.

Do nabycia we wszystkich aptekach.

51

Bazylejska fabryka chemiczna, Bazylea (Szwajcarya).

Kryofina najszybciej działający i najpewniejszy lek przeciwgorączkowy i kojący ból, szczególnie w rwie kulszowej i innych nerwobolach

Vioform najlepszy środek zastępczy zamiast jodoformu, bezwonny, dający się wyjałowić.

Ferratogen (nukleina żelazawa), nie ulega działaniu soku żołądkowego, nie sprawia zaburzeń żołądkowych.

Sulfurol zastępuje zupełnie Ammonium sulfo-ichthyolicum.

Piśmiennictwo, próbki leków i wszelkie wyjaśnienia na żądanie.

Antypiryna zupełnie czysta.

Fenacetyna krystaliczna i w proszku.

Kwas acetylosalicylowy najczystszy.

Skład główny na Austro-Węgry:

Carl Barolin, Wiedeń, VII/1, Apollogasse 8.

Telefon 7992.

52

Szarą maść rtęciową do wcierań znacznie przewyższa

Zawiera $33^1/_3$% Hg.

Prawnie zastrzeżony



Pat. węg. Nr. 24,723.



Opakowania:

I. po 30 g. w graduowanych tubach.

II. w pudełkach podzielony 10 dawek po 3 g.

Cena 2 korony.

Dr. ROSENBERGA.

Bezwonny, nie zawiera tłuszczu, nie brudzi bielizny.

Wciera się zupełnie w ciągu 3—5 min.

Wytwórca rozsyła pp. lekarzom próbki i piśmiennictwo chętnie gratis i franco. Sprowadzać można przez wszystkie apteki.

53 Wytwórca:

Apteka Dr. A. Rosenberga

Budapeszt, VIII, Kerepesi-út 43.

Skład główny dla Austryi:

G. & R. Fritz, Wiedeń I.

Sprzedaje tylko aptekom.

Sprzedaż drobna: C. BRADY, apteka „zum König von Ungarn“, Wiedeń, I. FLEISCHMARKT 1.

Rok XLIV. Kraków 1 Lipca 1905. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. Prof. Kadera.

O zachowaniu się morfologicznych składników krwi w przebiegu bezgnilnego gojenia się ran czystych.

Podał

Dr. Mieczysław Staszewski.

(Praca częściowo wygłoszona na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1902).

O zachowaniu się krwi pod wpływem zabiegów operacyjnych wiemy bardzo niewiele, pomimo że krew jest, jak się wyraził Aleksander Schmidt, jednocześnie i magazynem, z którego ustrój ludzki pokrywa wszystkie swoje zapotrzebowania, i składem, w którym umieszcza zużyte, niepotrzebne mu wytwory przemiany materyi do następnego ich usunięcia z ustroju.

Należałoby sądzić, że wszelkie ostre poważniejsze zaburzenia ustroju ludzkiego powinny znaleźć we krwi odzwierciedlenie swoje pod tym lub innym względem. Praktyczne doświadczenie, jak dotychczas przynajmniej, nie wykazało tego w tej rozciągłości, jakiejby spodziewać się należało. Wiemy przynajmniej o nich bardzo niewiele. Wchodzą tu jednak czynniki tak bardzo liczne i złożone, że rozpoznanie i uwidocznienie, zmian zachodzących we krwi, związane jest z bardzo dużemi trudnościami, a częstokroć jest — jak do dziś jeszcze — nawet niemożebne.

Do niedawna badano krew prawie wyłącznie tylko w chorobach wewnętrznych. Do pierwszych badaczy krwi z chirurgów należeli: Velpeau (53), Cruveilhier et Paget (14), Lucke (38). Wykazali oni zwiększenie liczby ciałek białych w niektórych przypadkach nowotworów. Właściwie jednak dopiero w ciągu ostatnich dwóch dziesięcioleci zwrócono większą uwagę na krew i w przebiegu chorób chirurgicznych. Badaniem składników krwi przy nowotworach złośliwych zajął się przedewszystkiem Reinbach w r. 1893 (46), potem Antokonenko 1893 (1), Feldbausch 1900 (22), Donati 1901 (17). W ostatnich czasach zaczęto badać krew w przebiegu chorób chirurgicznych, połączonych z ropieniem, przedewszystkiem w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego; następnie w przebiegu spraw ropnych w narządach rodnych kobiet, ropnem zapaleniu stawów i t. d. Do rzędu pierwszych badaczy w tym kierunku należą Rieder (48), Limbeck (36), Grawitz (23, 24, 25), Cabot Patrigeon, Hahl, Pick. Oni pierwsi zwrócili uwagę na wartość rozpoznawczą liczenia leukocytów we krwi przy sprawach zapalnych zakaźnych i ropnych. Maclean roztrząsa w swej pracy znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne badania krwi w chorobach chirurgicznych wstrząsu *(shock)* zwykłego, wstrząsu wskutek krwawienia wewnętrznego, w zapaleniu wyrostka robaczkowego, w ropniaku jajowodu *(pyosalpinx)* i w rozmiękczeniu kości. Autor ten, badając 22 przypadki wstrząsu, dochodzi do przekonania, że w przypadkach, gdzie chodzi o rozpoznanie, z jakiej przyczyny powstał wstrząs, czy wskutek krwawienia wewnętrznego, wstrząśnienia mózgu, czy też wstrząsu nerwowego, rozstrzygającem jest badanie krwi. W przypadkach wstrząsu, powstałego wskutek krwawienia wewnętrznego, badanie krwi wykazuje zmniejszoną liczbę ciałek czerwonych, mniej hemoglobiny i lekką leukocytozę 9—12,000 ciałek białych w 1 mm³.

Küttner badał 161 przypadków ropnych i czystych i wreszcie dopiero co operowanych. Ograniczył się on tylko do liczenia leukocytów i badania odczynu Ehrlicha na zawartość w nich glikogenu, nie uwzględniał zaś różniczkowania leukocytów z punktu widzenia klasyfikacyi Ehrlicha Praca Küttnera porusza cały szereg pytań, ważnych dla chirurgów. Autor ten przychodzi przedewszystkiem do przekonania, że zastosowanie rozpoznawcze badania leukocytów, a więc tak liczenie, jak i zabarwienie, jest stosunkowo ograniczone. Wyniki miarodajne otrzymujemy tylko w przypadkach ostrych zakaźnych; z tych dla chirurgów najważniejsze są ostre ropienia. Przy guzach przewlekłych i swoistych zapaleniach badanie krwi nie dałoby wyników, pozwalających na praktyczne ich zastosowanie. Küttner badał krew w kilku przypadkach gojenia się ran pooperacyjnych i znajdował leukocytozę; zwraca on jednocześnie uwagę na to, że leukocytoza może powstać i przed operacyą pod wpływem strachu i rozdrażnienia. Podczas operacyi, zwłaszcza dłużej trwającej, podnosiła się leukocytoza aż do 18—20,000 w 1 mm³. W przypadkach, gdzie przebieg pooperacyjny był zupełnie czysty leukocytoza opadała pomału lub też utrzymywała się na średniej wysokości. Miarodajną jest tutaj nie tyle bezwzględna liczba leukocytów, ile dążność leukocytozy do wzmagania się lub opadania. Stale utrzymująca się lub w niewielkich granicach zmieniająca się liczba leukocytów przemawia za prawidłowym przebiegiem gojenia się rany, chociażby nawet gorączka szła w górę. Odczyn jodowy w przebiegu bezgnilnego gojenia się ran nie pojawia się w leukocytach. Praktyczne zastosowanie może mieć to zachowanie się leukocytów w przypadkach pooperacyjnych, gdzie zachodzi pytanie, czy rana jest zakażona, czy też nie. W przypadkach powikłania, gdzie zachodzi n. p. pytanie, czy jest zakażenie, czy też zapalenie płuc, nie odgrywa ona według Küttnera żadnej roli.

Badaniem ciałek białych w przebiegu gojenia się ran pooperacyjnych zajmował się White (55) po laparotomiach.

Julliard (32) podaje, że w przypadkach nie ropnych operowanych krzywa poza przejściowem wzniesieniem pooperacyjnem utrzymuje się na prawidłowej wysokości. Wzniesienie następowe wskazuje na ropień lub na inne powikłanie (zapalenie płuc, róża i t. d.).

Jest to wszystko, co w dostępnem dla mnie piśmiennictwie znalazłem. Zachęcony przez szefa mojego, prof. Kadera, zająłem się pierwszy, o ile się mnie zdaje, badaniem mikroskopowem zachowania się stałych składników krwi ludzkiej i hemoglobiny po zabiegach operacyjnych.

Przeglądając różne monografie, mogłem się przekonać, że autorowie starali się przedewszystkiem wyjaśnić zmiany

w zachowaniu się tego lub innego składnika krwi, niezależnie od zmian, pojawiających się jednocześnie w innych składnikach. Sądziłem więc, że badania, przeprowadzone jednocześnie nad zachowaniem się wszystkich składników krwi, wyjaśnią nam nietylko zmiany, zachodzące w każdym z nich zosobna, ale wyświetlą wzajemny stosunek i dadzą możność odtworzenia całości obrazu zmian hematologicznych w okresie pooperacyjnym.

Posługiwałem się chorymi po operacyach przepuklin wolnych, wola i po operacyach brzusznych. Każdy chory był badany zawsze na czczo, najpierw raz przed operacyą dla kontroli, następnie w 2 godziny po operacyi, potem codziennie, aż do 7—9 dnia i wreszcie w odstępach 2—3-dniowych aż do powrotu składu krwi do stanu prawidłowego. Badanie tych chorych operowanych odbywało się albo w uśpieniu chloroformowem lub w znieczuleniu lędźwiowem przy zastosowaniu 6—8 centygramów tropakokainy w 2% wodnym rozczynie. Zwracałem uwagę na liczbę ciałek białych i czerwonych, na wzajemny stosunek odsetkowy poszczególnych rodzajów ciałek białych krwi, uwzględniając również ich liczbę bezwzględną; następnie spostrzegałem zachowanie się kształtów, zabarwienia i lepkości ciałek czerwonych, oraz ilość hemoglobiny. Liczenie ciałek białych uskuteczniałem każdorazowo najmniej 2 razy; ciałka czerwone zaś liczyłem w 120 małych kwadratach przyrządu Thoma-Zeissa, obliczając w ten sposób ich ilość bezwzględną w 1 mm^3.

Hemoglobinę oznaczałem hemoglobinometrem Gowersa według Sahliego, lub przyrządem Fleischla.

Preparaty krwi w celu barwienia ustalałem przez ogrzanie w cieplarce do 110° C. pozostawiając je w tej ciepłocie przez mniej więcej 1—2 minut, poczem zwolna je w cieplarce ochładzałem; samo zaś barwienie uskuteczniałem trójbarwikiem Ehrlicha, barwiąc je przez 2—3 sekund, następnie opłókiwałem dokładnie wodą przekroploną. W ten sposób otrzymywałem preparaty krwi, bardzo wyraźnie zabarwione; leukocyty okazywały równomiernie wyraźnie zabarwioną ziarnistość i jądra.

W preparacie barwionym zwracałem przedewszystkiem uwagę na odsetkowy skład leukocytów[1]), obliczając go z ogólnej liczby leukocytów, liczonej do 300, t. j. na odsetkową ilość neutrofilów, ciałek eozynochłonnych, limfocytów przejściowych wielkich i małych, nadto na odsetek cieni neutrofilowych i eozynofilowych, dalej na zachowanie się co do siły barwienia tak ciałek białych, jak i czerwonych. Przez limfocyty przejściowe rozumiem ciałka białe o jądrze dużem, barwiące się słabo seledynowo z wrębem, o protoplazmie z szeroką obwódką i to nie wyróżniczkowanej i bardzo słabo, ledwie że dostrzegalnie, zabarwionej. Oprócz badania drobnowidowego, każdorazowo badałem zasadowość krwi metodą Loewyego przyrządem Engla, używając do zobojętnienia $^1/_{75}$ normalnego kwasu winnego, a jako wskaźnika bardzo czułych papierków lakmusowych.

Na 43 chorych, operowanych w krakowskiej klinice w różnych odstępach czasu, przeprowadziłem 423 badań krwi. Przypadków operowanych w znieczuleniu lędźwiowem było 16, reszta była operowaną w uśpieniu chloroformowem; 1 w znieczuleniu miejscowem chlorkiem etylu. Na 3 chorych przeprowadziłem szereg badań krwi tylko po uśpieniu chloroformowem bez operacyi, na 2 po zastosowaniu znieczulenia lędźwiowego również bez operacyi, na 3 po wstrzyknięciu wody przekroplonej wyjałowionej w ilości, odpowiadającej ilości rozczynu tropakokainy, używanej do wstrzyknięcia.

Co do pooperacyjnego przebiegu ciepłoty, to 13 przypadków było bez najmniejszego podniesienia ciepłoty, 13 z przebiegiem podgorączkowym, 13 z przebiegiem gorączkowym, a z tego 4 przypadki zapalenia płuc, mianowicie 2 przypadki wola, 1 przypadek przepukliny wolnej, 1 raka wpustu żołądka i 1 po operacyi mięsaka oczodołu.

Materyał cały podzieliłem na 2 grupy. Pierwsza obejmuje tylko te przypadki, w których ani ze strony rany, ani ze strony narządów nie było żadnych zaburzeń chorobowych, gdzie zatem operacya i cały przebieg pooperacyjny były ściśle aseptyczne i niepowikłane wogóle żadną sprawą chorobową ani w miejscu operacyi, ani gdzieindziej, ani przed, ani po operacyi.

Druga grupa zawiera wyniki badań przypadków, w których nastąpiło bądź zakażenie rany w czasie operacyi, względnie w okresie pooperacyjnym, lub też gdzie wystąpiło powikłanie w postaci zaburzeń chorobowych narządów, nie stojących w związku z miejscem operacyi.

W pracy niniejszej zajmuję się tylko pierwszą grupą przypadków; spostrzeżenia, poczynione w drugiej grupie przypadków, stanowić będą przedmiot mojej drugiej pracy.

Szczegółową uwagę poświęcałem dokładnemu określeniu trzech głównych składników krwi, t. j. krwinkom, hemoglobinie i ciałkom białym. Badania zasadowości krwi nie dały wyników, upoważniających do wniosków dodatnich w jakimkolwiekbądź kierunku.

Zmiany w zachowaniu się ciałek czerwonych tyczyły się ich liczby i jakości, a także mniejszej lub większej zawartości w nich hemoglobiny. Liczba ciałek czerwonych krwi wzmaga się nieznacznie we wszystkich przypadkach, gdzie przy operacyi nastąpiła tylko niewielka utrata krwi, już w dwie godziny po operacyi, albo pozostaje w granicach mniej lub więcej tych samych. W razie wzmagania się wraca ona po kilku nieznacznych wahaniach 3—5 dnia do stanu prawidłowego (patrz tablice i krzywe). W niektórych przypadkach nie zauważyłem żadnych zmian w liczbie ciałek czerwonych krwi Nie wpływa na to zachowanie się ciałek czerwonych, ani wiek chorego, ani czas trwania operacyi, ani rodzaj znieczulenia. Jedynie wybitne zmiany zauważyłem u chorych, u których były wykonywane operacye śród obfitego krwawienia. W tych przypadkach liczbę ciałek czerwonych we 2 godziny po operacyi nieznacznie znajdowałem zmniejszoną Zmniejszanie to postępowało dalej i dosięgało najniższej liczby po upływie 24 godzin, lub przy końcu drugiej, najdalej trzeciej doby, jak to ilustrują poniżej przytoczone tablice *a*, *b*, *c*.

W przypadku (*a*) słoniowaciny twarzy, w którym usunięto nadmiar zwyrodniałej tkanki miękkiej wraz z kością jarzmową i wyrostkiem zębodołowym, operacya trwała 120 minut i połączoną była z bardzo znaczną utratą krwi W godzinę po operacyi stwierdzono 4 miliony ciałek czerwonych wobec 4,074.960, stwierdzonych przed operacyą. W 24

[1]) W chwili ukończenia mych badań nie znałem tablicy neutrofilnej Arnetha — i dlatego jej nie uwzględniałem. Badania w tym kierunku są w toku.

Tablica *a*).

L. dz. 26/901/2. *J. K.*, l. 24 wyrobnica. Rozpoznanie: *Elephantiasis faciei.* Przyjęta 31/XI 1901.

Data	Liczba ciałek białych	Liczba ciałek czerwon.	Stosunek	% hemoglob.	Mikrosk.	Makrosk.	Poikil.
Przed operacyą na czczo:							
—	15·200	4,074.960	1/268	75	—	—	gdzieniegdzie
13/XII. Operacya w uśpieniu chloroformowem. *Resectio proc. zygomatici, antri Highmori; operationes plasticae multiplices.* Czas trwania 120 min., bardzo obfite krwawienie.							
Po operacyi:							
13/XII w 1 godz. po oper.	25·200	4,000.000	1/158·7	45	liczne ciałka jądrz.	liczne ciałka jądrz.	często
14/XI	18·200	2,700.000	1/148·3	52	"	"	liczne
15/XII	21·080	3,380.000	1/160·3	45	"	"	"

Przebieg pooperacyjny, począwszy od 15/XII, połączony z gorączką i sekrecyą.

Tablica *b*).

L. dz. 223/901. *J. M.*, parobczak, l. 17, dobrze zbudowany. Rozpoznanie: *Struma parenchymat. vasculosa.*

Data	Liczba ciałek białych	Liczba ciałek czerwon.	Stosunek	% hemoglob.	Mikrosk.	Makrosk.	Poikil.
Przed operacyą na czczo:							
—	9·600	5,480.000	1/570	75	brak	brak	nieliczne
7/V. Operacya w uśpieniu chloroform. *Resectio strumae*; czas trwania 1½ godz. Krwawienie dość obfite.							
Po operacyi:							
8/V	19·800	3,320.000	1/596	60	często ciałka jądrzaste w skąpej ilości		gdzieniegdzie
9/V	10·800	3,620.000	1/340	80			"

Tablica *c*).

L. dz. 71. *S. J.*, l. 26. wyrobnik. Rozpoznanie: *Sarcoma bulbi sin.*

Data	Liczba ciałek białych	Liczba ciałek czerwon.	Stosunek	% hemoglob.	Mikrosk.	Makrosk.	Poikil.
Przed operacyą na czczo:							
—	14·000	4,960.000	1/354·2	86	brak	brak	brak
13/XII. *Eventratio orbitae* w uśpieniu chloroformowem. *Excochleatio ossium.* Krwawienie obfite. Czas trwania 120 minut.							
Po operacyi:							
w 1 godz.	49·400	3,700.000	1/78·4	60	Napotyka się b. często ciałka czerwone jądrzaste		dość często
14/XII	20·800	2,900 000	1/139·4	45			"
15/XII	29·400	2,580.000	1/87·7	50			"

godzin liczba ta spadła do 2,700.000, co stanowiło *minimum* ciałek czerwonych, spostrzeganych w danym przypadku. Po upływie 48 godzin zaznaczył się bardzo wyraźnie zwrot w kierunku wyrównania nieprawidłowych stosunków (znaleziono 3,380.000), a na 6-ty dzień po operacyi, jak to uwidocznia odpowiednia tablica, liczba wzmiankowanych ciałek podniosła się do poziomu prawidłowego.

U innych dwóch chorych stwierdziłem następujące uchylenie się od porządku zjawisk, spostrzeganych u pierwszego, a mianowicie: w przypadku (Tabl. *c*), gdzie z powodu bardzo obficie unaczynionego mięsaka oczodołu lewego dokonano dużego zabiegu operacyjnego z wycięciem części podstawy czaszki, chory w ciągu dwugodzinnej operacyi stracił bardzo znaczną ilość krwi. Zabieg operacyjny polegał prócz wycięcia samego nowotworu na usunięciu górnej ściany oczodołu, połączonem z otwarciem przestrzeni podoponowej, wycięciu na znacznej przestrzeni opony twardej; dalej w linii środkowej po dojściu do zatoki czołowej otwarto ją, w głębi wyjęto otoczenie kostne szczeliny wzrokowej i otwarto zatokę klinowatą; po stronie kości usunięto wszystko aż do siodła tureckiego. Najmniej ciałek czerwonych w tym przypadku wystąpiło w 48 godzin po operacyi i doszło prawie do połowy ilości, stwierdzonej przed przystąpieniem do niej. W danym razie utrata krwi była znaczną tak, że już po 2 godzinach mogliśmy zauważyć zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych 1,200,000. Tak wielką zniżkę liczby ciałek czerw. krwi spostrzegałem tylko ten raz jeden; regeneracya nastąpiła tu bardzo powoli, zaledwo po upływie miesiąca po operacyi liczba ciałek czerwonych krwi podniosła się prawie do poziomu przedoperacyjnego, niedosięgła go jednak i wówczas w zupełności.

Trzeci przypadek operacyi, połączonej z silnem krwawieniem, tyczył się wola naczyniowo-miąższowego (Tabl. *b*). Tu tak jak w pierwszym przypadku, *minimum* ciałek czerwonych przypadło w 24 godzin; różnica wynosiła 2,160.000 przy ilości przedoperacyjnej 5,480.000.

Ciałka czerwone jądrzaste pojawiały się niezależnie od gorączki, a zależnie tylko od mniejszej lub większej utraty krwi w większej lub mniejszej ilości. Podzielmy wszystkie bezgorączkowe spostrzeżenia, znajdujące się w mojem rozporządzeniu, na 2 działy; na dział krwawień bardzo obfitych i mało obfitych; w obu spostrzegałem obecność ciałek czerwonych jądrzastych. W przypadkach, połączonych z małem krwawieniem, ciałka czerwone jądrzaste pojawiały się tylko wyjątkowo i to w bardzo niewielkiej ilości i w bardzo niedługim czasie po operacyi. Na 9 przypadków: 7 przepuklin pachwinowych, 1 udowa i 1 przypadek przykurczenia stawu kolanowego po oparzeniu, gdzie utrata krwi była bardzo nieznaczna, ciałka czerwone jądrzaste wystąpiły w 3 razach. W jednym ciałka czerwone jądrzaste spostrzegałem tylko raz w 4 godziny po operacyi, potem już nie, (Tablica II) (*hernia inguinalis dextra libera*); w drugim przypadku (Tablica VII) było ich tylko kilka na drugi dzień i wreszcie w jednym przypadku (*hernia femoralis*) widziałem je jeszcze na 3-ci dzień po operacyi.

W drugim dziale przypadków, zawierających przypadki obfitego krwawienia, co ilustrują wyżej załączone tablice; jakoto: *b*: *struma vasculoso-parenchymatosa;* — Tablica *a*: *elephantiasis faciei; c*: *sarcoma bulbi sinistri* i w końcu pracy załączony protokół rozbioru, tablica XI *struma pa-*

renchymatosa, ciałka jądrzaste ukazywały się bardzo obficie i przez dłuższy czas, zmniejszając się z biegiem czasu stosunkowo do postępu odradzania się ciałek czerwonych krwi i zbliżania się ich do poziomu prawidłowego. Długość czasu, w którym czerwone ciałka jądrzaste występowały w przypadkach obfitego krwawienia, wahała się od 3—9, a nawet 18 dni po operacyi. Wobec przeważającego dziś przeświadczenia, że komórką rodzicielką dla ciałek czerwonych krwi jest ciałko czerwone jądrzaste i wobec faktu, że te ostatnie w warunkach fizyologicznych pochodzą tylko ze szpiku kostnego, wynika, że szpik kostny otrzymywał podczas operacyi jakieś bodźce, dzięki którym zmuszony był swoje części składowe, zwykle najdokładniej zatrzymywane w jego granicach, przepuszczać do ogólnego obiegu krwi. Wskazuje nam to źródło, z którego musiały pochodzić te masy ciałek czerwonych bezjądrzastych, które nietylko zapełniały ubytki, pojawiające się przy operacyjnej utracie krwi, ale w wielu przypadkach zapełniały je w nadmiarze. Oczywiście, że w przypadkach krwawień małych lub średnich szpik kostny znajdował się pod wpływem jakichś bliżej nieokreślonych czynników, dzięki którym z nadzwyczajną szybkością ustępował cały swój zapas ciałek bezjądrzastych i tem utrzymywał ilość ciałek czerwonych we krwi, a zatem i czynności przez nie spełniane, na poziomie conajmniej prawidłowym. Przemawia za tem również i szybkość, z jaką wzmiankowane ubytki w ciałkach czerwonych zostały zapełnione, albowiem trudno przypuścić, aby nadmiar ciałek czerwonych, pojawiających się w obiegu krwi, nie zależał do zapasów, jakimi rozporządza szpik kostny, ale od chwilowej, wzmożonej nagle działalności rozrodczej tego szpiku kostnego. Widzimy również, że w okresie pooperacyjnym sposób, w jaki szpik kostny utrzymuje skład krwi na poziomie prawidłowym, należy uznać za typ wprawdzie wzmożony, ale fizyologiczny. Wiemy bowiem, że w pewnych stanach chorobowych, jak np. w ciężkich niedokrewnościach, gdzie w sposób prawidłowy zapotrzebowania ustroju zaspokojone być nie mogą, szpik kostny wysyła w obieg postacie nieprawidłowe, np. megalocyty i megaloblasty. W przypadkach przezemnie badanych spotykane czerwone ciałka jądrzaste należały zawsze do postaci najzwyklejszych, spostrzeganych w każdym zdrowym szpiku kostnym. W przypadkach bardzo znacznej utraty krwi charakter odradzania się ciałek czerwonych w ogólnych rysach był taki sam, to znaczy nie wykraczał poza typ odradzania fizyologicznego, jednak w niektórych przypadkach występowała pewnego rodzaju niedomoga czynności szpikowych, albowiem już po 2 godzinach dawało się zauważyć nieraz bardzo znaczne obniżenie się liczby ciałek czerwonych w 1 mm³ pomimo tego, że spostrzegałem bardzo znaczną liczbę czerwonych ciałek jądrzastych, co wskazywało wyraźnie, że szpik kostny pozbywał sie bardzo energicznie swoich zapasów ciałek czerwonych na korzyść krwi, zubożałej wskutek krwawienia przyoperacyjnego. To też w tych przypadkach upadek ilości ciałek czerwonych, spostrzegany po dwóch godzinach i chwilowo wyrównany zapasami szpiku kostnego, stawał się z biegiem czasu coraz znaczniejszy i osiągał swoje *minimum* w czasie 24—48 godzin po operacyi, dochodząc nieraz do połowy ilości, spostrzeganej przed operacyą.

Utrata krwi może jednak być tak znaczną, że pomimo wszelkich wyrównań ilość ciałek czerwonych już po 2 godzinach okazuje się znacznie mniejszą od ilości, spostrzeganej przed operacyą. Przy trzech zabiegach operacyjnych, połączonych z wielką utratą krwi i badanych pod tym względem po upływie jednej do dwóch godzin, w dwóch przypadkach mogłem stwierdzić chwilowe zrównoważenie poniesionych przez ustrój strat (*a*, Tabl. XI), w trzecim zaś (*c*, XXIV) już po upływie dwóch godzin liczba ciałek czerwonych znacznie się zmniejszyła i okazała się mniejszą od liczby przedoperacyjnej o 1,200.000

Oprócz czerwonych ciałek jądrzastych, które, jak widzieliśmy wyżej, przyjmują bardzo żywy udział w wyrównaniu nieprawidłowych stosunków, wywołanych przez operacyjne krwawienie, posiadają znaczenie jeszcze i małe ciałka czerwone, mikrocyty. Wyniki badań wskazują nam, że w żadnym przypadku — wyjątek tu stanowią dzieci, o czem pomówimy niżej — w okresie przedoperacyjnym mikrocyty w obiegu krwi chorych nie istniały. Natomiast po operacyi, jak to widać z przytoczonych poniżej protokołów, mikrocyty pojawiały się stale i nieraz w ilościach bardzo znacznych. Co do znaczenia mikrocytów we krwi istnieje obecnie kilka teoryi, z których jedna przedstawia je jako cząstki rozpadowe ciałek czerwonych, ginących w obiegu krwi pod wpływem tego lub innego szkodliwego czynnika; druga zaś uważa je za twory młode i niezupełnie rozwinięte, t. j. jako jeden ze stopni rozwoju czerwonych ciałek, który ma się zakończyć z biegiem czasu osiągnięciem przeciętnej prawidłowej wielkości. (C. d. n.)

II. Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przyczynek do leczenia zwężeń cewki moczowej zapomocą elektrolizy.

Podał

Prof. Dr. Władysław Reiss.

(Dokończenie).

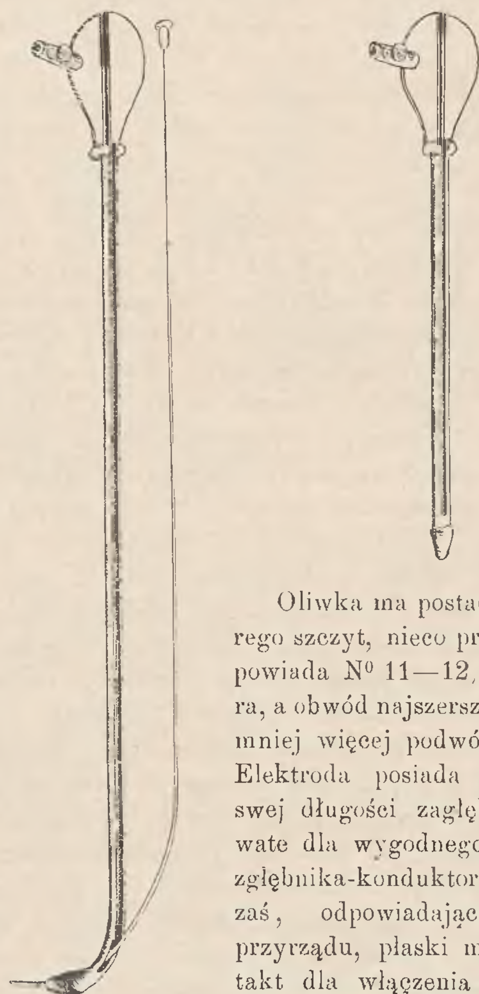
Jeżeli poza powyżej przytoczonemi pracami autorów, którzy podają wyniki swoich doświadczeń na podstawie większego lub mniejszego materyału, przejrzymy zupełnie szczegółowo dotyczące piśmiennictwo z ostatnich lat ubiegłego stulecia, znajdziemy bardzo mało zwolenników elektrolizy linijnej. Jednym z pierwszych, który jej używał, był Lavaux (*La Chir. contemp. des org. gén. ur.*, 1895). Granville (*Journ. of cut. and gen. ur.*, 1897) wykazuje bardzo korzystne wyniki u dziesięciu chorych, operowanych tą metodą. Używał elektrody kształtu przyrządu Maisonneuvea i operował przy sile prądu od 5 do 15 MA. Sanders (*New England med. Gaz.*, 1898) operuje obydwiema metodami, skłania się już jednak stanowczo ku elektrolizie okrężnej i przyznaje, że tylko ta ostatnia prowadzi do wyników trwałych. Autor przestrzega przed używaniem prądów silnych, jakoteż przed stosowaniem elektrolizy we wszystkich tych przypadkach, w których cewka okazuje objawy zapalne, choćby nawet tylko miernego stopnia. Przeciw metodzie linijnej przemawia również Desnos (*La Presse médicale*, 1899) i operuje przeważnie elektrodami Newmanna. Bordier (*Le Presse médicale*, 1899) przestrzega wprost stanowczo przed używaniem elektrolizy linijnej, opierając się

na niekorzystnych wynikach, osiąganych tą drogą. Autor modyfikuje dotychczas używane elektrody dla umożliwienia przeprowadzenia jak najdokładniejszego sposobu elektrolizy okrężnej. Operuje jednak przy stosunkowo wysokiej sile prądu (15 do 20 MA) po 15 do 20 minut.

Zdaje się, że jedynymi zwolennikami metody linijnej jeszcze w ostatnich latach byli André (*Du traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire.* „Annales des mal. des org. gén. urin.“, 1903) i Moran (*De la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.* „Annal. des mal. des organes gén. urin.“, 1903). Obaj dochodzą z bardzo małemi różnicami do jednakich wyników, uważają swój sposób operowania za bardzo korzystny, ale z pewnem zastrzeżeniem, i to nie małej wagi: zabieg doprowadzał tylko wtedy do wyników dobrych, jeżeli miejsca zwężone były poprzednio drożne dla najmniej 10 N⁰ skali Chariêra, jeżeli tkanka łączna nie była zbyt silnie zbita i jeżeli nadto zwężenia nie zajmowały dużej przestrzeni. Moran znieczula błonę śluzową przed zabiegiem 1% roztworem kokainy i używa prądów przeważnie słabych. Wprost niekorzystny sąd o metodzie linijnej wydaje Rafin (*Observatons cliniques sur la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement du rétrécissement de l'urèthre.* „Lyon méd.“, 1903). Uznaje ją za metodę nie wystarczającą, nie prowadzącą w znacznej ilości przypadków zupełnie do celu i nie dającą wyników trwałych.

Jeżeli zestawimy statystycznie ogłoszone dotychczasowe wyniki, osiągnięte drogą powyżej opisanych metod elektrolitycznych, dojdziemy łatwo do przekonania, że najwięcej zalet posiada metoda elektrolizy okrężnej, czy to w swojej formie pierwotnej (Newmann), czy też w formie późniejszych ulepszeń i modyfikacyi (Lang). Dochodzimy do zrozumienia, że tylko ta metoda może w zupełności zastąpić, a często i przewyższyć zabiegi krwawe i tylko po niej spodziewać się możemy wyników rzeczywiście pewnych i trwałych.

Pomyślne wyniki po elektrolizie okrężnej, ogłoszone w ostatnich latach, skłoniły mnie do zastosowania tej metody leczniczej w kilkunastu przypadkach zwężeń cewki rozmaitych okresów i różnego umiejscowienia. Z przypadków, nadających się do przyjęcia, wybierałem przedewszystkiem te, w których partye zwężone nie przekraczały 3 do 4 ctm. długości, jakoteż takie, które wykazywały drożność dla zgłębnika N⁰ 6, lub przynajmniej N⁰ 4 Ch. Prócz tego wchodziły w zakres moich doświadczeń i przypadki zwężeń krótkich (pierścieniowatych), zupełnie niedrożnych, jakoteż zwężeń, przekraczających powyżej określone wymiary. Przeważnie rozchodziło się o zwężenia długotrwałe z zupełnym brakiem jakichkolwiek, chociażby podostrych objawów zapalnych. Do zabiegu elektrolitycznego używałem zawsze i wyłącznie bateryi, złożonej z 24 ognisk Grenetta (firmy Reiniger, Gebbert & Schall), zaopatrzonej w reostat i ampermeter. Zabieg wykonywano zawsze w pozycyi leżącej. Elektrodę dodatnią umieszczano po wewnętrznej stronie uda lub przytrzymywano ją przy zwężeniach głęboko umiejscowionych na międzykroczu. Jako elektrody ujemnej (czynnej) używałem wyłącznie zmodyfikowanej elektrody Langa i to w formie dwojakiej, t. j. krótkiej i zarazem prostej dla zwężeń, umiejscowionych w przednim odcinku części jamistej, lub długiej z prawidłową krzywizną dla zwężeń, zajmujących odleglejsze partye cewki. Elektrody Langa są w użyciu niezmiernie praktyczne, bo lekkie i łatwe do kierowania, zupełnie prostej konstrukcyi i dogodne dla ręki operatora. Wyrobione z massy twardej, niepodatnej, stanowiącej zły przewodnik elektryczności, kończą się drobną oliwką metalową, zaopatrzoną w środkowy otwór dla przepuszczenia zgłębnika-konduktora dowolnej średnicy.



Oliwka ma postać stożka, którego szczyt, nieco przytępiony, odpowiada N⁰ 11—12, skali Chariêra, a obwód najszerszy promieniowi mniej więcej podwójnej wielkości. Elektroda posiada wzdłuż całej swej długości zagłębienie rowkowate dla wygodnego umieszczenia zgłębnika-konduktora, na końcu zaś, odpowiadającym rękojeści przyrządu, płaski metalowy kontakt dla włączenia prądu z bieguna ujemnego bateryi.

Po dokładnem przepłókaniu cewki przetworem antyseptycznym niedrażniącym, wprowadzano elektrodę wraz z zgłębnikiem do cewki przed samo miejsce zwężone. Ile razy użyłem do przepłókania roztworów bardziej zgęszczonych lub nieco drażniących cewkę, przekonałem się, że następowy zabieg elektrolityczny wywołuje w cewce, już poprzednio nieco podrażnionej, bardzo silny, a tak wcale niepożądany odczyn zapalny. Co gorsze, zwężenia poprzednio drożne chociaż dla zgłębników 4—6 Ch., zacieśniają swe światło po przepłókaniu do tego stopnia, że zwykle wobec tych objawów bywa się zmuszonym do odłożenia zabiegu do dnia następnego. Najchętniej używałem przepłókiwań z roztworów $^1/_2$‰ nadmanganianu potasowego, względnie cynkowego. Najpraktyczniej uskuteczniać w takich razach przepłókania wprost z irygatora oliwką Jeaneta i nie starać się wprowadzać do cewki żadnych, choćby najcieńszych cewników.

Do zabiegu przystępowałem bez poprzedniego znieczulenia cewki moczowej. Prawie zawsze chorzy znosili elektrolizę bardzo dobrze, a zabieg, o ile nie przekraczano siły 5 do 6 MA, nie sprawiał nigdy silniejszych bolów. Muszę zresztą zaznaczyć, że wprowadzanie roztworów, nawet wy-

sokoprocentowych, kokainy i rozprowadzanie jej wzdłuż miejsca zwężonego nie odnosi niemal żadnego skutku. Miałem już kilkakrotnie sposobność przekonać się o tem, co zresztą wobec powierzchownego działania kokainy, wprowadzonej tą drogą, będzie łatwem do zrozumienia.

Po wprowadzeniu oliwki elektrody tuż przed ujście zewnętrzne miejsca zwężonego, usiłowałem wprowadzić zgłębnik, spoczywający w zagłębieniu przyrządu, przez zwężenie, aby umożliwić sobie następowo dokładny i pewny kierunek przy posuwaniu elektrody ku tylnej części cewki. Zwykle przeprowadzenie zgłębnika udaje się dosyć łatwo. Czasami jednak w zupełności nie można go przeprowadzić przez miejsce zwężone, a udaje się wprowadzenie go tylko do przedniego odcinka, lub do połowy długości zwężenia. W obu razach nie podzielam zdania autorów, doradzających w podobnych przypadkach zaniechać zupełnie zabiegu. W razie częściowej niedrożności wprowadzałem zgłębnik tak daleko, jak tylko mogłem i zamknąwszy prąd, posuwałem oliwkę lekko nią naciskając, za zgłębnikiem. Zdarzało mi się już kilka razy, że dostawszy się elektrodą po rozłożeniu tkanki nieco dalej, potrafiłem następowo przeprowadzić zgłębnik przez dalszy odcinek zwężonego miejsca. Wynik ten ma miejsce w tych razach, jeżeli skutkiem nierównomiernego przerostu tkanki łącznej światło zwężonej przestrzeni przebiega w linii krzywej, utrudniającej wprowadzenie zgłębnika elastycznego wprost od ujścia zewnętrznego. Od połowy długości zwężonej części, t. j. już po rozszerzenin pierwszego odcinka, nie przedstawia wprowadzenie zgłębnika już dalej trudności. W razie zupełnej niemożliwości wprowadzenia zgłębnika nawet do ujścia zewnętrznego, starałem się przedewszystkiem przekonać, czy niedrożność nie jest tylko względna, t. j. czy nie powoduje jej chwilowe obrzmienie zapalne ścian cewki. Odkładałem w takich razach zabieg do dnia następnego, poleciwszy stosowanie słabszych środków ściągających, względnie okłady wysychające z octanu ołowiowego. Najczęściej mogłem nazajutrz przeprowadzić zgłębnik i wykonać zabieg elektrolityczny bez dalszych trudności. W jednym przypadku, nie mogąc żadną miarą wprowadzić zgłębnika ani na jeden centymetr w pierścień zewnętrzny dosyć zresztą długiego zwężenia, wprowadzałem elektrodę bez konduktora przed samo zwężenie i, nawlekając lekko cewkę na oliwkę, posuwałem ją przy sile prądu 5 MA. ku tyłowi. Po upływie 2 minut jednak przerwałem zabieg w obawie, że mógłbym torować elektrodą fałszywą drogą (*fausse route*) i odłożyłem go do dnia następnego. Nazajutrz dowiedziałem się od chorego, że zdołał w nocy już dosyć swobodnie oddać kilka razy mocz w pozycyi siedzącej i że tylko oddanie moczu w 2 godziny po operacyi było bardzo bolesne i odbywało się prawie kroplami. Badanie wykazało brak bolesności i jakiegokolwiek obrzęku w miejscu, odpowiadającem zwężeniu, a chory oddawał mocz bardzo cienkim, ale prawie nieprzerwanym strumieniem. Zgłębnik-konduktor przechodzi obecnie z pewną łatwością przez dalszy odcinek utrzymanego zwężenia. Przystąpiłem zatem powtórnie do zabiegu. Po wprodzeniu elektrody swobodnie przez cały odcinek, rozszerzony dnia poprzedniego, przesunąłem zgłębnik przez otwór w oliwce aż do końca jeszcze około dwa centymetry długiego zwężenia i zamknąwszy prąd, przeprowadziłem elektrodę przez całą długość zwężenia po konduktorze mniej więcej w ciągu pięciu minut, przy niezmienionej sile 5 MA. Bezpośrednio po zabiegu zdołałem wprowadzić sondę metalową N⁰ 22 skali Chariera bez najmniejszych trudności. Badanie następowe cienkimi zgłębnikami wykazało, że o utorowaniu fałszywej drogi nie było mowy, mimo, że zabieg w zakresie pierwszego odcinka zwężenia wykonałem zupełnie bez konduktora. W ciągu obu aktów zabiegu elektrolitycznego nie było najmniejszego krwawienia. Sondowania zgłębnikiem metalowym powtarzam co drugi dzień; po upływie jednego tygodnia wprowadzono swobodnie N° 26 skali Chariera.

Siły prądu używałem zawsze możliwie najmniejszej. Operowałem z reguły przy prądzie od 3 do 5 MA, trzymając się zasady, wykluczającej wszelki silniejszy odczyn zapalny w najbliższem otoczeniu samego zwężenia. Okresu działania elektrolizy nie przeciągałem nigdy zbyt długo; wolałem podzielić zabieg na dwie części i zadowolić się na razie nieznacznym chociażby wynikiem, byle nie pozostawiać katody w cewce dłużej, aniżeli dziesięć minut. A i w tych razach już po pięciu minutach przerywałem zwykle prąd na krótki okres czasu (około 3 minut), po upływie którego dopiero kończyłem zabieg. Bardzo tylko wyjątkowo stosowałem prąd silny, t. j. ponad 5 do 6 MA. I tak, jeżeli szło o zwężenia dosyć krótkie, wytworzone przez tkankę bardzo zbitą i twardą, przekonywałem się niejednokrotnie, że prądem zbyt słabym nie uzyskam pożądanego wyniku, t. j. rozłożenia tkanki w stosunkowo krótkim czasie. Jeżeli zatem po upływie pierwszych trzech do pięciu minut nie byłem w stanie zauważyć znaczniejszej ilości baniek gazu, wydobywających się wzdłuż katody przez ujście zewnętrzne cewki, lub też jeżeli wydobywały się one tylko w bardzo skąpej ilości i elektrody nie zdołałem posunąć ani trochę naprzód, wtedy nie chcąc zbyt długo przeciągać trwania zabiegu, przepuszczałem od razu prąd silniejszy (nigdy wyżej 10 MA!) i przeprowadzałem zwykle już po upływie następnych dwu do trzech minut oliwkę przez całą długość zwężenia.

Przypadki zwężeń cewki, w których dokonałem zabiegu elektrolitycznego, a których dalsze spostrzeganie skłoniło mnie do niniejszej publikacyi, muszę podzielić na trzy grupy. Do pierwszej zaliczyć muszę trzy przypadki, w których elektroliza nie doprowadziła do pożądanego wyniku, a to z przyczyn, które poniżej będę się starał wyłuszczyć. Do drugiej należy pięć przypadków, w których osiągnąłem wynik najzupełniej zadowalniający, ale które w kilka tygodni po zabiegu, a względnie tuż po opuszczeniu kliniki, usunęły się z pod mojej dalszej obserwacyi tak, że o późniejszych losach tych chorych nie mam więcej żadnych wiadomości. W trzeciej wreszcie grupie umieszczam siedem przypadków, w których uzyskałem drogą elektrolizy również doskonały i zupełnie zadowalniający wynik leczniczy i w których nadto spostrzeganie moje nie ograniczało się bynajmniej do terminu kilkotygodniowego po dokonanej operacyi, lecz trwało niemal do dnia dzisiejszego. Trzech chorych z ostatniej grupy pozostaje w obserwacyi kontrolnej już około lat sześciu; trzech od lat czterech, jeden wreszcie od lat trzech po dokonanej operacyi.

Rozpoczynając od grupy pierwszej, która obejmuje same wyniki ujemne, muszę zaznaczyć, że we wszystkich trzech przypadkach obok zwężenia cewki z rozmaitem umiej-

scowieniem (przeważnie jednak w okolicy opuszki cewki moczowej), miałem do czynienia równocześnie ze sprawą zapalną podostrą o większem lub mniejszem nasileniu. We wszystkich tych przypadkach odnosili chorzy pierwsze zakażenie rzeżączkowe do lat kilkunastu wstecz; u dwóch chorych wykazują wywiady ostatnie zakażenie, trwające od kilku tygodni; trzeci chory miewał od lat kilku ustawiczne zaostrzenia sprawy chorobowej z nieustannym wyciekiem ropnym. U wszystkich trzech badanie wykazuje bardzo nieliczne gonokoki, natomiast znaczną ilość ciałek ropnych i nieliczne nabłonki. Wyciek śluzoworopny. Próba cewnikowa wykazuje u dwóch chorych część tylną cewki niezajętą; w trzecim przypadku po przepłókaniu części przedniej mocz okazywał lekkie zmętnienie Gruczoł krokowy we wszystkich trzech przypadkach nie był zajęty.

W jednym z powyższych przypadków zwężenie było usadowione tuż poza dołkiem łódkowatym, w drugim i trzecim w części opuszkowej. We wszystkich trzech przypadkach zwężenia były krótkie, prawie pierścieniowate i pozwalały na przeprowadzenie zgłębnika N⁰ 5—6 Ch. Przed zastosowaniem elektrolizy leczono rzeżączkę u wszystkich chorych przez okres trzytygodniowy. Prócz podania środków balsamicznych wewnętrznie, stosowano u dwóch chorych wstrzykiwania (argonin); u trzeciego chorego wstrzykiwania nie mogły być stosowane z powodu, że zwężenie silnego stopnia, umiejscowione tuż poza ujściem zewnętrznem, nie pozwalało na wprowadzanie rozczynów zapomocą strzykawki.

U wszystkich trzech chorych zupełnie zgodnie działanie elektrolizy (4—5 MA.) wywoływało już odrazu w pierwszych chwilach bardzo silny ból, szczypanie i objawy sinicy w zakresie żołędzi (przedewszystkiem w dolnym jej odcinku). Z tą chwilą musiano prąd przerwać i próbowano po pewnym czasie działać prądem już o wiele słabszym (2 do 3 MA.). Wtedy ustępowała wprawdzie sinica, ale ból utrzymywał się dalej i był tak silnym, że musiano zabieg każdego razu przerywać. W kilka godzin później występowało obrzmienie dosyć znaczne żołędzi i napletka, oraz silne utrudnienie w oddawaniu moczu Objawy ustępowały zawsze w krótkim czasie po kąpieli i okładach. U dwóch chorych powtórzyłem mimo to próbę zabiegu już po tygodniu; w obu razach wystąpiły znowu te same objawy, może jeszcze w silniejszem nasileniu; prócz tego u chorego, u którego zwężenie zajmowało tylny odcinek części opuszkowej, wystąpiło tuż po usiłowanym zabiegu także i parcie na mocz, które utrzymywało się przez blizko dwanaście godzin. Co do wyniku w kierunku usunięcia zwężenia, był on we wszystkich trzech przypadkach niemal zupełnie ujemny, co zresztą łatwem jest do zrozumienia, skoro każdego razu zaraz w początku właściwy zabieg elektrolityczny przerywano z powodu bardzo silnego odczynu tak miejscowego, jak i w otoczeniu. U jednego tylko chorego zdolano utrzymać elektrodę w ujściu zewnętrznem zwężenia przez blizko dwie minuty, i tam też zauważono przy następnem badaniu o wiele łatwiejszą drożność w zakresie zewnętrznego ujścia zwężenia. Wyciek śluzoworopny nie powiększył się po zabiegu w żadnym przypadku, nie zauważono też ani razu podniesienia ciepłoty.

To silne oddziaływanie ze strony błony śluzowej cewki na działanie elektrolizy, nie pozwalające żadną miarą na przedłużenie okresu trwania doświadczenia, aby umożliwić jakikolwiek dodatni wynik, pozostaje niewątpliwie w związku ścisłym ze stanem zapalnym błony śluzowej. Dowodzi tego przedewszystkiem zgodność objawów po jakiejkolwiek próbie zabiegu u wszystkich trzech chorych. We wszystkich trzech przypadkach odczyn na prąd elektryczny występował natychmiast w postaci nadzwyczaj silnego bolu, nieprawidłowości w krążeniu miejscowem i niestosunkowo znacznego obrzęku odnośnie do siły działającego prądu.

Niepomyślny wynik moich usiłowań, a raczej brak możności stosowania zabiegu w powyższych przypadkach, pouczył mnie, że działania elektrolizą zaniechać należy zawsze tam, gdzie mamy do czynienia ze sprawą zapalną cewki, chociażby nieznacznego stopnia. Wzmiankę o tem zastrzeżeniu znalazłem także u S a n d e r s a, który na podstawie swoich doświadczeń dochodzi do podobnych wniosków i nie radzi operacyi elektrolitycznej w podobnych razach.

Wszyscy trzej chorzy opuścili klinikę w krótkim czasie po usiłowanym zabiegu leczniczym. O jednym z nich jest mi wiadomem, że po upływie roku poddał się operacyi krwawej *(urethrotomia interna)* w oddziale chirurgicznym ś. p. prof. T r z e b i c k y e g o.

Druga grupa obejmuje pięć przypadków bez żadnych zgoła powikłań ze strony błony śluzowej. U trzech chorych, wliczonych do tej grupy, znaleziono zwężenie względnie krótkie (1 do $1^1/_2$ cm.), umiejscowione w tylnej połowie części jamistej cewki, tuż przed opuszką. Zwężenia te były drożne zaledwie dla zgłębnika-konduktora i przepuszczały mocz niezmiernie cienkim strumieniem. Od czasu do czasu miało występować u wszystkich trzech chorych zatrzymanie moczu; objaw ten dawał się zwykle usunąć po zastosowaniu kąpieli nasiadowych.

Z wywiadów wynika, że zwężenie znacznego stopnia trwa u dwóch chorych już od trzech lat, u jednego zaś od półtora roku. — Wszyscy trzej nie podawali się żadnemu leczeniu w tym kierunku, nie umieją też podać żadnych bliższych wyjaśnień co do czasu zakażenia rzeżączkowego.

U wszystkich trzech dokonałem zabiegu elektrolitycznego długą elektrodą L a n g a po poprzedniem przepłókaniu cewki rozczynem $^1/_2$% nadmanganezyanu cynkowego, bez znieczulenia miejscowego. U wszystkich trzech chorych udało mi się przeprowadzić oliwkę elektrody w ciągu trzech do czterech, a w każdym razie w ciągu n i e s p e ł n a p i ę c i u m i n u t, przez miejsce zwężone w całości, przy użyciu siły prądu od 3 do 5-ciu MA. Postępowałem zawsze w ten sposób, że po wprowadzeniu elektrody przepuszczałem zrazu prąd 2—3 MA. i dopiero po jednej lub dwóch minutach zwiększałem siłę prądu powoli aż do 5 MA. Przekonałem się wielokrotnie, że przy takiem stopniowaniu powolnem siły prądu chorzy znoszą działanie elektrolizy bardzo dobrze, nie skarżą się na ból prawie zupełnie i cały zabieg przeprowadzić można bez jakiegokolwiek znieczulania. We wszystkich trzech przypadkach odbywało się przesuwanie elektrody ku tyłowi bardzo łatwo i lekko i to bez użycia najmniejszego wysiłku. Oliwka pogłębiała się już od pierwszej minuty coraz to bardziej ku zwężeniu i to prawie wyłącznie pod ciężarem samej elektrody tak, że ręka operującego prawie nie brała udziału w posuwaniu jej naprzód przez jakikolwiek ucisk, a ograniczała się niemal tylko do nadania jej właściwego kierunku. — Zabieg odbył się każdego razu bez krwawienia i bez odczynu następowego. — Mam zwyczaj jednak

zawsze bezpośrednio po zabiegu stosować u chorych okłady z octanu glinowego na członek i międzykrocze przez kilka godzin z rzędu, czemu zapewne mam do zawdzięczenia, że prawie nigdy nie wystąpiły po zabiegu powikłania, a przedewszystkiem nie bywało silniejszego obrzęku. Bezpośrednio po zabiegu wprowadzałem za każdym razem zupełnie łatwo Nr. 22 skali Chariera i pozostawiałem sondę przez 10 minut w cewce. U jednego z chorych, u którego zwężenie było najkrótsze, udało mi się wprowadzić od razu i bezpośrednio sondę Nr. 24.

Wszyscy trzej chorzy pozostawali w obserwacyi klinicznej tylko 3 do 5 tygodni. Przez cały ten okres czasu wprowadzano sondy co drugi dzień (Nr. 24 do 26). Jeden z chorych zgłosił się jeszcze raz po trzech miesiącach do skontrolowania, które dało wynik zupełnie zadowalniający. Od tego czasu nie miałem o żadnym z operowanych jakiejkolwiek bliższej wiadomości.

U czwartego chorego tejże grupy operowałem dwa zwężenia, umiejscowione w przedniej części cewki, z których pierwsze i zarazem dłuższe rozpoczynało się tuż po za dołkiem łódkowatym i sięgało do jednej trzeciej długości części jamistej, drugie zaś, krótkie, zajmowało krótką przestrzeń (około $^1/_2$ cm.) tuż przed opuszką. Oba zwężenia udało mi się usunąć w ciągu 8 do 10 minut na jednem posiedzeniu przy wzrastającej sile prądu od 3 do 6 MA. Oba zwężenia były drożne i pozwalały na wygodne wprowadzenie konduktora. Po przeprowadzeniu elektrody przez zwężenie drugie wystąpiło nieznaczne krwawienie i dlatego zaniechałem wprowadzenia sondy bezpośrednio po zabiegu, ale poleciłem spokój i okłady. Krwawienie ustąpiło w krótkim czasie, a nazajutrz wprowadziłem z zupełną łatwością sondę Nr. 24 Chariera.

Chory ten po przeprowadzeniu przez trzy tygodnie następczego leczenia sondami opuścił klinikę i nie pojawił się już więcej do kontroli.

Ostatni wypadek tej grupy dotyczył pacyenta ze zwężeniem miernego tylko stopnia, jeszcze zupełnie podatnem, które wedle podania chorego trwało dopiero od niespełna roku. Zakażenie rzeżączkowe nastąpiło przed ośmiu laty. Zwężenie, umiejscowione w samym końcu przedniej części cewki, okazało się drożne dla sondy Nr. 14 Ch., pozwalało zatem na leczenie systematyczne drogą powolnego rozszerzania. Wybrałem jednak i w tym przypadku drogę elektrolizy i osiągnąłem wynik bardzo korzystny. Zwężenie było krótkie i dało się na jednem posiedzeniu przy sile 4—5 MA. w czasie 5 do 7 minut rozszerzyć tak łatwo, że bezpośrednio po zabiegu wprowadziłem sondę metalową Nr. 25, a w kilka dni później Nr. 26 Ch. — Chory ten pojawił się raz tylko u mnie prywatnie po 2 miesiącach ze *status quo*, poczem go straciłem zupełnie z obserwacyi.

Ostatnia grupa chorych zasługuje na szczególniejszą uwagę dla tego, że zaliczonych do niej pacyentów, operowanych z powodu zwężeń cewki drogą elektrolizy, miałem sposobność badać wielokrotnie po dokonanej operacyi przez kilka lat z rzędu, niektórych z nich nawet aż do obecnej doby.

Chory przyjęty do kliniki w listopadzie 1899 roku, z rozpoznaniem *strictura postgonorrh partis cavernosae urethrae.* Zakażenie nastąpiło przed dziesięciu laty; pierwsze trudności w oddawaniu moczu pojawiły się już przed $1^1/_2$ rokiem. Od kilku miesięcy przypady wzmogły się do tego stopnia, że każdorazowe oddanie moczu trwa nadzwyczaj długo (szczególnie rano), odbywa się przy silnem współdziałaniu tłoczni brzusznej i wymaga często nieprawidłowego ułożenia. Mocz odchodzi bardzo cienkim, przerywanym strumieniem wśród bardzo niekiedy silnego pieczenia wzdłuż całej cewki moczowej.

Badanie wykazuje zwężenie 2 do $2^1/_2$ cm. długie, umiejscowione we środku części jamistej cewki, drożne dla zgłębnika Nr. 6 Ch. Wprowadzenie zgłębnika, opatrzonego oliwką, w celu oznaczenia różnicy światła zwężenia w różnych punktach było niemożliwem. Po badaniu wystąpiło nieznaczne krwawienie.

Zabieg elektrolityczny należał do trudniejszych. Pierwszą połowę zwężenia udało się usunąć w ciągu blizko trzech minut wśród bardzo obficie wydzielających się baniek gazu przy sile 5 MA. Starając się elektrodę posunąć jeszcze nieco dalej, napotkałem na silny opór, przyczem chory uskarżał się na bardzo silny ból. Przerwałem przeto zabieg i wycofałem na chwilę elektrodę wraz z zgłębnikiem. Ponieważ krwawienia nie zauważyłem, a ból ustał zupełnie, wprowadziłem napowrót elektrodę, chcąc ukończyć zabieg odrazu. Zdołałem ją wprowadzić tym razem już o wiele głębiej, bo przez cały odcinek poprzednio rozszerzony, nie mogłem natomiast żadną miarą przeprowadzić powtórnie zgłębnika-konduktora przez oliwkę aż po koniec zwężenia. Będąc jednak pewnym, że mam przed sobą do przezwyciężenia już tylko bardzo mały odcinek zwężonej części cewki, pokusiłem się o dokończenie reszty zabiegu bez pomocy konduktora. Przez krótki czas nie zdołałem znowu przesunąć elektrody żadną miarą dalej, aż dopiero przy użyciu siły 6—7 MA., nawlekając ostrożnie cewkę na elektrodę, po trzech minutach przesunąłem oliwkę po za ujście wewnętrzne zwężenia.

Bezpośrednio po operacyi wprowadziłem z pewną łatwością sondę metalową Nr. 24 Ch. Po wyjściu sondy zauważyłem dosyć nieznaczne krwawienie z cewki. Polecono spokój i zimne okłady na członek i międzykrocze. Wieczorem tego samego dnia zostałem wezwany do kliniki, ponieważ krwawienie z cewki wzmogło się po południu i nie ustawało, mimo wszelkich zabiegów w tym kierunku. Po bezskutecznem stosowaniu rozmaitych środków, udało się wreszcie przy pomocy gorących zlewań (irygacyi Lavaux) ograniczyć krwawienie do *minimum* tak, że w dniu następnym wydobywała się z cewki już tylko przeważnie ciecz surowicza, a w moczu, który chory oddawał wśród nieznacznych bólów, znachodzono mierną ilość skrzepów krwi. Sondowanie odbywało się bardzo rzadko, z obawy przed wywołaniem ponownego krwawienia, jednakowoż każdego razu przeprowadzano z łatwością Nr. 24 Ch. Chory opuścił klinikę po kilku tygodniach i zgłosił się ponownie w ambulatoryum po kilku miesiącach. Badanie wykazało i wówczas drożność dla sondy Nr. 24 Ch. Oddawanie moczu zupełnie prawidłowe. Chorego tego miałem w obserwacyi aż do ostatnich kilku miesięcy. Po $1^1/_2$-rocznej niebytności w Krakowie zgłosił się do kliniki i przyjętym został znowu w zimie 1902, dla utrwalenia uzyskanego wyniku leczenia. Przeprowadzono sondę od Nr. 23 do 26 Ch. Objawy niedrożności cewki nie wróciły już więcej mimo zaprzestania leczenia, a badając chorego jeszcze przed kilku miesiącami, miałem sposobność stwierdzić w kierunku pojemności cewki zupełnie prawidłowe stosunki.

Dwa przypadki, operowane elektrolitycznie w roku 1900 (w marcu i czerwcu), pozostają również w mojej obserwacyi aż do bieżącego roku. Rozpoznawano w obu razach „*strictura brevis partis pendulae praebulbaris*“. Zabieg okazał się w obu przypadkach bardzo łatwym, szło bowiem w obu przypadkach o zwężenie krótkie, pierścieniowate, dosyć podatne, chociaż zaledwie drożne dla konduktora Nr. 5. U jednego z chorych udało mi się przeprowadzić elektrodę przez zwężenie w ciągu nie dłużej jak 2 minut przy sile 3—4 MA., u drugiego, u którego zwężenie było nieco dłuższe i mniej podatne, uskuteczniłem zabieg w ciągu 5 minut przy sile 5 MA. W obu razach nie było najmniejszego krwawienia i zabieg nie sprawiał chorym prawie żadnych dolegliwości. Bezpośrednio po operacyi zdołałem wprowadzić u obu chorych o d r a z u Nr. 25 Chariera, poczem sondowanie powtarzano co drugi dzień przez kilka tygodni. Zupełny brak krwawienia w obu powyższych przypadkach, jako też i w następnie przezemnie operowanych, przypisuję przedewszystkiem umiarkowanemu użyciu siły prądu.

Wielokrotne już doświadczenie w tym kierunku pouczyło mnie, że zabieg przy stosunkowo małej sile prądu (wahającej się od 2 do 5 MA), nie sprowadza krwawienia, chociaż czas działania elektrolizy przeciąga się do bardzo wysokich granic, np. 15 minut; na odwrót zaś wywoływałem niejednokrotnie więcej lub mniej silne krwawienie po zabiegach krótkich (2 do 5 minut), jeżeli tylko użyta siła prądu przekraczała wyżej wspomniane granice.

Obydwaj chorzy pojawili się w ambulatoryum kliniki dopiero po długim okresie czasu, bo pierwszy po roku, drugi jeszcze nieco później. W obu przypadkach wynik leczenia okazał się nader korzystnym, bo drożność była po upływie tego czasu zupełnie niezmienioną.

Jeden z chorych przebył po roku świeżą rzeżączkę i przyjęty do kliniki, pozostawał w niej znowu kilka tygodni; drugi zgłaszał się do kontroli systematycznie co kilka miesięcy. U obu chorych stwierdziłem jeszcze niedawno stosunki zupełnie prawidłowe.

W roku szkolnym 1902/3 operowałem elektrolizą w dwóch przypadkach (w październiku i kwietniu) z wynikiem nadzwyczaj korzystnym, który miałem sposobność stwierdzić kilkakrotnie, a ostatni raz w styczniu roku bieżącego. W obu przypadkach zwężenia były dosyć długie i odnosiły się do samej części opuszkowej cewki. Operacya trwała w jednym przypadku niespełna ośm minut przy sile 5 MA., w drugim zaś przypadku podzielono zabieg z powodu nadmiernej wrażliwości chorego na dwa posiedzenia z międzyczasem kilkudniowym. W obu razach operowano bez żadnych powikłań, bez śladu krwawienia z wynikiem drożności cewki bezpośrednio po zabiegu do 24—25 skali Chariera. Chorzy zgłaszali się następowo ambulatoryjnie dla wprowadzania sond przez szereg tygodni. W latach następnych stwierdzono kilkakrotnie *status quo* w obu przypadkach.

Przypadek szósty dotyczy chorego z Łańcuta, którego operowałem prywatnie w roku 1902 z powodu trwającego od kilku lat zwężenia, długiego mniej więcej 3 cm., umiejscowionego tuż poza dołkiem łódkowatym. Zakażenie rzeżączkowe nastąpiło przed 16 laty z licznymi nawrotami; objawy zwężenia miały trwać już od 4—5 lat. Badanie wykazało drożność przestrzeni zwężonej na 5⁰ Char. Mocz odchodzi ze znacznemi trudnościami, szczególnie po wysilającym ruchu (chory jest kawalerzystą). Chory podaje przy badaniu, że przed tygodniem po kilkugodzinnych ćwiczeniach konnicy, w których brał udział, wystąpiło zupełne zatrzymanie moczu; dopiero w ciepłej kąpieli zdołał chory oddać mocz, częściowo kroplami, częściowo przerywanym strumieniem bardzo powoli i wśród silnych bolów.

Zabieg elektrolityczny wykonałem w kwietniu 1902. Wprowadziłem elektrodę przy sile 3 MA. do połowy zwężenia, poczem po dwugodzinnej przerwie (chory doznawał silnego zmęczenia) przeprowadziłem oliwkę po konduktorze, zwiększywszy siłę prądu do 5 MA., z łatwością po za opuszkę cewki. Czas, potrzebny do przeprowadzenia oliwki przez całe zwężenie, nie wyniósł całych dwunastu minut. Ponieważ chory był bezpośrednio po zabiegu bardzo rozdrażniony, odłożyłem wprowadzenie sondy dla kontroli do dnia następnego. Chory zgłosił się jednakowoż dopiero po upływie trzech tygodni, po przebyciu lekkiej grypy. Wtedy wprowadziłem bez żadnych trudności sondę metalową Nr. 22, a w następnym tygodniu Nr. 24 Char. Chory zgłasza się do mnie od tego czasu stale co trzy lub cztery miesiące i pozostaje do tej pory w mojej obserwacyi.

Siódmy przypadek tejże grupy dotyczył chorego z mojej kliniki, operowanego w roku 1903, z powodu dwukrotnego zwężenia cewki moczowej. Obydwa zwężenia były umiejscowione niedaleko siebie; pierwsze krótkie, drożne dla Nr. 4, zajmowało przestrzeń, odległą o 2 cm. od opuszki; drugie dłuższe z siedzibą na granicy części opuszkowej i błoniastej cewki, drożne dla zgłębnika Nr. 6 Char. Zakażenie rzeżączkowe nastąpiło przed 12 laty; objawy zwężenia cewki pojawiły się najpierw w okolicy przedopuszkowej (przed 5-ciu laty). Chory podaje bardzo dokładnie różnicę objawów, jakie odczuwał przy tworzeniu się zwężenia w miejscu pierwotnie zajętem, od tych, jakie się pojawiły już później, t. j. po utworzeniu się powtórnego zwężenia na granicy części tylnej cewki moczowej. Według podania chorego strumień moczu, który po wytworzeniu się pierwotnego zwężenia był wprawdzie cienkim i niekiedy przerywanym, ale wypływał prawidłowym łukiem i z mierną jeszcze siłą, zmienił się zupełnie w ostatnim roku; opada z cewki wprost ku dołowi, bywa często wirowato pokręconym i wielokrotnie rozszczepionym, a często wypływa tylko kroplami. Również pojawił się dopiero w ostatnim roku ból przy wytrysku nasienia; najczęściej zatrzymuje się ono w tylnej części cewki i spływa następowo do pęcherza.

Operacyę wykonałem dwuczasowo, t. j. usunąłem najpierw zwężenie bliższe ujścia zewnętrznego, a dopiero po kilku dniach zwężenie w samej opuszce. W obydwu razach zabieg trwał niespełna siedm minut, a siła prądu nie przekraczała 5—6 MA. Tym razem nie udało mi się wprawdzie bezpośrednio po drugim zabiegu wprowadzić odrazu sondy metalowej szerokiej średnicy, bo tylko zaledwie Nr. 16 Ch., lecz już po upływie 2 tygodni doprowadziłem w drodze systematycznego rozszerzania do tego stanu, że sonda Nr. 22 przechodziła przez wszystkie części cewki z zupełną łatwością. Po upływie kilku tygodni rozszerzono przejście zwężone do 26⁰ skali Chariera. Chory zgłasza się do mnie co kilka miesięcy dla kontroli, która wykazuje po dziś dzień wynik najzupełniej korzystny.

Jeżeli skromne moje doświadczenie w kierunku leczniczego działania elektrolizy w zwężeniach cewki, bo oparte tylko

na kilkunastu przypadkach własnej i sumiennej obserwacyi, mogło mnie skłonić już dzisiaj do wypowiedzenia mojego zdania o tej metodzie w niniejszej publikacyi, to podjąłem się tego zadania tylko z jednego wyłącznie względu: chciałem zwrócić uwagę kolegów-praktyków na dostatecznie podkreślone przezemnie dodatnie strony tego sposobu leczenia i na rzeczywiście nadzwyczaj korzystne wyniki, uzyskane drogą metody, która dotychczas, u nas przynajmniej, z niezupełnie zrozumiałych dla mnie powodów bardzo małe powszechnie budziła zainteresowanie; być może i dla tego, że poparta małą w stosunku do innych metod liczbą doświadczeń wogóle, nie uzyskała dotychczas należnego jej prawa obywatelstwa w piśmiennictwie chirurgicznem.

To też jeżeli praca niniejsza przyczyni się choć w małej części do tego, aby zachęcić kolegów, a przedewszystkiem chirurgów, do przeprowadzenia liczniejszych doświadczeń nad wartością leczniczą metody elektrolitycznej i to na znaczniejszym materyale, lub jeżeli wyniki, przezemnie osiągnięte, potrafią obudzić zainteresowanie lekarzy-praktyków w powyższym kierunku, będę uważał cel niniejszej publikacyi za osiągnięty.

Piśmiennictwo. 1. Althaus: Electrolysis in stricture of the urethra. (Brit. med. Journ. 1885. Okt. 3). — 2. Allen: Cases of urethral stricture, treated by electrolysis. (Bost. med. and surg. Journ. 1887. Dez. 29). — 3. Bazy: Electrolyse et rétrécissement de l'urèthre. Antisepsie des voies urinaires. (Soc. de chir. Paris 1893. Juin 28). — 4. Belfield: Impermeable stricture, tread by electrolysis. (Philad. med. and. surg. Rep. 1886). — 5. Béranger-Feraud: Note sur la canal de l'urêthre à l'aide du procédé du prof. Lefort. (Bull. gén. de thérapie. 1886. 15. II). — 6. Boisseau du Rocher: De rétrécissements de l'urèthre. Traitement par l'électrolyse. (Gaz. méd. d. Paris 1889. Nr. 45). — 7. Bordier: Traitement par l'éléctrolyse des rétrécissements en général et de ceux du canal de l'urèthre en particulier. (La presse médicale 1899. Nr. 74). — 8. Braquehaye: De la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. (Journ. de méd. de Bordeaux 1889/90. XIX. pag. 243). — 9. Borchard: The treatment of stricture of the urethra by electrolysis. (N. Y. med. Record. 1888. Jun.). — 10. Chapret: Rétrécissements de l'urèthre, électrolyse linéaire. (Gaz. d hôp. 1889. LXII. 219.). — 11. Clarke: The traitement of stricture of urethra by electrolysis. (Practitioner 1887. pag. 186). — 12 Clarke: Electrolysis in urethral stricture. (Brit. med. Journ. 1888. May 26). — 13. Clarke: Zur Behandlung der Harnhöhrenstricturen durch Electrolyse. (Semaine méd. 1889. Nr. 47). — 14. Delagenière: Über die Behandlung der Harnröhrenstricturen mittelst Electrolyse. (Journ. d. mal. d. org. gén. urin. 1890. Nov. 30). — 15. Desnos: Résultats éloignés de l'électrolyse de l'urèthre. (La presse méd. 1899. Nr. 75). — 16. Dikeman: Impermeable stricture of the urethra successfully treated by electrolysis. (N. Y. méd. Rec. 1883. Iune 23). — 17. Dittel: Die Stricturen der Harnröhre. Wien 1880. — 18. Fort: Contribution au traitement du rétrécissement de d'urèthre par l'électrolyse linéaire. (Gaz. des hôp. 1884. Nr. 54). — 19. Fort: Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse. (Gaz. d. hôp. 1888. Mai 3). — 20. Fort: Rétrécissement de l'urèthre; électrolyse linéaire. (Gaz. de hôp. 1889. Jan. 29). — 21. Fort: Über die Behandlung der Harnröhrenstricturen mittelst linearer Electrolyse. (Acad. d. méd. Paris 1889. Avril 16). — 22. Fort: Mechanismus der Wirkung der Electrolyse in der Behandlung der Harnröhrenstricturen. (Acad. d. sciences Paris 1889. Juli 22). — 23 Fort: Behandlung von Verengungen durch lineäre Electrolyse. (Verhandl. des X internat. med. Kongr. Berlin 890). — 24. Fort: L'électrolyse lineaire. (Rev. chir. d. mal. d. voies. urin. 1891. Nr. 10—12). — 25. Fort: Observations de rétrécissement de l'urèthe, traité par l'electrolyse. (Bull. de la soc. de méd. Paris 1889). — 26. Fort: Rétrecissement de l'urèthre, traité avec succès par l'électrolyse linéaire; échec de la dilatation lente et de la dilatation rapide. (Bull. de l. soc. d. méd. Paris 1889). — 27. Fort: Les rétrécissements de l'urèthre et électrolyse linéaire. (Gaz. d. hôp. 1889. LXII. 888). — 28. Fort: Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse. XIII internat. Congr. für. Med. (Sekt. f. Chirurgie der Harnorgane. Paris 1900). — 29. Fort: Die lineare Electrolyse der Urethralstricturen. (Centralblatt f. die Krankheiten der Harn u. Sex. Org. III. 25). — 30. Görl Kasuistische Mittheilungen zur elektrolyt. Behandlung von Stricturen der Harnröhre. (Centralbl. f. d. Krankheiten d. Harn u. Sex. Org. IV. S. 470). — 31. Mac Ewan: Forts Method of electrolysis in strictures of the urethre. (Journal. cut and gen. urin. dis. 1897. Sept.). — 32. d'Haenens: Die Electrolyse bei der Behandlung der Uretralstricturen. (Monatshefte für prakt Dermatologie. 1897. 9). — 33. André: Du traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire. (Annales d. mal. d. org. gen. urin. 903. Nr. 6). — 34. Moran: De la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. (Annal. d mal. d. org. gen. ur. 1903. Nr. 1). — 35. H. Minet et Averseng: Technique et indication de l'électrolyse circulaire des rétrécissements de l'urèthre. (La presse méd. 1904). — 36. Rafin: Observations cliniques sur la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement du rétrécissement de l'urèthre. (Lyon méd. 1903). — 37. Desnos: De la dilatation electrolytique de l'urèthre. (Annal. d. mal. des org. gen. urin. 1903. Nr. 18). — 38. Hanc: Zur Behandlung der Harnröhrenstricturen durch Elektrolyse. (Archiv. f. Derm. u. Syph. 1893). — 39. Hayes: Electrolysis for the treatment of urethral stricture. (Lancet 1886. p. 447). — 40. Hayes: Electrolysis for the treatment of urethral stricture. (Ann. of Surg. V. pag. 163. 1887). — 41. Howland: Treatment of stricture of the urethra by electrolysis. (Journ. of cut. and. gen. urin. dis. 1897. Sept.). — 42. Keyes: The curability of uretral stricture by electricity. (N. Y. med. Journ. 1888. 6 Okt.). — 43. Klarfeld: Elektrolytische Zerstörung einer Strictura urethrae in der Pars pendula. (Centralbl. f. d. ges. Therapie 1889. VII. S. 588). — 44. Lang: Elektrol. Behaudlung der Stricturen der Harnröhre. (Klin. Zeit- und Streitfragen. Bd. V H. 6). — 45. Lang: Die Elektrolyse in therap. Beziehung mit besonderer Berkcksichtigung der Stricturen der Harnröhre. (Wiener klin. Wochenschrift. 1897). — 46. Levaux: Recherches sur la valeur thérapeutique de l'électrolyse appliquée au traitement des rétrécissements de l'urèthre. (Bull. d. la soc. de méd. Paris 1889). — 47. Levaux: Résultats éloignés de l'électrolyse linéaire double dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre rebelles à la dilatation. (La med. mod. 1894. Nr. 92. — 48. Levaux: Weitere Resultate der doppelten linearen Electrolyse bei der Behandlung von Stricturen, welche der Dilatatation hartnäckig widerstehen. (La chir. contemp. d. organ. gen. urin. 1895. Nr. 5). — 49. Lefort: Résultats éloignés de l'électrolyse linéaire dans le traitement des réctrécissements de l'urèthre. (Rev. chir. 1895. pag. 195). — 50. Lefort: Rétrecissement multiple opéré et guéri par l'électrolyse linéaire. (Rev. chir. 1895). — 51. Monat: L'électrolyse dans les rétrécissements de l'urèthre. (Annales d. organ. gén. urin. 1889. VII—VIII). 52. Newman: Ten years experience in the treatment of stricture of the uretre by electrolysis. (N. Y. med. Rec. 1882. Aug.). — 53. Newman: Is electrolysis a failure in the treatment of uretral stricture? (N. Y. med. Rec. 1886. Sept.). — 54. Newman: Succes and failure of electrolysis in uretral strictures. (Philad. med. Times 1888/89. XIX. 185). — 55. Newman: A defence of electrolysis in uretral strictures, with documentary evidence. (Med. Rep. Philad. 1889. V. 1). — 56. Newman: Resultate der electrolyt. Behandlung der Harnröhrenstricturen im Vergleich mit anderen Methoden. (N. Y. med. Monatshefte 1897. Sept.). — 57. Newman: The treatment of uretral strictures by electrolysis. (Med. Rep. Philad. 1889. V. 337). — 58. Newman: Zwanzigjährige Erfahrung in der Behandlung der Harnröhrenstricturen mit Electrolyse. (Verhandl. d. X internationalen Kongresses. Bd. III Abtlg. 7). — 59. Pasquier: Observation de l'électrolyse linéaire pour un rétrécissement de l'urèthre. (Bull. méd. d. nord. 1889. XXVIII). — 60. Posner: Ein Fall von Harnröhrenstrictur mit dem Lefort'schen Verfahren behandelt. (Berl. med. Ges. Berl. klin. Wochenschr. 1886. Nr. 18). 61. Posner: Zur Würdigung des Fort'schen Verfahrens bei der Stricturbehandlung. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 1). — 62. Rockwell: On the value of the electrolysis method of treatment with special references subcutaneus naevi and urethral stricture. (N. J. med. Rec. 1898. April). — 63. Sanders: Use of electrolysis in urethral stricture. (New Engl. med. Gaz. 1898. Nr. 9). — 64. Spannochi: L'électrolyse linéaire dans les rétrécissements de l'urèthre. (Rev. chir. 1890. Nr. 24). — 65. Steavenson and Clarke: Treatment of stricture of the urethra by electrolysis. (Lancet 1886). — 66. Steavenson and Clarke: The treatment of stricture of the urethra by electrolysis. (Brit. med. journ. 1887). — 67. Swinford: Electrolyse

bei der Behandlung von Harnröhrenstricturen. (Med. Press. and circular 1888). — 68. Témoin: De l'électrolyse intra-urèthrale. (Gaz. méd. Paris 1898. Janoier 22). — 69. Vernay: Die circuläre Elektrolyse u. ihre klinischen Resultate bei Verengerungen der Harnröhre. (Lyon méd. 1900. Nr. 37). — 70. Verneuil: Contribution au traitement du rétrécissement de l'urèthre par l'électrolyse linéaire. (Gaz. d. hôp. 1884. Nr. 54). — 71. Debredat: Methode électrolytique dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre; modification aus olives de Newman. (Journale de médécine 1898. T. X). — 72. Cholzow: Ueber die Behandlung der Stricturen der Harnröhre mit Elektrolyse. (Allgem. medizinische Central-Zeitung 1900. Nr. 77).

III. Szczepienie ochronne krowianką.

Podał

Dr. J. Fels.

W przeciągu praktyki mojej zebrałem osobiście, jakoteż z piśmiennictwa szereg godnych uwagi wiadomości o szczepieniu ochronnem przeciwospowem, które zamierzyłem obecnie zestawić w przekonaniu, że dostarczę lekarzom praktykom pożytecznych uwag i wskazówek W podręcznikach znajdujemy tylko zbyt krótkie i pobieżne przedstawienia szczepienia; monografie zaś zawierają rozwlekłe opisy historyi, rozwoju, ustawodawstwa, dotyczących szczepienia, jakoteż walkę z przeciwnikami szczepienia; natomiast rzadko można napotkać na wyczerpujące i zarazem treściwe przedstawienie szczepienia, pouczające i pożądane przez praktyków. Tuszę sobie, że w zestawieniu mojem zawarłem wszelkie dla lekarza praktyka niezbędne wiadomości o szczepieniu.

I. Wiek dziecka. Szczepić można w każdym wieku, nawet noworodka, lecz z warunkiem, że dziecko jest zdrowe. Jednakże przed upływem szóstego lub ósmego tygodnia, a nawet przed upływem trzeciego miesiąca życia, rzadko się szczepi; zwykle czynność ta odbywa się przed ukończeniem pierwszego roku życia. W Niemczech, gdzie obowiązuje wzorowa ustawa o szczepieniu, każde dziecko musi być szczepione do końca roku kalendarzowego, następującego po roku urodzenia; poraz drugi w dwunastym roku życia, a trzeci raz szczepi się rekrutów w wojsku. Zwlekać długo z szczepieniem pierwszem niema celu, gdyż im dziecko starsze, tem silniejsze jest oddziaływanie po szczepieniu, a małe dzieci są nadto przy szczepieniu o wiele spokojniejsze. U dzieci bardzo wątłych czeka się nieco dłużej, jeśli niema obawy przed ospą, albowiem w czasie epidemii ospy szczepi się o każdej porze i w każdym wieku, nie bacząc wtedy na żadne inne okoliczności. Jeśli matka podczas porodu cierpi na ospę, należy dziecko zaszczepić zaraz po urodzeniu. Jeśli wśród rodzeństwa zdarzały się przypadki gruźliczego zapalenia opon mózgowych, należy dzieci szczepić przed ukończeniem trzeciego miesiąca życia, a w każdym razie wtedy, kiedy dziecko wygląda dobrze i kwitnąco.

II. Pora roku. Szczepić można przez cały rok, najlepiej jednak na wiosnę i w jesieni, mniej więcej od połowy kwietnia, u nas od początku maja do końca września, nieraz i do końca października. Jednakże w gorących miesiącach, lipcu i sierpniu, nie powinno się szczepić, gdyż wtedy krowianka łatwo się psuje i dzieci o wiele silniej oddziaływują. W Bawaryi n. p. nie odbywają się też z tego powodu w miesiącach lipcu i sierpniu publiczne szczepienia [1]).

III. Przeszkody w szczepieniu. Nasamprzód każda ostra choroba gorączkowa stanowi przeszkodę w szczepieniu. Krztusiec uważa się również za zwykłą przeszkodę, jednak autorowie francuscy zalecają natychmiastowe szczepienie dzieci, cierpiących na krztusiec, a jeszcze nie szczepionych, ponieważ przez szczepienie napady mają się stawać łagodniejsze, a trwanie krztuśca skrócone. Nie szczepi się dzieci w razie znacznej niedokrewności, ciężkich zołzów i gruźlicy. Pod wpływem szczepienia bowiem u dziecka gruźliczego choroba może się szybko rozwinąć; jeśli zaś zachodzi konieczność szczepienia takich dzieci, należy to czynić ostrożnie, małemi cięciami i małą ilością limfy. Przeszkodę w szczepieniu stanowią również ciężka krzywica i zmiękninie czaszki krzywicze (craniotabes), ponieważ takie dzieci już wobec nieznacznej gorączki ze szczepienia łatwo dostają drgawek; z tej samej przyczyny nie szczepi się dzieci, cierpiących na drgawki. Także podczas ząbkowania, lub jeśli dziecko cierpi na wycieńczającą biegunkę, lepiej jest zaniechać szczepienia. Nie powinno się szczepić dzieci z wypryskiem lub odparzeniem, ponieważ łatwo mogą dostać krowiankę ogólną. Jeśli zaś chcemy szczepić mimo wyprysku, należy miejsca szczepione okryć stosownym opatrunkiem, a dziecka od samego początku nie kąpać i baczną należy zwrócić uwagę na czystość, a szczególnie na to, by dziecko się nie drapało. Choć są bardzo liczne przypadki, gdzie szczepienie dzieci z wypryskiem zostaje bez szkodliwych następstw, to jednak słuszne jest twierdzenie, że szczepienie takich dzieci może pociągnąć za sobą fatalne następstwa. Pozornie wyleczone wypryski mogą z powodu szczepienia na nowo wybuchnąć. Nieznaczny, niespostrzeżony podczas szczepienia wyprysk, jak lekkie wyprzenie, może przejść w rozległą i ciężką chorobę skórną, bądź to z powodu powstałych na niej krost, bądź także bez wytworzenia się krost krowiankowych. Przyznać jednak należy, że spostrzegano także przypadki, gdzie po ustąpieniu objawów ciężkich nastąpiło wybitne polepszenie, a nawet wyleczenie wyprysku przewlekłego. Podobnie, jak w wyprysku, nie szczepi się dziecka w razie istnienia osutki kiłowej, z wyjątkiem naturalnie, jeśli dziecko jest wprost narażone na niebezpieczeństwo ospy. Chwilowe, lecz bezwzględne przeciwwskazanie stanowi panująca w rodzinie dziecka róża.

IV. Limfa, szczepianka czyli krowianka. Limfa „humanizowana“ jest ta, którą się wydobywa z dojrzewającej krosty szczepieńca. U nas wprawdzie szczepienie limfą humanizowaną nie jest jeszcze zabronione, jak w Niemczech, lecz używa się obecnie wyłącznie limfę z zwierzęcia (animalizowaną) i to najwięcej konserwy glicerynowe. Te ostatnie są o wiele trwalsze i po 4—6 tygodniach jeszcze pewniej się przyjmują, niż krowianka, wzięta wprost z krost cieląt. Szczepienie zbyt świeżą krowianką może wywołać bardzo silny odczyn. Przechowana w chłodnem i ciemnem miejscu krowianka pozostaje skuteczna przez kilka tygodni i dłużej, ochłodzona jednak poniżej 0^0 niszczy się, podobnie jak z powodu ciepłoty powyżej 50^0. Dlatego najlepiej przechować ją w miejscu o równomiernej i nizkiej ciepłocie ($6—8^0$ R.), więc w piwnicy. Mniejsze ilości można w lecie przechować w przewiewnym czystym piecu, w szafie między czystą bielizną, lub w innem czystem chłodnem miejscu.

V. Miejsce szczepienia i liczba cięć szczepiennych. Przedtem szczepiono w Niemczech na obydwu ramionach, obecnie zwykle na jednem i to przy pierwszem szczepieniu dziecka na prawem, przy powtórnem szczepieniu dzieci szkolnych i rekrutów wyłącznie na lewem ramieniu. U dziewcząt szczepi się często na zewnętrznej stronie uda lub na łydce. Jeśli istnieje gdzieś naczyniak wielkości soczewicy, można go zaszczepić z wyjątkiem, jeśli jego siedziba jest w pobliżu oka lub na głowie. W Niemczech przepisane jest przy szczepieniu 4—6 cięć, u nas powinno się robić przynajmniej trzy cięcia, chociaż Stumpf [2]) nie radzi odstąpić od przepisanej liczby 4—6 cięć nawet u dzieci wątłych i dzieci takie zostawić do roku następnego. Jednak takie pozostawienie wątłych dzieci na rok bez szczepienia jest dozwolone tylko wśród ludności, wolnej zupełnie od ospy, nie u nas w Polsce. Pojedyncze cięcia szczepienne powinny być o 2—3 ctm. od siebie oddalone.

VI. Technika szczepienia. Szczepienie powinno się wykonywać bezgnilnie. Dzieci przed szczepieniem należy

[1]) Stumpf: „Münchener med. Wochenschrift“, 1904, Nr. 49.

[2]) „Münchener medicin. Wochenschrift“. 1904, Nr. 4.

wykąpać i ubrać w czystą bieliznę. Podczas szczepień publicznych należy dzieci z brudnem ramieniem odesłać do domu; rekruci i dzieci szkolne muszą wprzód się wykąpać. Przed szczepieniem oczyszcza się tylko ramię eterem lub alkoholem; natomiast środki przeciwgnilne nie są potrzebne. Jeśli ich sobie kto życzy, można wprzód zmyć ramię słabym roczynem sublimatu lub kwasu karbolowego, lecz potem znowu watą osuszyć, inaczej skuteczność krowianki może być osłabioną.

Jako narzędzie do szczepienia zaleca się lancet irydoplatynowy, który w kilku sekundach można wyżarzyć w płomieniu lampki spirytusowej i w ten sposób odkazić. Zalecać można także niklowane lancety stalowe, które można wygotować lub szybko odkazić wodą karbolową, wyskokiem lub eterem. W wojsku używane są wielokrotnie tak zwane pióra szczepienne (*Impffedern*) tak, że każdego rekruta można szczepić świeżem piórem.

Przy szczepieniach gromadnych, limfę wydmuchuje się z odłamanej rurki szklanej zapomocą balonika, nigdy zaś ustami, na odkażone szkiełko przedmiotowe lub szkiełko zegarkowe. Nie powinno się dla wydobycia limfy zanurzać narzędzia w rurce, a używanie pędzelków do szczepienia jest zabronione. Można też wypuścić limfę wprost z odłamanej rurki włoskowatej na powstałe ranki i odrobinę w nie wcierać. Po szczepieniach pojedynczych można rurkę włoskowatą zalutować w płomieniu spirytusowym lub zalepić lakiem. Skórę na zewnętrznej stronie ramienia, a mianowicie nad dolną częścią mięśnia ramiennego napina się ręką lewą i robi się tylko powierzchowne ranki, przecinające tylko naskórek, gdyż głębokie cięcia sprawiają dziecku niepotrzebne bole, a spływająca krew mogłaby zmyć limfę. Ranki zatem nie powinny krwawić, najwyżej może się nieco krwi sączyć. Cięcia mogą być pojedyncze, podwójne lub wielokrotne, krzyżowe, linijne, proste lub krzywe, albo i skrobane. Same ukłucia wystarczą tylko przy szczepieniu limfą dziecięcą, nie zaś cielęcą. Najlepsze więc są pojedyncze, linijne cięcia długości 3—10 mm., przecinające tylko naskórek. Cięcia wielokrotne lub krzyżowe dają bardzo wielkie krosty lub tworzy się więcej niż jedna krosta, przez co i odczyn jest silniejszy. Tylko jeśli musimy ręczyć za skuteczność szczepienia w razie nieprzyjęcia się poprzednich szczepień lub wobec grożącej ospy, szczepimy zapomocą cięć wielokrotnych lub krzyżowych, zresztą wystarczają zawsze cięcia pojedyncze. Im zresztą dokładniej wcieramy krowiankę w ranki, tem pewniejszy jest skutek szczepienia.

Po szczepieniu ranki mają na powietrzu zupełnie wyschnąć; zwykle po pięciu minutach limfa jest już zaschniętą i można dziecko ubrać. Opatrunków żadnych nie potrzeba, gdyż wytworzony strup chroni rankę dostatecznie. Jeśli zaś miejsca świeżo zaszczepione zetrą się bielizną lub ręką, niema to zwykle wpływu na rozwój krosty. Nieraz dzieci lub dorośli przy powtórnem szczepieniu, albo matki szczepionych dzieci rozmyślnie ścierają krowiankę zaraz po szczepieniu, lecz mimo to krosta często się rozwija. Gdy wiemy, że dziecko pochodzi z rodziny krwawców, należy przygotować opatrunek uciskowy, by go ewentualnie założyć. Spostrzegano bowiem już ciężkie krwotoki po szczepieniu krwawców i raz u dziecka cierpiącego na białaczkę.

VII. Przebieg prawidłowy krowianki. Przebieg szczepienia od początku do chwili odpadnięcia strupa trwa 20—30 dni, czyli 3—4 tygodni. Drugiego dnia po szczepieniu widać lekkie zaczerwienienie, jako nieznaczny odczyn zadanej ranki, które trzeciego dnia zwykle znika tak, że obraz szczepionego miejsca w tym dniu robi wrażenie, jakby szczepienie się nie udało. Zdarza się, że to lekkie zaczerwienienie nie znika; w każdym razie od trzeciego lub czwartego dnia rozpoczyna się odczyn krowianki; tworzy się mały guzek, przechodzący od piątego dnia w pęcherzyk z miejscem brunatnem w środku, pochodzącem od krwi wybroczonej podczas szczepienia. Siódmego lub ósmego dnia wielokomórkowa, płaska krosta jest już zupełnie rozwinięta i podczas gdy z początku była perłowo szara, staje się coraz więcej żółtawo-szarą, a od 8—9 dnia mętnawą z powodu zropienia swej treści. Między czwartym a piątym dniem zarumienia się i brzęknie i otoczenie pęcherzyka (areola) i to coraz więcej, dochodząc, odpowiednio do stopnia odczynu, do mniejszych lub większych rozmiarów (*erythema vaccinicum*). W większych stopniach łączą się te obrzmiałe obwódki pojedynczych krost w jedno ognisko zapalne wielkości dłoni, lub zajmujące całe pole szczepienia, a nawet całe ramię, wywołując swędzenie, pieczenie i ból, a przy powierzchownem badaniu może uchodzić za różę, z którą jednak nie ma żadnej łączności. Ten rumień szczepienny jest najwybitniejszy od 7 do 9 dnia, utrzymuje się jeszcze przez 2 do do 3 dni, nieraz jednak 6—8 dni aż do ustąpienia. Około 10—12 dnia krosta zaczyna zasychać od środka i w przeciągu trzeciego tygodnia tworzy się brunatny lub czarnobrunatny gruby strup, wszelkie objawy zapalenia ustępują i w czwartym tygodniu suche strupy odpadają, pozostawiając różową, później bladnącą bliznę wielkości krosty pierwotnej. Jeśli krosta 11—12 dnia nie zasycha, świadczy to o jakiejś nieprawidłowości i wtedy zawiesza się ramię na chustce i stosuje co godzina okłady z octanu ołowiu lub glinu, rozcieńczonego do połowy wodą.

Aż do zasychania krost dzieci są zwykle niespokojne i mało śpią, albo przeciwnie są senne, nie okazując łaknienia. W pierwszych trzech dniach ciepłota tylko wyjątkowo się podnosi. Piątego dnia, rzadko jednak wcześniej, ciepłota idzie w górę i z początkiem ropienia krost wraz z silniejszym odczynem w ich sąsiedztwie zjawia się zwalniająca gorączka (38—39°), która, powoli się podnosząc, dosięga przeciętnie 8—10 dnia swego szczytu, a począwszy od 10 do 11 dnia odrazu lub powoli spada. W tych dniach dzieci są też w nocy bardzo niespokojne i nie mają łaknienia. Jednakże nawet wobec ciepłoty, dosięgającej 39°, prawidłowy przebieg szczepienia nie jest jeszcze powikłany. Liczba krost szczepiennych nie ma znacznego wpływu na siłę i przebieg gorączki. Jeśli zaś ciepłota przez kilka dni przekracza 39·5°, lub jeśli gorączka wśród ciężkich objawów ogólnych utrzymuje się ponad 12—13 dni, należy przebieg uważać za nieprawidłowy, powikłany i jak w przebiegu silnego rumienia krowiankowego zastosować okłady chłodzące. Wysoka ciepłota może u dzieci wywołać drgawki odruchowe.

Przy szczepieniu na ramieniu występuje 5—6 dnia ból w pasze, gruczoły pachowe obrzmiewają, jednak bez zaczerwienienia skóry (*lymphadenitis sympathica*). W okresie przysychania krost obrzęk gruczołów ustępuje, rzadko tylko mogą one zropieć i wtedy oczywiście trzeba je przecinać. Dzieci, które niedawno przebyły ropienie gruczołów, nabywają skłonności do zapalenia poszczepiennego gruczołów; u takich należy szczepienie odłożyć. Jak w każdem zakażeniu, tak i w czasie dojrzewania krost krowiankowych pojawia się czasem nieznaczny białkomocz, który jednak nigdy nie nabiera większych rozmiarów i znika już w czasie przysychania krost; natomiast właściwe zapalenie nerek z powodu szczepienia jest nadzwyczaj rzadkiem zdarzeniem. Rzadko też spostrzegano żółtaczkę w następstwie szczepienia; związek jej z szczepieniem pozostaje jednak niewyjaśnionym.

Dzieci małe i wątłe, oraz te, co niedawno przebyły choroby, okazują słabiej rozwinięte krosty, niż dzieci zdrowe i silne. Przy powtórnem szczepieniu (rewakcynacyi) oddziaływanie zazwyczaj jest o wiele słabsze i przebieg często znacznie krótszy. Krosta krowiankowa szybciej dojrzewa, czasem już szóstego lub siódmego dnia; niekiedy cała sprawa kończy się na wytworzeniu guzka lub małego pęcherzyka z nieznacznem zaczerwienieniem w otoczeniu. Lecz i tu nie trzeba się trwożyć, jeśli zjawia się nieco podwyższona ciepłota i większe obrzmienie, szczególnie u ludzi pracujących ramionami zaszczepionemi. U osób, u których po pierwszem szczepieniu pozostają tylko małe, nieznaczne blizny, lub wcale niema blizn, rozwijają się zwykle po powtórnem szcze-

pieniu lepsze i większe krosty, niż u tych, które okazują wyraźne, wielkie blizny. Często z wybuchem guzków zjawia się silny świąd w miejscach szczepienia. Blizny po szczepieniu powtórnem są też zwykle małe.

Pewien stopień zadrażnienia skóry jest głównym warunkiem prawidłowej jadowitości krowianki. Odczyn zależy od wielkości i liczby cięć przy szczepieniu i jest tem silniejszy, im limfa jest świeższa. Dlatego niedobrze jest szczepić krowianką zupełnie świeżą. Limfa, która leżała już 2—3 miesięcy, daje bardzo dobre skutki i łagodny odczyn. Ale limfa zbyt stara może również wywołać ciężkie oddziaływanie i jeśli jest starsza nad 4 lub 5 miesięcy, może się zdarzyć, że zjawia się najpierw bardzo mała krosta o nieznacznem oddziaływaniu i dopiero od dziesiątego lub jedenastego dnia następuje silniejszy odczyn i krosta często znika, albo powstaje kuliste obrzmienie i na jego szczycie mała krosta.

VIII. Do nieprawidłowości przebiegu należy przyspieszenie i spóźnienie rozwoju. Spóźnienia nie spostrzega się tak rzadko, a zdarzyć się może, że rozwój krost następuje dopiero po dwu tygodniach. Nieraz choroby wbieżne (*intercurrentes*) mogą opóźnić rozwój krost; nieprawidłowy zaś i przyspieszony rozwój krost w gorących miesiącach letnich nie zależy od krowianki, lecz od gorąca; już siódmego dnia bowiem krosta zaczyna zasychać. Przebieg nadzwyczaj przyspieszony tak, że już w 1—2 dni powstają małe pęcherzyki bez podniesienia się ciepłoty, tak zwana krowianeczka (*vaccinella*), lub powstanie małych guzków, tak zwana krowianka zanikowa (*vaccina atrophica*), są co do swej siły ochronnej zupełnie niepewne. Widziałem takie przypadki, raz n. p. u dziesięciomiesięcznego dziecka, u którego po szczepieniu dnia 5 maja 1904 r. powstały piątego dnia czerwone guzki z lekkiem zaczerwienieniem naokoło; guzki znikły po tygodniu, a szczepienie powtórne dnia 10 lipca 1904 wywołało trzy dobrze wykształcone krosty o prawidłowym rozwoju, powikłane tylko ogólną osutką rumieniową.

Trzecia forma nieprawidłowego przebiegu szczepienia jest ta, że bez powstania krost występują mimo to objawy gorączkowe i dziecko staje się odporne tak, że ponowne szczepienie nie przyjmuje się. Jest to przebieg krowianki bez osutki (*vaccina sine exanthemate*), jednak spostrzeżenia takie są nadzwyczaj rzadkie i dokładność ich jest jeszcze wątpliwa.

IX. Leczenie krowianki jest bardzo proste i polega na ścisłem przestrzeganiu czystości, która najpewniej zapobiega wszelkim powikłaniom. Przez cały czas rozwoju krost, więc od czwartego dnia aż do ich zasychania, dzieci nie powinny się kąpać, by zapobiedz wymoczeniu (*maceratio*) i uszkodzeniu krost. Natomiast trzeba dziecko codziennie zmywać. Ubranie przez cały czas powinno być wolne, koszula czysta, codziennie świeża, rękaw wolny i szeroki, by unikać wszelkiego tarcia. Wogóle należy miejsca zaszczepione chronić troskliwie od tarcia, drapania i zanieczyszczenia. Żywienia dziecka nie zmienia się; w czasie pogody można dziecko wysłać na przechadzkę, lecz w miesiącach gorących unikać upału słonecznego. Dzieci szkolne powinny po szczepieniu być wolne od kąpania się i gimnastykowania, a z powodu obrzmienia gruczołów pachowych powinny wogóle bardzo się szanować. Niektórzy zalecają, by u dzieci szkolnych zaszczepione ramię oznaczyć naszytym czerwonym krzyżem. Żołnierzy powinno się również w razie silniejszego odczynu uwolnić od ćwiczeń bronią.

Miejsca zaszczepienia najlepiej zostawić w zupełnym spokoju i tylko w razie świądu, w okresie zasychania krost, lub w wypadku uszkodzenia ich zaleca się zasypywanie pudrem następującego składu: *Zinci oxydati, amyli oryzae* lub *talci veneti aa p. aeq.* W razie uszkodzenia lub wczesnego pęknięcia krost i wyciekania limfy, albo w razie zbyt silnych objawów zapalenia należy przyłożyć czysty płatek, posmarowany 3% waseliną lub lanoliną borową. Także rumień krowiankowy (*erythema vaccinicum*) nie wymaga osobliwego leczenia i tylko, jeśli zapalenie jest bardzo silne, stosujemy co godzinę okłady chłodzące z octanu ołowiu lub glinu, rozcieńczonego do połowy wodą; później wystarcza posypywanie proszkiem. Jeśli dziecko okazuje skłonność do drapania krost, należy mu wiązać rączki przez kilka dni, albo włożyć lekki rękaw tekturowy na ramię, uniemożliwiający zgięcie w łokciu, lub wreszcie zastosować na zaszczepione miejsce opatrunek, lecz nie szczelny (*luftdurchgängig*). Wielu lekarzy szczepiących opatrunki zarzuca, gdyż wstrzymują one zasychanie krost i parowanie otaczającej skóry tak, że następuje namoknienie (*maceratio*) skóry pod opatrunkiem, przez co różne drobnoustroje z gruczołów łojowych i mieszków włosowych mogą wtargnąć do skóry. Opatrunki te nie poręczają wcale doskonalszego rozwoju krost; zapobiegają wprawdzie wcześniejszemu pęknięciu i rozdrapaniu ich, jednak dla wstrzymania możebnych szkodliwych skutków szczepienia są bez wszelkiego wpływu. Natomiast z powodu tych opatrunków stają się nieraz krosty bardzo wielkie i nie goją się zastrupieniem, lecz zamieniają się w głębokie wrzody. Nieraz opatrunki, przesuwając się, wywołują wyprysk w miejscu szczepienia tak, że doświadczeni lekarze uważają sprzedawane w aptekach opatrunki za bezwartościowe, a nawet szkodliwe. Zdaniem Voigta opatrunki ochronne zasługują tylko wtedy na uwzględnienie, jeżeli w rodzinie szczepionego już po dokonanem szczepieniu wybuchły choroby zaraźliwe, jak róża, błonica itp.

X. Powikłania szczepienia i ich leczenie. Osutki występujące w związku szczepieniem są względnie rzadkie. Wykwitają one po największej części wśród gorączki, albo w pierwszych dniach po szczepieniu, od 3—7 dnia, albo później między 8 a 18 dniem. Mogą to być plamy czerwone (*roseola vaccinica*), pokrzywkowe, guzki prosówkowe, pęcherze większe lub mniejsze, albo też osutki w postaci rumienia wypocinowego wielokształtnego lub guzowatego. Te ostatnie postacie widziałem przeważnie u dzieci krzywiczych i zołzowatych. Osutki po szczepieniu nie mają zazwyczaj poważnego znaczenia, ustępują szybko, stan ogólny dzieci jest ledwie zakłócony i leczenie polega na posypywaniu osutki proszkiem. Szczególnie różyczka poszczepienna znika w 2—3 dni bez łuszczenia się; nie towarzyszą jej zwykle ani gorączki, ani objawy nieżytowe. Nie tak rzadko pokrzywka przewlekła (*lichen strophulus seu urticatus*), a nawet świerzbiączka, biorą swój początek z wysypki poszczepiennej.

Zakażenia, które można przenieść z krowianką, są: róża, zakażenia ropne i posocznica, liszajec zaraźliwy i liszaj wyłysiający, ewentualnie kiła, gruźlica, trąd i gnilec.

Róża, wywołana szczepieniem, może być wczesna i późna. Róża wczesna jest rzadka, występuje już 3-go lub 4-go dnia po zaszczepieniu i pochodzi bez wątpienia z zakażenia podczas lub wkrótce po zaszczepieniu. Nieczyste narzędzia, zakażone ręce lekarza, zakażone ubranie szczepionego lub lekarza, zakażone izby, przeznaczone do szczepienia lub mieszkania szczepionego, mogą pośredniczyć w zakażeniu. Bardzo rzadko też jadowite łańcuszkowce mogą się przedostać już z krosty cielęcej lub skądinąd i równocześnie z krowianką być wszczepione. Wtedy więc wkrótce po szczepieniu powstaje róża, wychodząc z ranki szczepionej. Obecnie jednak, dzięki przeciwgnilnemu postępowaniu przy szczepieniu, zakażenia te są prawie wykluczone.

Róża późniejsza zaczyna się 6—10 dnia po zaszczepieniu i wstrzymuje nieraz zasychanie krost. Jeszcze późniejsze powstanie róży jest rzadkie, gdyż powstaje ona szczególnie po rozwinięciu krost, z powodu zakażenia miejsca zdrapanego; są to więc zakażenia następowe z powodu nieczystości i wadliwego pielęgnowania szczepieńca. Zupełnie jednak nieuzasadnionem jest branie silniejszego rumienia szczepionego za różę, jak to czynią niektórzy lekarze. Róży, nie wychodzącej z miejsca szczepienia, nie należy uznawać za różę szczepienną, mimo wręcz przeciwnego zdania niektórych lekarzy. Róża ze szczepienia może przybrać różnoro-

dne postacie (pęcherzowa, zgorzelinowa i t. d.), zupełnie jak każda inna róża; nieraz z powodu róży przychodzi do zropienia gruczołów pachowych lub do zapalenia ropówkowego, wreszcie okazuje ona często skłonność do posuwania się i może wkroczyć na pierś i dalsze części, a rozszerzyć się nawet na całe ciało i wtedy stan szczepionego staje się groźnym. Przeciętnie róża trwa 6—8 dni; róża szerząca się na dalsze części ciała, może się naturalnie ciągnąć i przez kilka tygodni. Leczenie jest to same, jak leczenie róży przyrannej; zresztą siła ochronna krowianki nie osłabia się z powodu róży, z wyjątkiem, jeśli przez różę wczesną krosta nie mogła należycie się rozwinąć; wtedy należy dziecko po kilku miesiącach lub w roku następnym na nowo szczepić. Róża późniejsza nie wpływa niekorzystnie na skuteczność szczepienia, wstrzymuje tylko nieraz zasychanie krost. W Niemczech w niektórych miejscowościach wręcza się rodzinie szczepieńca drukowane przepisy, dotyczące pielęgnowania szczepieńca, co zdaje się już wywierać wyraźny wpływ na zmniejszenie się przypadków róży późniejszej po szczepieniu.

Do zakażeń ropnych należy zaliczyć zapalenia gruczołów i naczyń chłonnych, ropnie i ropówki. Zdarzają się niestety i zakażenia posokowate śmiertelne, jednak tylko wtedy, jeśli zaszczepiono przegniłą krowiankę cielęcą, albo też jeśli przy samem szczepieniu lekkomyślnie nie przestrzegano niezbędnej czystości. Nieraz tworzą się także czyraki, a przyczyną ich, podobnie jak w innych zapaleniach, są po największej części zanieczyszczona bielizna, wązkie rękawy, zdrapanie i ścieranie krost tak, że z pękniętej lub zdrapanej krosty ropa dostaje się do gruczołów łojowych i potnych. W pojedynczych przypadkach i jad płoniczy przedostaje się przez uszkodzone krosty krowiankowe do ustroju; również już spostrzegano tężec, jako zakażenie wtórne.

Zakażenia liszajcem zaraźliwym *(impetigo contagiosa)* nie stanowią przeszkody dla przebiegu krowianki; występuje on 18-go lub 19-go dnia, tworząc naokoło miejsc zaszczepionych, na twarzy, a w mniejszym stopniu na skórze kończyn i tułowia, żółte pęcherze wielkości grochu do halerza, które dość szybko zasychając, znikają w kilku tygodniach. Jest to powikłanie wprawdzie przykre, lecz przebiega zwykle łagodnie, bez gorączki i tylko wyjątkowo przybiera ono większe rozmiary. Zdaniem wielu autorów liszajec zaraźliwy jest następstwem zakażenia gronkowcem złocistym, zawartym w limfie cielęcej. Kilkakrotnie spostrzegano gromadne schorzenia liszajcem, wywołane przez szczepienie i późniejsze przenoszenie choroby z szczepieńców na inne osoby z otoczenia. By zapobiedz szerzeniu się liszajca na całem ciele, oraz na innych osobach, zakłada się natychmiast opatrunek przeciwgnilny. Liszaj wyłysiający przeniesiono kilka razy z cieląt na dzieci szczepione; przy stosownej terapii choroba ta ustępuje po 8—14 dniach (*Rp.: Naphtholi 1 5 Sapon. kalin., Vaselin. flavi aa 15 0 M. f. ungt.).* Jednak przez udoskonalenie wyrobu krowianki w ostatnich latach, tak liszajec zaraźliwy, jak i liszaj wyłysiający, jako powikłania szczepienia, prawie zupełnie usunięto.

Kiłę tylko wtedy należy uznać za powstałą z szczepienia, jeśli miejsce zaszczepione zamieniło się w wrzód twardy. Zdarza się jednak, że u dziecka kiłowatego wybucha z powodu szczepienia kiła utajona, odrazu wśród objawów drugorzędnych bez wrzodu miejscowego tembardziej, że kiła wrodzona może nieraz do trzeciego, a rzadko nawet do szóstego miesiąca życia przebiegać bez wszelkich objawów. Trzeba zatem bardzo dokładnie rozróżnić objawy kiły wrodzonej od nabytej. Jeśli kiła została zaszczepioną, ujawnia się ona pod wpływem szczepienia dziwnym sposobem już po ośmiu dniach, a nie jak zwykle po kilku tygodniach. Lecz może się również wydarzyć, że krosta krowiankowa rozwija się prawidłowo i dopiero później kiła wybucha w tem miejscu, albo krosta wcale się nie tworzy i dopiero po okresie wylęgania zjawia się w miejscu szczepienia kiła pierwotna, po której później następują zmiany drugorzędne. By uniemożliwić zakażenie kiłą, zaprzestano szczepienia limfą humanizowaną, t. j. szczepienia z ramienia na ramię i szczepi się tylko krowianką zwierzęcą, ponieważ (jak sądzimy dotychczas) kiła u bydła nie przyjmuje się.

Zakażenia gruźlicą przy szczepieniu dotychczas jeszcze nie dowiedziono i dlatego jest ono bardzo problematyczne; lecz możliwość jego nie daje się zaprzeczyć. Jak już wspomniano wyżej, może się u dziecka gruźliczego pod wpływem szczepienia choroba szybko rozwinąć, przez co należy takie dzieci szczepić ostrożnie małemi cięciami i jak najmniejszą ilością limfy. U dzieci z usposobieniem limfatycznem wytwarza się często przez szczepienie skłonność do schorzeń gruczołów. Przenoszenie skórnych zmian zołzowych spostrzegano wielokrotnie przy szczepieniach limfą ludzką. Przenoszenie trądu przez szczepienie również jest możliwe tylko limfą ludzką i już kilkakrotnie było spostrzegane. Krowiankę krwotoczną i objawy gnilcowe w miejscach zaszczepionych również już spostrzegano i opisano. Nadzwyczaj rzadkim objawem jest t. zw. krosta z drapania (Krätzpustel): tworzy się krosta, która powoduje silne swędzenie; oddziaływanie jest bardzo silne, gruczoły w pasze obrzmiewają i często występuje róża. W przypadkach rzadkich może przyjść do kilkakrotnego tworzenia się strupa lub zamiast blizny może powstać bliznowiec (keloid). O białkomoczu i żółtaczce po szczepieniu wspomniałem już.

Częstem powikłaniem szczepienia jest zropienie i owrzodzenie krost. Wszystkie lub pojedyncze krosty mogą uledz zropieniu i powstają wtedy owrzodzenia, połączone z mniejszem lub większem obumarciem brzegów. W tych przypadkach powierzchnia krost staje się bardzo wilgotną, a same krosty zamiast zasychać zaczynają 8—10 dnia ropieć; tworzą się wrzody (*ulcus vaccinale*) leniwo się gojące. Także część skóry właściwej (*corium*) i pole między krostami mogą uledz obumarciu. Przyczyna tych spraw nie leży w krowiance, gdyż ogarniają one tylko nieznaczny odsetek szczepień, wykonanych tą samą krowianką; właściwą zaś przyczynę upatrywać należy w drapaniu krost, w zanieczyszczonej bieliźnie i ogólnej nieczystości, jakoteż w okładach niestosownymi środkami domowymi. Nieraz wrzody te stają się głębokiemi i nieczystemi, pokrywają się nalotem, lub robią się podobne są do wrzodów kiłowych z brzegami stromemi, nieco słoniowatemi. Mimo to są one zawsze przyrody dobrotliwej i rokowanie jest dobre, zwłaszcza u dzieci zdrowych i wobec przestrzegania czystości. Zresztą przy odpowiedniem zachowaniu się i pielęgnowaniu chorego, powikłanie to wogóle jest nader rzadkie. Leczenie zaś jest zupełnie proste: czystość, spokój ramienia, okłady 3% roztworem octanu glinowego, potem maść borowa, z azotanem srebrowym lub tlenkiem rtęci. W ten sposób wrzody w kilka tygodni mogą być zagojone. Raz jednak widziałem, że u dziecka krzywiczego w połączeniu z owrzodzeniem krost szczepionych powstała zgorzel policzka i dziąsła (rak wodny) i dziecko mimo paklenizowania umarło.

Osobliwą postać owrzodzenia krost krowiankowych opisuje Stumpf: Wszystkie miejsca zaszczepione pokrywają się jednym zbitym, skórzastym strupem, zatrzymującym wszelką wydzielinę. Przytem otoczenie na ramieniu obrzmiewa, zaczerwienia się, a gruczoły w pasze również obrzękają. W otoczeniu zaś miejsca zaszczepionego może powstać kilka krost ubocznych, ponieważ pod strupem nietylko się zatrzymuje wydzielina z rany, ale także jad krowiankowy, który na drodze naczyń chłonnych wywołuje w bliższem i dalszem otoczeniu świeże krosty i to nieraz w większej ilości. Leczenie polega przedewszystkiem na usunięciu strupa grubego, zatrzymującego wydzielinę z rany. Ciepłe okłady wodą lub słabym roztworem przeciwgnilnym zazwyczaj już z końcem drugiego dnia rozmiękczą i najgrubszy strup; po jego usunięciu dalszy rozwój krost w otoczeniu ustaje odrazu. Po usunięciu strupa występuje często znaczny ubytek z brzegami ostrymi i obumarłymi; pod wpływem jednak odpowiedniego leczenia wrzody te szybko pokrywają się ziarniną i zabliźniają. Krosty uboczne znikają w kilku dniach bez

pozostawienia blizn, a na wielkiej bliźnie skórnej uwydatniają się później wyraźnie blizny, odpowiadające pojedynczym cięciom przy szczepieniu. Przyczyną i tego powikłania jest niedostateczne pielęgnowanie szczepionych, uszkodzenie krost brudnymi paznogciami i t. p. Jednak przypadki te zazwyczaj gładko się goją i stan ogólny dzieci nieznacznej tylko ulega zmianie. Gorączka w miernym stopniu trwa wogóle tylko tak długo, jak długo strup zgorzelinowy się jeszcze trzyma. Tak więc znaczna część powikłań przy szczepieniu ustaje prawie zupełnie przez wyłączne używanie limfy zwierzęcej, a od innych chronią czystość, pielęgnowanie i lekkie, czyste okrycie pola zaszczepionego.

XI. Ospica krowiankowa i krowianka uogólniona (*vaccinola seu vaccinosa et vaccina generalisata*). Niespokojne dzieci, rozdrapując krosty krowiankowe, mogą przenosić palcami krowiankę na inne miejsca i wywołać w ten sposób nowe krosty na sromie, ustach lub powiekach. Takie przenoszenie krowianki zdarza się także na osoby z otoczenia szczepieńca. Nieraz lekarz, raniąc się przy szczepieniu, dostaje w tem miejscu mimo ścisłej desinfekcyi krostę krowiankową. Przenoszenie krowianki może także nastąpić w kąpieli zapomocą wody. Wogóle samozaszczepienia (*autoinoculatio*) na innych miejscach ciała umożliwiają małe, powierzchowne, często ledwie dostrzegalne ranki, zdarcia i zdrapania, a w większych rozmiarach wypryski i odparzenia. Przy istniejącem wyprysku może np. małżowina uszna lub nawet cała głowa, pokryć się zlewającemi się krostami, tworząc obraz, przypominający zlewającą się ospę (*variola confluens*); stan taki łączy się zwykle z silniejszą gorączką i zaburzeniami ogólnemi. Lecz mimo to rokowanie jest dobre i jeśli nie przystępuje przypadkowe zakażenie gnilne, to i te krosty zasychają i oddzielają się, jak na miejscu pierwotnego szczepienia. Tak więc wpływ szczepienia na wyprysk jest stanowczo niepomyślny, z drugiej strony wyprysk pogarsza rokowanie tak dla szczepionych, jak i dla tych, którzy przez stykanie się ze szczepionymi narażali się na zakażenie krowianką.

Jednak te t. zw. krosty wtórne (*Nachpocken*) mogą tylko powstać do szóstego, rzadko do ósmego dnia po szczepieniu, gdyż wtedy ustrój nie jest jeszcze uodporniony przeciw ospie. Krosty pierwotne i wtórne dojrzewają i zasychają równocześnie. Krosty wtórne dobrze się goją, a nawet przy zlewającej się krowiance (*vaccina confluens*) na miejscach wyprysku wystarczają chłodzące okłady z 25% dodatkiem octanu glinowego dla złagodzenia zapalenia. Tylko na brzegach powiek lub na spojówce krowianka stanowi powikłanie poważne, chociaż przy umiejętnem leczeniu rokowanie przy krostach na brzegach powiek jest pomyślne, o wiele gorsze zaś na rogówce. Tu leczenie polega na wczesnem przyżeganiu lapisem, potem okłady $^{1}/_{4}$‰ sublimatem, zakraplanie atropiny i opatrunek szczelny.

Najczęściej występuje ospica krowiankowa (*vaccinola*) w bezpośredniem sąsiedztwie miejsca zaszczepionego; krosty są znacznie mniejsze niż krosty pierwotne i rozwijają się też o wiele szybciej, nieraz już w 3—4 dniach, poczem znowu zasychają. Przyczynę tych krost, tworzących się w bezpośredniem sąsiedztwie ospy ochronnej, upatruje Groth [3], w przeciwieństwie do rozpowszechnionego poglądu nietylko w zakażeniu zewnętrznem przez powierzchowne zdarcia i ranki, lecz jego zdaniem powstają one przeważnie przez rozszerzenie się zarodków na drodze naczyń chłonnych.

Przez krowiankę uogólnioną (*vaccina generalisata*) w ścisłem słowa znaczeniu, rozumiemy rozpowszechniony na całem ciele wykwit osutki krowiankowej, powstały na drodze krwionośnej. Jest to zdarzenie bardzo rzadkie, niezależne od jadowitości krowianki, lecz od usposobienia szczepieńca, gdyż mogą się zdarzyć osutki krowianki uogólnionej nawet u dzieci bezskutecznie szczepionych. Zaprzeczyć jednak się nie da, że choroby skórne, a zwłaszcza wypryski przewlekłe, sprzyjają stanowczo powstaniu krowianki uogólnionej. Natomiast zwykła postać samozaszczepienia krowianką, szczególnie na miejscach zajętych wypryskiem, jest tylko ospicą krowiankową (*vaccinola*), z którą mamy o wiele częściej do czynienia, niż z krowianką uogólnioną. Krowianka uogólniona występuje też później, niż ospica krowiankowa, bo 8—9 dnia. Występują najpierw guzki, które przechodzą w pęcherzyki i zasychają równocześnie z krostami pierwotnemi. W czystych niepowikłanych przypadkach zakończenie krowianki uogólnionej prawie zawsze jest pomyślne; leczenie jest objawowe: dzieci należy trzymać w łóżku i pęcherzyki zasypywać pudrem, podobnie jak w ospie wietrznej. Jeśli zaś występuje silna gorączka i drgawki, należy przeciw nim wystąpić; szczególnie należy baczyć na to, by dzieci nie zdrapywały lub w inny sposób nie uszkodziły krost. W przypadkach powikłanych z wypryskiem rokowanie jest znacznie gorsze; opisano nawet kilka przypadków śmiertelnych.

XII. Świadectwo szczepienia, uodpornienie i szczepienie wtórne. Szóstego do ósmego dnia po szczepieniu lekarz powinien oglądnąć szczepionego i wystawić świadectwo szczepienia. Świadectwo wolne jest od stempla i ma brzmieć: N. N. rodem z..., ...lat liczący..., zamieszkały w... pod liczbą domu..., został (ponownie) szczepiony, dnia... ze skutkiem pomyślnym (bez skutku). W Niemczech wymaganem jest dla wystawienia świadectwa skutecznego pierwszego szczepienia, by przynajmniej dwie krosty szczepienne regularnie, z obwódką naokoło krosty, rozwinęły się. Jeśli zaś tylko jedna krosta się przyjęła, należy natychmiast przy oglądaniu szczepić powtórnie, albo można z tej jednej krosty rozwiniętej zebrać limfę dla natychmiastowego szczepienia w pięciu miejscach. Wtedy też można zaraz wystawić świadectwo skutecznego szczepienia bez ponownego oglądania. Jedna krosta szczepienna nie daje dostatecznego uodpornienia, innemi słowy — uodpornienie, wynikłe z jednej krosty ustaje wcześniej, niż uodpornienie sprowadzone czterema lub więcej krostami. Przy szczepieniu powtórnem wystarczają dla wystawienia świadectwa już same guzki lub pęcherzyki na tle zaczerwienionem.

Nieprzyjęcie się szczepienia zależeć może od złego wykonania zabiegu, albo od złego gatunku użytej krowianki, albo nakoniec od odporności ustroju czasowej lub trwałej. W każdym takim przypadku należy szczepienie po pewnym czasie powtórzyć. Jeśli szczepienie kilkakrotnie nie udaje się w jednym roku, należy je w roku następnym powtórzyć. Zdarza się czasem, że kilka po sobie następujących szczepień pozostaje zupełnie bez skutku i dopiero, gdy będąca przyczyną tego objawu czasowa odporność ustroju przeminie, wtedy ponowne szczepienie przyjmuje się w zupełności. Nieraz taka odporność częściowa może być wrodzona. I tak w jednej rodzinie musiałem dwoje dzieci po trzy razy szczepić, zanim skutek został osiągnięty, a matka tych dzieci była jako dziecko również trzy razy szczepiona bez najmniejszego skutku i jest do dziś dnia nieszczepioną.

U dzieci, które przebyły ospę, szczepienie zostaje zwykle bez skutku, jak również i szczepienie, wykonane już w wieku późniejszym; zauważyłem, że szczepienie rekrutów, którzy jeszcze w dzieciństwie przebyli ospę, pozostawało zwykle bez skutku.

Siła ochronna przeciw ospie zaczyna się już piątego dnia po szczepieniu, a ósmego dnia jest ona już pewną. W razie wybuchu ospy u jednego osobnika należy inne osoby w tej rodzinie koniecznie zaszczepić. Ponieważ okres wylęgania ospy trwa dłużej, przeto można się spodziewać, że jeszcze przed jego ukończeniem uda się uzyskać odporność ustroju przez szczepienie i zapobiedz wybuchowi choroby. Gdyby zaś osobnik był już w okresie wylęgania ospy, to zwykle uda się przynajmniej złagodzić jej przebieg i rozwinie się wtedy zwykle tylko ospa złagodzona, czyli ospianka (*variolois*). Szczepienie wtedy tylko nie wywiera żadnego wpływu na przebieg ospy, kiedy zapóźno zostało wykonanem w ustroju już zakażonym.

---

[3]) „Münchener medicin Wochenschrift", 1903, Nr. 3.

Uodpornienie przeciw ospie trwa przeciętnie dziesięć lat, o wiele częściej króciej, a nieraz dłużej. Przeważnie trwa ono siedm lat, u niektórych osób wrażliwość dla szczepienia lub ospy nadzwyczaj szybko wraca, już po 1—2 latach. Uodpornienie i jego trwanie zależą także od liczby przyjętych krost szczepiennych; jest ono bardzo krótkie i niedostateczne przy jednej tylko kroście, a osobniki, u których przyjęło się 2 krosty o wiele mniej są zabezpieczone przeciw ospie, niż ludzie z 4—8 krostami. Wreszcie ze spostrzeżeń w szpitalach dla chorych na ospę wynika, że śmiertelność jest mniejsza u ludzi, którzy mają więcej niż dwie blizny po szczepieniu. Bezwzględnej odporności przeciw ospie nie zaręcza nawet samo przebycie tej choroby; dlatego w każdym razie po szeregu lat pożądane jest szczepienie powtórne, by zniszczyć na nowo kiełkującą wrażliwość na ospę. Z tego powodu w szkołach szczepi się dzieci między 10—12 rokiem życia, ale i powtórne szczepienie nie chroni na całe życie od możliwości zapadania na ospę, dlatego rekrutów szczepi się po raz trzeci; inne zaś osoby dobrze jest dla pewności również zaszczepić jeszcze trzeci raz około 30 roku życia, zwłaszcza jeśli istnieje niebezpieczeństwo epidemii. Ponieważ i przebycie ospy naturalnej nie chroni na całe życie od powtórnego zarażenia się, z tego powodu i w takich przypadkach po upływie dłuższego czasu, około 20 lat od przebycia ospy, pożądane jest szczepienie ochronne. W razie wybuchu epidemii ospy wymagane jest ogólne wykonywanie rewakcynacyi (szczepienia z konieczności), łącznie ze szczepieniem od domu do domu osób nieszczepionych (Dekret kanc. nadwornej z 30/VII 1890). Od powtórnego szczepienia w szkole mogą być uwolnione osoby, które w ostatnich pięciu latach przebyły naturalną ospą lub były ze skutkiem szczepione. Zaczerwienienie dna blizn świadczy o tem, że nie minęło jeszcze pięć lat od przebycia ospy. Są jednak ludzie, u których uodpornienie, wynikłe ze szczepienia, utrzymuje się tylko bardzo krótko, z tego wynika, że w razie wybuchu ospy nie wolno zaniedbywać także innych środków zapobiegawczych, a przedewszystkiem odosobnienia chorych i odkażenia.

IV. Oceny i sprawozdania.

O świdrowcu *(trypanosoma* [1]*)* i świdrowicy *(trypanosomiasis)* na podstawie najnowszych prac.

Skreślił

E. Stahr.

Świdrowiec należy do najniżej uorganizowanych tworów zwierzęcych, do pierwotniaków (protozoa). Bruce był pierwszy, który go odkrył u zwierząt i opisał w r. 1895; od tej pory jest znany pod nazwą „Trypanosoma Brucei“. Spotyka się go też w opisach pod innemi nazwami, jak np. *trypanosoma Nagana*, *Uganda*, zależnie od miejsca jego pochodzenia, albo też *trypanosoma tse-tse*, bo choroba przez niego wywoływana nosi tę nazwę.

Jestto trzeci z rzędu pierwotniak, uznany jako chorobotwórczy. Pierwszym był pasorzyt zimnicy, wykryty w r. 1880 przez Laverana; drugim był *„pyroplasma bigeminum“*, pierwotniak, żyjący w krwinkach czerwonych wołu i przenoszony przez owada ssącego krew w tak zw. *„Texasfieber“*, opisany przez Th. Smitha.

W ślad za Brucem poszli inni badacze i wykryli świdrowce u zwierząt i u ludzi podczas choroby, nazwanej od jej przyczyny *„trypanosomiasis“*, dalej wśród śpiączki u Negrów w Afryce, wśród choroby zwanej *„spotted fever“* w północnej Ameryce, oraz wśród tak zw. *„Kala-Azar“*, podzwrotnikowej splenomegalii (Leishman [2]), Donovan, Marchand, Ledingham [3]), Manson, Low [4]), wreszcie wśród tak zw. „wschodniej dymienicy“ (Orient-Beule, Delhi-, Aleppo-, Biskra-Beule), której pasorzyta opisał Wright [5]).

Świdrowce należą do rodzaju „wiciowców“ *(flagellatae)*, zatem pierwotniaków, posiadających witkę czyli rzęskę. Są to twory na ogół wielkie najmniej 2 do 3 razy dłuższe od średnicy krwinki czerwonej, opatrzone z jednego końca wicią, a z drugiego falistą błonką. Kształtem przypominają rybę. Są tak dalece ruchliwe, że jak długo się poruszają, jest niemożliwą rzeczą zobaczyć ich obrysy. Dla uwydatnienia szczegółów ich budowy Koch [6]) radzi barwić je metodą Romanowski-Giemsa. A wtedy zobaczyć można wielkie, czerwono zabarwione jądro w pasorzycie, mniej więcej ułożone w środku, a więcej ku tyłowi żywo czerwone ziarno, które badacze uważają za ciałko biegunowe *(centrosoma)*. Od niego wychodzi czerwona linia i ciągnie się z jednej strony wzdłuż błonki, a z drugiej wchodzi do również czerwono zabarwionego ogonka. Ciało pasorzyta zresztą okazuje niebieską barwę pierwoszczy. Pasorzyt ten nie wytwarza barwika: żyje więc nie hemoglobiną, ale osoczem krwi. Mnoży się przez podział wzdłuż.

Najdokładniej dotąd spostrzegano świdrowicę (trypanosomiazę) chorobę, wywołaną świdrowcami, u mieszkańców Afryki. Występuje [7]) ona głównie w okolicach lesistych, na równinach i nad źródłami rzek. Zapadają na nią głównie tybulcy bez różnicy płci w wieku dorastania i to głównie w wilgotnej porze roku. Europejczyków też nie oszczędza. Tak n. p. Manson [8]) stwierdził świdrowce we krwi panny europejki, którą 14 sierpnia 1901 pogryzły w lewą nogę prawdopodobnie muchy „tse-tse“. W miejscu pogryzienia powstało zapalenie, w dwa tygodnie później napady powrotnej gorączki, plamisty rumień i powiększenie wątroby i śledziony. W październiku 1903 zachorowała, uległa śpiączce i umarła.

Podobnie we krwi europejczyka znaleźli świdrowce G. C. Low i F. W. Mott [9]), oraz Marchand i Ledingham [10]).

Świdrowica (trypanosomiaza) cechuje się podobnie jak zimnica tem, że może przebiegać ostro, z reguły jednak przebiega przewlekle i trwa długo, nawet latami. Podobnie jak zimnica, wywołuje gorączkę, często z przerwami, dalej niedokrwistość, wychudnienie, upadek sił, ograniczone obrzęki, przerost gruczołów i śledziony.

Dzieje się to tak długo, jak długo pasorzyty żyją we krwi; kiedy jednak dostaną się do płynu mózgowordzeniowego, wywołują śpiączkę. Jaką to się odbywa drogą, dotąd niewiadomo. Nie każdy chory, w którego krwi żyją świdrowce, musi zapaść na śpiączkę, to znaczy, nie u każdego chorego muszą się pasorzyty dostać do płynu mózgowo-rdzeniowego. Chory taki i bez śpiączki może zginąć wśród char-

[1]) „Trypanosoma“ wywodzi się od słów τρύπανον — świder i σῶμα — ciało.

[2]) W. B. Leishmann: Note ow the Nature of the Parasitic Bodies found in tropical splenomegaly. Brit. med. Jour. 6 febr. 04 wedle refer. Fol. haemat 7.04. p. 455.

[3]) F. Marchand i J. C. G. Ledingham: Ueber Infektion mit „Leishman'schen“ Körperchen etc. Zeitsch. f. Hygiene. Bd. 47. I. ref. w Fol. haemat 7.904 p. 454.

[4]) P. Manson i G. C. Low: The Leishman-Donovan Body and Tropical Splenomegaly Brit. med. Jour. 23. 1. 904. ref. ibidem.

[5]) J. H. Wright. Protozoa in a case of Tropical Ulcer Delhi Sore, Aleppo boil Journ. of med. Research. 1903. Vol. X. Nr. 3. ref. w Fol. haemat Nr. 4. 904. str. 220.

[6]) R. Koch: Ueber die Trypanosomenkrankheit. Deutsch. medizin. Woch. Nr. 47. 1904.

[7]) Kermorgant: Répartition de la maladie du sommeil dans le gouvernement général de' l'Afrique occidental française. Bullet. de l'Acad. de Méd. Nr. 63. 29. XII. 903. wedle ref w Fol. haemat. Nr. 4. 904. str. 216.

[8]) Manson: Sleeping Sickness and Trypanosomiasis in a European: Death. Brit. med. Journ. 5. XII. 903 porównaj Fol. Haemat. Nr. 4. 904.

[9]) G. C. Low i F. Mott; The examination of the tissues of sleeping sickness in a European. Brit. med. Jour. 30. IV. 04. por. Fol. haemat. I. p. 457.

[10]) T. Marchand i J. C. G. Ledingham: Zur Frage der Trypanosomeninfektion beim Menschen. Ctlblatt. f. Bakteriol. s. 35. Nr. 5.

łactwa. Stałymi objawami, poprzedzającymi śpiączkę, są: wilczy głód, niemoc płciowa, czasem ból głowy w oczodołach, świąd skóry i wysypki pęcherzycze. Potem występują napady senności coraz głębszej i dłuższej, a wreszcie głęboka śpiączka (*coma*) i śmierć.

Czy samoistne wyleczenie możliwe? niewiadomo. O ile można wierzyć mieszkańcom niektórych okolic Afryki, usunięcie zapalonych gruczołów może zupełnie wstrzymać rozwój tego cierpienia. Choroba może przyjąć czasem cechy nagminnej. Tak n. p. zabrała ona w Ugandzie, przyniesiona w r. 1896 z Kongo z wyprawą Emina paszy, w ciągu kilku lat 200.000 osób. Najwięcej znany i najdonioślejszego znaczenia jest rodzaj świdrowicy (trypanosomiazy), zwany „*tse-tse*". Zauważono go najpierw w Afryce południowej w dolinach Limpopu i Zambesi (Livingstone). Dziś można tę chorobę spotkać w całej Afryce. Świdrowiec *tse-tse* cechuje się tem, że tylny jego koniec jest tępy, a ciałko biegunowe leży blizko końca. Jest chorobotwórczym dla zwierząt domowych: konia, muła, psa, mniej dla bydła, a jeszcze mniej dla osła. Bardzo łatwo ulegają mu króliki, myszy i szczury, natomiast bardzo oporne są owce i kozy, a człowiek jest najzupełniej oporny. Pasorzyt ten żyje we krwi zwierząt dzikich Afryki i to głównie antylop i bawołów i stąd za pośrednictwem muchy, *glossina morsitans*, tak wielkiej, jak nasza domowa, dostaje się do krwi zwierząt domowych i szerzy wśród nich straszne spustoszenia. Spustoszenia te nabrały takich rozmiarów, że rząd niemiecki wysłał zeszłego roku już poraz drugi Roberta Kocha do Afryki dla tłumienia zarazy, która grozi uniemożliwieniem chowu bydła w koloniach niemieckich Afryki.

Analogicznemi postaciami są w Azyi tak zw. *surra* (Evans, 1881), a w Ameryce południowej *mal de Caderas* (Elmassian, 1901). Surra sroży się głównie w Persyi, Indyach, na wyspie Jawie, Maurycego i Filipinach. Niszczy głównie konie i wielbłądy. *Mal de Caderas* zajmuje przestrzeń od Argentyny do Amazonki i napastuje głównie konie. Oba ostatnie świdrowce przenosi mucha z rodzaju *stomoxys*.

Świdrowca ludzkiego znalazł nad Gambią we krwi człowieka, pozornie chorego na zimnicę, pierwszy Dutton w r. 1901; w r. 1903 stwierdzono go wśród śpiączki. W płynie mózgowo-rdzeniowym u chorych na śpiączkę pierwszy widział go Castellani, jednak dopiero Bruce poznał w nim przyczynę choroby. Świdrowca ludzkiego nie można odróżnić co do wejrzenia ani od *tse-tse*, ani od *surry*, ani od *mal de caderas*.

Te dotychczas wyliczone świdrowce, a więc *tse-tse*, *surra*, *mal de caderas* i ludzki trudno rozróżnić morfologicznie; żyją nietylko na jednym „gospodarzu" i okazują siłę zakażenia, wahającą się w wielkich granicach. Z tego wnioskuje Koch, że pasorzyty te żyją stosunkowo krótki czas w swoich „gospodarzach", że się do nich nie zupełnie przystosowały i nie przyjęły jeszcze stałych cech wybitnych. I te świdrowce zalicza Koch[6]) do jednej grupy.

Do grupy drugiej zalicza świdrowca Theilera i świdrowca szczurzego.

W r. 1902 opisał Theiler[11]) u bydła w Afryce południowej świdrowca, 2 do 3 razy większego od zwykłego, który jest chorobotwórczym tylko dla bydła. Bydło okazuje wśród choroby tylko niedokrewność i zwykle wraca do zdrowia. Odsetek śmiertelności wynosi 5%.

Świdrowiec szczurzy (*trypanosoma Lewisi*) jest u szczurów bardzo powszechny; 10—30%, a czasem i 90% szczurów ma go we krwi. Pasorzyt ten jest b. słabo chorobotwórczy dla szczurów i nie da się przenieść na inne zwierzę. Ma charakterystyczną postać: tylny koniec ostry, jakby dziób, a ciało biegunowe (centrosom) między średnią a tylną trzecią długości ciała. Ta druga grupa obejmuje więc świdrowce, bardzo łatwo od siebie się odróżniające, żyjące tylko na jednym „gospodarzu" (Theilerowski tylko we krwi bydła, szczurzy tylko we krwi szczura), nie dające się przenieść na inny gatunek zwierzęcia i okazujące przeciętnie bardzo małą siłę zakażenia. Zdaje się więc, że pasorzyty tej grupy oddawna żyją już na jednym „gospodarzu", że do niego najzupełniej się przystosowały i przyjęły dlatego stałe cechy, jak n. p. pasorzyt zimnicy. Badacze, zajmujący się świdrowcami, znajdowali je także u ryb, n. p. karpia[12]) i węgorza[13]); u ptaków[14]) i u żaby zielonej[15]).

Świat naukowy zajmuje się dzisiaj przedewszyskiem świdrowcami, zaliczonymi przez Kocha[16]) do pierwszej grupy, wybitnie chorobotwórczymi i niebezpiecznymi jużto dla ludzi, jużto dla bydła i zwierząt domowych. Na dowód, że świdrowce tej grupy nie przyjęły jeszcze stałych cech, przytacza Koch fakt, że już morfotycznie zachowują się różnie, zależnie od tego, do jakiego dostają się „gospodarza". Tak n. p. szczep *tse-tse* we krwi szczura, psa i bydła domowego okazuje, jak wyżej opisano, tylny koniec tępy i jest mały. Zaszczepiony koniowi dostaje tylny koniec ostry i jest wtedy dość wielki. We krwi królika i psa ma niezwykle długi ogonek, zaś we krwi świni ogonek bardzo krótki. Że jadowitość świdrowców tej grupy waha się w wielkich granicach, udowadnia Koch[16]) dwoma przykładami, odnoszącymi się do *tse-tse*, jako typu tej grupy.

Pierwszy przykład: Dwa konie, ogier i klacz, wysłane z Togo do Berlina, przechodziły przez okolicę, gdzie panuje *tse-tse*. Tu musiały uledz zakażeniu, bo ogier przybył chory do zoologicznego ogrodu w Berlinie. W krwi jego znaleziono świdrowca *tse-tse*. Gorączkował, chudł, po 4 miesiącach padł. Zwierzęta (konie, osły, psy, szczury, myszy), szczepione jego krwią wszystkie padły wśród objawów *tse-tse*. A więc pasorzyty og...ra okazywały silną jadowitość.

Natomiast klacz miała się dobrze; we krwi, mimo dokładnego i częstego badania, pasorzyta nie znaleziono. Szczury szczepiono jej krwią z wynikiem ujemnym. Dopiero wielkie ilości krwi, wstrzyknięte młodym psom do jamy otrzewnej, dały wynik dodatni. Na dowód, jak mało pasorzytów było we krwi klaczy, służy fakt, że dwa psy padły po zastrzyknięciu 20 cm.³ krwi, a zniosły bez odczynu 5 cm³. Z dziewięciu szczepionych psów wszystkie chorowały lekko i przemijająco; jeden tylko zginął po 102 dniach. U ozdrowiałych ośmiu psów nigdy później nie znaleziono w krwi świdrowców. Szczepione konie, szczury, myszy, chorowały też tylko albo bardzo lekko, albo nawet zupełnie na zdrowiu nie zapadały. Pasorzyty klaczy były więc albo bardzo słabo, albo zupełnie nie były jadowite. A przecież oba zwierzęta w jednem miejscu i czasie uległy zakażeniu. Że klacz nie okazywała innej osobniczej skłonności do *tse-tse*, jak ogier, dowodzi bez wątpienia fakt, że padła po roku zupełnego zdrowia, zakażona świdrowcami, pochodzącymi od og...ra. A więc tylko jeden jest możliwy wniosek, że te dwa szczepy świdrowców (og...ra i klaczy) różne były co do siły jadowitości.

Drugi przykład: Z Rodezyi wyjeżdża wyprawa z jednem koniem i sześciu osłami ku Zambesi, gdzie panuje ciężka zaraza *tse-tse*. Z powodu zabłąkania się w drodze dostała się wyprawa w jakąś nieznaną, a niezdrową okolicę, gdzie wszystkie zwierzęta zostały pokąsane i zakażone. Osły mimo to nie zapadły na zdrowiu, a koń się rozchorował. W krwi konia znaleziono świdrowca i zaszczepiono nią wołu i psa. Koń powoli wrócił do zdrowia i odtąd więcej nie znaleziono pasorzytów w jego krwi. Świdrowce z konia były prawie zupełnie niejadowite, chociaż uległ zakażeniu w okolicy,

---

[11]) A. Theiler: A new trypanosoma and the disease caused by it. Journ. of. comporative Pathology and Theraupetics. ref. Fol. haemat. I. p. 457.

[12]) Marianne Plehn: Trypanoplasma cyprini novi. ref. w Fol haem. I p. 221.

[13]) J. Sabrazès i L. Muratet: Trypanosome de l'anguille. Ibid. ref.

[14]) W. Hanna: Trypanosoma in Birds. ref. ibid.

[15]) Edmond et Etienne Sergent: Sur un trypanosome nouveau, parasite de la grenouille verte. ref. ibid. I. p. 458.

[16]) Koch: l. c.

gdzie panuje ciężka postać *tse-tse*. Widocznie więc obok silnych znajdowały się tam i słabe szczepy *tse-tse*.

Jak już wyżej wspomniałem, świdrowców pierwszej grupy, a więc *tse-tse*, *surra*, *mal de caderas* i ludzkiego trudno, a nawet prawie niemożliwa rozróżnić pod względem postaci (Koch); inni autorowie (Rabinowicz i Kempner[17]), nawet barwiąc, nie mogli ich odróżnić. Koch (*l. c.*) przypuszcza, że *tse-tse* i *surra* są to postacie identyczne. Temu zapatrywaniu zarzucano, że *surra* w Indyach jest dla bydła mało niebezpieczna, a *tse-tse* w Afryce dla bydła jest niebezpieczną chorobą. Zarzut ten jednak nie wytrzymuje krytyki, bo jak wyżej doświadczenia Kocha udowodniły, i w Afryce są szczepy *tse-tse* łagodne, a z drugiej strony *surra* mało niebezpieczna dla bydła w Indyach, zawleczona na wyspę Maurycego okazała się srogą dla bydła domowego. W przeciwieństwie do Kocha autorowie francuscy (Laveran i Mesnil[18]), Vallé i Carré[19]) są zdania, że *tse-tse* i *surra*, to postacie zupełnie odmienne (*constituent entités morbides distinctes*), a nawet *tse-tse* dzielą jeszcze na różne gatunki. Doświadczenia Laverana i Mesnila zdaniem Kocha nie są bez zarzutu, gdyż robione są na kozie, odpornej w wysokim stopniu na oba zakażenia.

Koch, zdając sprawę zeszłego roku ze swojej pierwszej wyprawy naukowej do Afryki południowej, przy kwestyi świdrowicy (trypanosomiazy) mówił także o szczepieniach ochronnych. Udało mu się jadowitość świdrowca wzmacniać lub osłabiać. *a*) I tak szczep świdrowca prawie nie jadowity z owej klaczy z Togo zastrzykiwał koniowi, a potem szeregowi psów i wzmocnił jadowitość tak wybitnie, że psy ginęły wreszcie po 10—15 dniach, jak przy najsilniejszych szczepach. A więc psy, szczepione wprost z klaczy z Togo, zdrowiały; jeden tylko zdechł i to po 102 dniach, ale ciężko zapadały i ginęły, kiedy je zaszczepiono tym samym szczepem, przeprowadzonym przez szereg psów. *b*) Osłabiał zaś jadowitośść w ten sposób, że szczep, który działał gwałtownie na bydło, przeprowadzał przez szczura, a potem przez psa. Potem dwa szczepione woły lekko tylko chorowały.

Zdawałoby się z tego, że jest sposób, by szczepić ochronnie bydło. Tymczasem tak nie jest, co pokazało dalsze kilkuletnie spostrzeganie. Owe dwa woły, szczepione osłabionymi po przeprowadzeniu przez szczura, a potem psa, szczepami *tse-tse*, lekko tylko chorowały, a we krwi ich nigdy pod drobnowidem pasorzytów nie wykazano. Kiedy je później szczepiono silnymi szczepami *tse-tse*, okazywały tylko przez kilka dni skąpe pasorzyty we krwi, zresztą były zupełnie zdrowe: były więc oporne na użyty, silny szczep. Zwierzęta, służące do kontroli, ciężko zapadły wszystkie. Wśród sześciu lat kilkakrotnie ponawiano to doświadczenie, zawsze z tym samym skutkiem. Dopiero kiedy po sześciu latach zaszczepiono krew jednego z tych wołów psu, dowiedziono istnienia świdrowców u wołu (podobnie zresztą było u klaczy z Togo). Ów zatem uodporniany wół miał mimo pozornego zdrowia pasorzyty we krwi. Taksamo zdaje się mają je we krwi zdrowe antylopy i bawoły, które w okolicach *tse-tse* są niegasnącem źródłem zarazy. A więc choroby *tse-tse* nie możemy jak dotąd zwalczać uodparnianiem sztucznem. Chcąc więc zwalczać *tse-tse*, należy zwrócić się albo przeciw muchom — przenosicielkom, — albo samym pasorzytom. Co do much nieafrykańskich nic pewnego Koch nie wie, bo nie zna ich sposobu życia, ani zwyczajów; natomiast co się tyczy much *glossina morsitans*, przenoszących *tse-tse*, tyle może pewnego podać, że wraz z znikaniem z pewnych okolic dzikiego zwierza, znikają i muchy i ustaje choroba. Znikają wtedy bowiem i źródło choroby i przenosicielki. Wedle Kocha sprawa dziś przedstawia się tak: nie dadzą się z sobą pogodzić na gruncie afrykańskim hodowla bydła domowego i dobry zwierzostan. Albo należy porzucić hodowlę bydła domowego, albo wytępić dzikie zwierzęta, *tertium non datur*. Co do pasorzytów samych, to możemy je niszczyć, odosobniając lub zabijając chore zwierzęta, a podejrzane dokładnie badać. Co jednak robić z ludźmi? Wprawdzie już mających śpiączkę łatwo oddzielić, ale co zrobić z pozornie zdrowymi, w których krwi są pasorzyty?

Jako środek leczniczy polecano przetwory arsenu (Laveran[20]), trypanrot (P. Ehrlich i K. Shiga[21]), malachitgrün (Wendelstadt[22]); trypanrot z arsenem kombinowany polecali angielscy badacze z *Liverpool School of tropical medicine*. Żaden jednak z dotąd polecanych środków nie okazał się pewnym. Jeszcze może najskuteczniejszym okazał się trypanrot, który wywoływał odporność u zwierząt doświadczalnych, ale nie trwała ona dłużej nad 20 do 30 dni i zwolna ginęła.

Pozornie mogłaby się wydawać, że kwestya świdrowicy nie może nas w Europie zupełnie obchodzić, boć siedzibą jej jest nie Europa, ale Afryka, Azya i Ameryka, a ponadto dlatego, że tam prawie tylko tybulców nagabuje. Tymczasem ostatnie spostrzeżenia na pewno dowiodły, że i europejczyków też nie oszczędza ta choroba. Wszak przypadek, opisany przez Marchanda i Ledinghama *(Ctblt f. Bakterienkunde*, T. 35, Nr. 5), dotyczy żołnierza niemieckiego, który brał udział w wyprawie chińskiej i umarł w Niemczech po powrocie do Kassel. W ciele jego obok gruźlicy znaleziono świdrowce. Wobec tego, że europejczycy, szczególnie Anglicy, Francuzi i Niemcy, uprawiając handel z koloniami, ciągle wyjeżdżają do innych kontytentów, a nadto wobec obecnych olbrzymich wypraw wojsk rosyjskich drogą morską do Azyi, a wojsk niemieckich do Afryki, nic łatwiejszego, jak żeby europejczycy przywieźli we krwi swej świdrowce do Europy. W sprawie przenoszenia się świdrowców z osoby na osobę obwiniają autorowie specyalne muchy; jednak nie wykluczają bewzględnie pewnie przenoszenia się wprost bez udziału much. A w takim razie, czyby i u nas nie mogła się rozgościć świdrowica, tego nikt dziś nie rozstrzygnie.

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWMĘTRZNA. Prochaska. **Badania bakteryologiczne przy ogólnych zakażeniach rzeżączkowych.** (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, T. 83, Z. 1 i 2. 1905). Przyczyną najrozmaitszych powikłań rzeżączki, którą dawniej dopatrywano w zakażeniu mieszanem lub w działaniu toksyn rzeżączkowych, jest w wielu razach sama dwoinka, którą badania bakteryologiczne ostatnich lat wykryły w najrozmaitszych i najodleglejszych narządach ustroju tak, że przedostawanie się gonokoka ze zwykłej jego siedziby, t. j. przewodu moczowopłciowego, do krwiobiegu i rozsianie się jego po całym ustroju nie ulega dziś najmniejszej wątpliwości. Oczywiście, że do stwierdzenia gonokoka we krwi lub jakimkolwiek wysięku wymaga się obok badania mikroskopowego także i założenia hodowli; autor pobiera z żyły przegubu łokciowego 10 ctm.^{3} krwi i niemal całą tę ilość zestrzykuje do kolby — obj. 200 ctm.^{3}, — wypełnionej płynem z puchliny brzusznej i bulionem w stosunku 1: 3; resztę krwi (po kilka kropli) rozdziela po płytkach i probówkach, zawierających agar lub bulion, zmieszane z płynem z puchliny brzusznej. Jako ciąg dalszy ogłoszonych przed 4 laty w „Archiv Virchowa" przypadków ogólnego zakażenia rzeżączkowego, podaje autor w pracy obecnej 6 nowych historyi chorób. Dotyczyły one chorych, u których w następstwie rzeżączki wywiązało się zapalenie wielu stawów (*polyarthritis*), bądź zapalenie wsier-

---

[17]) Lydia Rabinowitz i W. Kempner: Die Trypanosomen in der Menschen u. Thierpathologie, sowie vergleichende Trypanosomenuntersuchungen. Ctblt. für Bakt. u. Parasitenkunde. Bd. 34. 1903. Mit 1 Tafel.

[18]) A. Laveran i F. Mesnil: Trypanosomes et Trypanosomiases. Paris. 1904. 12. X. 903. wedle ref. w. Fol. haem. I. 38.

[19]) Vallée et Carré: Sur les rapports, qui existent entre le Surra et le Nagana. Ibid. 19. X. 903. wedle ref. ibid.

[20]) A. Laveran: Sur l'action de l'acide arsénieux sur le Trypanosome de la maladie du sommeil. wedle ref. Fol. haem. I. p. 459.

[21]) P. Ehrlich i Shiga: Farbentherapeutische Versuche bei Trypanosomenerkrankungen. Berl. kl. Wochenschr. Nr. 13—14.

[22]) Wendelstadt: Deutsch. med. Woch. Nr. 47. 1904.

dzia, opłucnej, bądź wreszcie ropne zapalenie opon mózgowordzeniowych. Wszędzie badanie bakteryologiczne wykazało obecność dwoinek rzeżączkowych we krwi, względnie w odpowiednich wysiękach lub nalotach, n. p. na wsierdziu. *Wilczyński.*

Prof. Eichhorst. **Zgorzel płuc i ropne zapalenie opon mózgowych.** (*Mediz. Klinik*, Nr. 26, 1905). Przypadek kazuistyczny. U chorego, który przed laty kilku zapadł na zapalenie płuc, rozwinął się typowy obraz kliniczny zgorzeli płuc w płatach górnych obu płuc. Pod wpływem leczenia stan ogólny poprawił się znacznie, siły i ciężar ciała wzrastały, gorączka ustała tak, że chorego miano już za ozdrowieńca, gdy nagle pojawił się gwałtowny ból głowy, sztywność karku, a niebawem przedstawił się zupełny obraz zapalenia opon mózgowych, zakończonego śmiercią w ciągu 6 tygodni. Sekcya stwierdziła w zupełności rozpoznanie; co do samego zapalenia opon wykazała tylko nie gruźliczą, — jak przypuszczano za życia, — ale ropną przyrodę; punktem wyjścia dla niego była oczywiście zgorzel płuc. *Wilczyński.*

Sandberg. **Przyczynek do symptomatologii przetoki żołądkowo-okrężniczej rakowej.** (*Zeitschrift f. klin. Med.*, T. 56, Z. 1, 2, 1905). U 44-letniego mężczyzny, przebywającego z powodu raka żołądka w klinice Strümpla, pojawiły się na miesiąc przed śmiercią wymioty kałowe, poprzedzane silnymi napadowymi bolami w prawem podżebrzu, które następnie powtarzały się jeszcze kilkakrotnie na przemian z kilkudniowymi okresami lienteryi; (biegunki); *per rectum* wydobywała się wówczas prawie niezmieniona treść o tych samych prawie własnościach, jak ją zgłębnik wydostawał z żołądka; pokarmy już po godzinie ukazywały się niestrawione w stolcu; treść o silnej woni kwasów tłuszczowych, oddziaływania kwaśnego, zawierała kwas mlekowy, a pod drobnowidem te same również składniki, co i sama treść żołądkowa. Rozpoznanie, postawione za życia, raka żołądka z następową przetoką żołądkowo-okrężniczą, — stwierdziła w zupełności sekcya, wykazując ścisły zrost nowotworu żołądka z okrężnicą w okolicy zagięcia śledzionowego (*flexura lienalis*) z następową między niemi przetoką, którą oczywiście przedostawać się mogła zarówno treść żołądkowa wprost do okrężnicy zstępującej, jakoteż odwrotnie: treść kałowa, wytworzona z tej części miazgi żołądkowej, jaka przez drożny odźwiernik przeszła już do jelit. *Wilczyński.*

Kottmann. **Kliniczne spostrzeżenia nad** *»digitoxinum solubile Cloetta«* (digalen). (*Zeischrift f. klin. Med.* T. 56, Z. 12, 1905). Prof. Cloetta w Zurychu oddawna robił już poszukiwania za takim przetworem naparstnicy, któryby, posiadając te same farmakologiczne własności, co liście naparstnicy, pozwalał jednak na zupełnie dokładne i pewne dawkowanie i nie wywierał żadnego ubocznego działania drażniącego. Niedawno otrzymał on t. zw. „digalen“, inaczej zwany także *digitoxinum solubile*, gdyż pod względem składu chemicznego ma on być zupełnie podobny do dotychczas używanej krystalicznej digitoksyny Schmiedeberga, od której się tylko różni większą rozpuszczalnością w wodzie i bezpostaciowością. W klinice Naunyna stosował go autor w części podskórnie, w części zaś śródżylnie. Podskórnie wstrzykiwał 2—4 razy dziennie po 0·25 i 0·3 mg. (1 ctm.^{3} = 0·3 mg.). Działanie ujawniało się zazwyczaj już po upływie 24 godzin, mianowicie następowała widoczna poprawa w tętnie, a ilość moczu znacznie się zwiększała. To szybkie działanie lecznicze, spostrzegane w 14 przypadkach ciężkich niewyrównanych wad serca, przypisać należy łatwiejszej rozpuszczalności, a co za tem idzie i szybszej wessalności digalenu, aniżeli dotychczas do podskórnych wstrzykiwań używanej digitoksyny Schmiedeberga. Z powyższych względów również i niebezpieczeństwo działania zbiorowego przy dłuższem stosowaniu digalenu jest mniejsze. Same wstrzykiwania digalenu są dla chorego mniej bolesne i nie wywołują tak znacznego nacieku i odczynu zapalnego, co digitoksyna Schmiedeberga. Wielką zaletę digalenu, — jako przetworu chemicznie czystego, — stanowi możliwość dokładnego dawkowania; nieocenione wprost usługi oddać mogą wstrzykiwania podskórne w tych przypadkach, gdzie chory przetworów naparstnicy, stosowanych *per os*, nie znosi z powodu wymiotów. Jeszcze szybsze, bo prawie natychmiastowe działanie naparstnicy wywołują śródżylne wstrzykiwania digalenu, które też z wielką korzyścią mogą i powinny być stosowane w przypadkach nagłej niedomogi serca, w dychawicy i wogóle wszędzie tam, gdzie chodzi o wprowadzenie potrzebnej naparstnicy w możliwie najprędszym czasie. Po wstrzyknięciu 1·5—3—4·5 mgr. parcie krwi w ciągu 2—5 minut już się wyraźnie zwiększało, utrzymując się na osiągniętej wysokości prawie całą dobę aż do następnego wstrzyknięcia. Wyniki, zebrane na 5 chorych klinicznych z niewyrównanemi wadami serca zachęcają bardzo do dalszych doświadczeń. Śródżylne wstrzykiwania digalenu mają być w porównaniu do podskórnych zupełnie niebolesne. *Wilczyński.*

Taranuchin. **Spostrzeżenia nad epidemią cholery w Persyi w mieście Reszt podczas lata r. 1904.** (*Russkij Wracz*, 1905, Nr. 12). Miasto Reszt leży na wielkiej drodze handlowej do Teheranu. Cholerę do tego miasta zawleczono z Teheranu. Pierwsze przypadki zostały stwierdzone w początku lipca; najwyższego natężenia dosięgła cholera w połowie sierpnia, a ustała w końcu września. Liczba zapadłych na cholerę nie została oznaczoną z powodu niekorzystnych warunków miejscowych. Zmarło na cholerę około 3000 ludzi, zatem 7,5 prc. ludności Resztu; prc. śmiertelności wśród zapadłych na cholerę, obliczony na podstawie przypadków, spostrzeganych przez lekarzy, wynosił 70 prc. We wszystkich bez wyjątku przypadkach cholera rozpoczynała się rozwolnieniem, serwatkowatemi wypróżnieniami i wymiotami; kurcze występowały prawie w $^3/_4$ wszystkich przypadków; silne kurcze znamionowały złe rokowanie; *t* zwykle obniżała się, dochodząc niekiedy do 34,5°; z innych objawów zasługują na zaznaczenie słabe, nitkowate i nader przyśpieszone (140—150) tętno, zapad, sinica, bezmocz, przyśpieszone i powierzchowne oddychanie, ogólne wychudnienie, przyciszony głos, pragnienie i uczucie niepokoju w sercu; wreszcie w stanie bądź przytomnym, bądź nieprzytomnym występował okres zamartwiczy kończący się zejściem śmiertelnem. W $^1/_5$ wszystkich przypadków okres zamartwiczy przechodził w stan durowy; *t* podnosiła się do normy lub nieco przekraczała ją; tętno stawało się napiętem, pełnem, mniej częstem; oddech głębokim i zwolnionym z wydłużonym wdechem; spojówki oczu napływały krwią; policzki czerwieniały, źrenice rozszerzały się i słabo oddziaływały na światło, wreszcie następowała śpiączka, w której chorzy zwykle marli. Stan durowy spostrzegano częściej u chorych leczonych, gdyż chorzy nieleczeni umierali w okresie zamartwiczym. We wczesnych okresach choroby stosowano duże dawki kalomelu (0,2—0,3 3—4 razy w ciągu 2 do 3 godzin); w dalszym okresie zwracano całą uwagę na podtrzymanie czynności serca. Ze środków podniecających okazały się najwięcej skutecznymi śródżylne wlewania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej (9,0 na 1000,0 wody), ogrzanego do 40°. Z 11 chorych, leczonych wlewaniami, wyzdrowiało 5, reszta umarła na 5—14 dzień; nieleczeni zaś wlewaniami chorzy ginęli zwykle na 2—3 dzień. Wysokie lewatywy metodą Cantaniego i podskórne wlewania rozczynu soli kuchennej były mniej skuteczne. Rozpoznanie choroby w początku epidemii opierało się na bakteryologicznem badaniu wypróżnień: najprostszą i najdogodniejszą metodą okazała się metoda szczepienia wypróżnień na 1 prc. rozczynie peptonu w 1 prc. rozczynie soli kuchennej i przeszczepienie po upływie 5—8 godzin kropli z powierzchni środowiska peptonowego wprost na agar. Z 8 przypadków w 3 otrzymano w ten sposób czystą hodowlę na agarze, w reszcie przypadków wyniki były dodatnie i przekonywające już po szczepieniu na rozczynie peptonowym.

Oprócz leczenia, stosowano w Reszcie i szczepienia ochronne. W tym celu używano swoistej limfy, przedstawiającej agarową hodowlę prątka cholery, spłókaną fizyologicznym rozczynem i zabitą godzinnem ogrzewaniem w *t* 55°. Limfa pochodziła z pracowni kronsztadzkiej w forcie Aleksandra I; 1,0 cm. sz. limfy odpowiadał 0,1 agarowej hodowli w probówce średnich rozmiarów. Dzieciom od 2 do 14 lat szczepiono przy pierwszem szczepieniu 0,2—1,0, przy drugiem 0,5—1,5; dorosłym mężczyznom przy pierwszem 1,5—2,0, przy drugiem 2,5—3,0, przy trzeciem 4,0, niekiedy zaś 4,5—5,0 cm. sz.; kobietom 1,0—1,5, następnie 2,0—2,5; wreszcie 3,0. Zastrzykiwano zawsze głęboko do tkanek lewej ręki u przyczepu m. naramiennego. W miejscu wstrzykiwania chorzy odczuwali bol, występowało zaczerwienienie i obrzęk, który po 2—3 dobach znikał; nieznaczny świąd po ustaniu bolu i stwardnienie ustępowały po 7 do 8 dniach. Do tych objawów przyłączały się w niektórych razach ogólne niedomaganie, łamanie w krzyżu, ból głowy, niekiedy bezsenność; zaburzeń żołądkowojelitowych nie spostrzegano wcale. Nowe szczepienia sprowadzały też same zjawiska. U kilku ciężarnych w 9 miesiącu ciąży dwukrotne szczepienie nie wywołało żadnych zaburzeń. Wszystkich szczepień wykonano 472, w tej liczbie jednorazowych 375 i wtórnych 97. Z liczby pierwszych zachorowało na cholerę 3, wszyscy wyzdrowieli, jakkolwiek 2 z nich przeżyło ciężką postać choroby; z osób zaszczepionych kilkakrotnie, nie zachorowała żadna. Znaczenie ochronne szczepień ilustruje następujący fakt: z 21 osób, stanowiących orkiestrę miejscowego gubernatora, zaszczepiono 20; osobnik, który nie był szczepiony, po 2-ch tygodniach zapadł na cholerę i umarł; natomiast wszyscy inni zostali zupełnie zdrowi, jakkolwiek tryb ich życia niczem się nie różnił.

Witold Orłowski (Ptbg.).

PEDYATRYA. Palmirski i Żebrowski. **O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłoniczej.** (*Medycyna*, Nr. 2, 3, 4, 5 — r. 1905). Praca Palmirskiego i Żebrowskiego jest dalszym ciągiem badań, ogłoszonych już

przed rokiem. Omawiając ją, należy i o poprzedniej wspomnieć (p. *Medycyna* z 1903, Nr. 46 i 47). W niej przedstawiają autorowie dotychczasowe usiłowania w celu wykrycia istoty choroby. Poczynając od doświadczeń, zmierzających do odtworzenia obrazu klinicznego płonicy u zwierząt (a niendanych), przechodzą w chronologicznym porządku liczne badania krwi i narządów wewnętrznych u chorych na płonicę, zmierzające do wykrycia drobnoustrojów swoistych. Wykazują, że już względnie dawno zwrócono szczególną uwagę na rolę paciorkowców w tej chorobie; a jakkolwiek znaczna część autorów (i w ostatnich czasach) przypisuje im rolę tylko drugorzędną, wszyscy zgadzają się, że paciorkowce są w etyologii płonicy czynnikiem dominującym. Doprowadziwszy rzecz do ostatnich czasów, zatrzymują się autorowie dłużej nad pracami Mosera i jego surowicą przeciwpłoniczą. Badania nad paciorkowcami w celu otrzymania surowicy swoistej, rozpoczęli autorowie wspólnie z Drem Kozickim i Karłowskim w roku 1898. Początkowo używali do doświadczeń kóz, później konie. Stosowali hodowle, wzmocnione przeprowadzeniem przez króliki. Po półrocznem uodparnianiu konia hodowlami ogrzewanemi w dawkach do 300 ctm.³, stosowanemi 2 × na tydzień, okazywała surowica, badana na królikach, własności lecznicze, lecz w bardzo małym stopniu. Wiadomość o wynikach badań Mosera i o jego surowicy spowodowała, że P. i Z. zwrócili rozpoczęte prace w kierunku przez niego wytkniętym. Badania bakteryologiczne krwi, mózgu i narządów wewnętrznych zmarłych, wykazywały obecność *streptococcus conglomeratus* w przeważającej liczbie przypadków. Na ten rodzaj paciorkowca zwracają autorowie — w kilku miejscach swej pracy — szczególną uwagę, wyrażając nawet przekonanie, że on okaże się najprawdopodobniej drobnoustrojem swoistym płonicy. Do uodporniania koni po myśli Mosera przystąpili w roku 1902, używając jednak — odmiennie, niż on — hodowli, zabitych poprzednio ogrzewaniem. Do doświadczeń użyto 3 koni: 1) uodpornianego wyłącznie hodowlą *streptoc. conglom.*; 2) uodporn. 5-ma szczepami paciorkowców, wydzielonych przy sekcyach dzieci, zmarłych na płonicę; 3) uodporn. wyłącznie jednym paciorkowcem (Nr. 3) z poprzednich. Konie były szczepione dwa razy na tydzień 2—3 dniowemi hodowlami ogrzewanemi, poczynając od dawki 1 ctm.³ stopniowo do 300 ctm.³ Po półrocznem uodpornieniu koni przystąpiono do upustów krwi i otrzymaną surowicę stosowano u chorych, mianowicie w około 40 przypadkach (w tem 18 szpitalnych). Prócz stwierdzenia korzystnego wpływu surowicy na przebieg choroby, podnoszą autorowie, jako ważny fakt, iż surowica tak z konia, uodpornianego paciorkowcem pod 1, jak pod 2 i 3, była leczniczą. Wnoszą stąd o jednorodności paciorkowców płoniczych, zaznaczając równocześnie ich odrębność od pochodzących z innych spraw zakaźnych. Zaznaczają w końcu swej pierwszej pracy, że nie zgadzają się ze zdaniem Mosera, jakoby przeprowadzanie paciorkowców przez króliki zmieniało w jakimkolwiek kierunku ich własności, a tem samem wpływało na otrzymywaną zapomocą nich surowicę. W pracy obecnej powtarzają wiele uwag i doświadczeń, wypowiedzianych już poprzednio. Z naciskiem zaznaczają swoją prawie pewność co do swoistości *streptoc. conglomerat.* w płonicy, poświęcając wiele miejsca opisowi jego własności morfologicznych i biologicznych.

Następuje opis własnego sposobu otrzymywania surowicy leczniczej. Konie uodporniają autorowie hodowlami *streptoc. conglomer.*, osłabionemi, względnie zabitemi w cieplocie 50—60° C. Szczepienie wykonywują 2 × na tydzień, w dawkach od 1 ctm.³, stopniowo do 300 ctm.³, poczem dawkę tę zdwajają, wreszcie potrajają (900 ctm.³). Po półrocznem uodpornianiu przystępują do upustów krwi i zebrania surowicy. Surowicę rozlewają do flaszeczek po 25 ctm.³, uważając tę ilość za jednostkę leczniczą (opierają się na doświadczeniu klinicznem). Stosowali ją i obserwowali przebieg choroby w 133 przypadkach. Wyniki lecznicze uważają autorowie za pomyślne (15% śmiertelnych, z ogólnej liczby przeważnie ciężkich); nie przedstawiają ich szczegółowo, poprzestając na ogólnych uwagach. Poprawa stanu chorych, obniżenie ciepłoty ciała, poprawa tętna, rzadziej występujące powikłania, są wyrazem dodatniego wpływu tej surowicy. Szczególnie ważnym i znamiennym ma być brak powikłań ze strony nerek; wystąpiły one zaledwie w 3% przypadków. Jak najwcześniejsze zastosowanie surowicy zwiększa — naturalnie — widoki skuteczności. Działania leczniczego nie spostrzegano w przypadkach, gdzie za życia stwierdzono obecność *streptoc. conglomer.* we krwi chorych; te przypadki kończyły się śmiercią. Zastanawiając się nad rodzajem działania surowicy w ustroju, przyjmują autorowie, zgodnie z innymi badaczami, że polega ono nietylko na zobojętnianiu jadu, wytwarzanego przez paciorkowce, lecz i na wzmożeniu fagocytozy; same zaś paciorkowce pod wpływem surowicy zmieniają w sposób dotąd nieznany własności biologiczne i stają się mniej odpornymi na działanie fagocytów. Działania bakteryobójczego, w ścisłem znaczeniu, jej nie przypisują. *A. Gettlich.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. A. Wassermann i J. Citron. **Miejscowa odporność tkanek i jej praktyczna doniosłość.** (*Deutsche medizin. Wochenschrift*, Nr. 15, 1905). Zależnie od miejsca zastrzyknięcia prątków durowych do żyły, do jamy opłucnej, lub otrzewnej, otrzymuje się w pierwszym przypadku surowicę, w drugim płyn opłucny, w końcu płyn otrzewny, który działa zabójczo na prątki durowe i zawiera znacznie większą ilość niweczników, niż w innych częściach składowych ustroju. Okazuje się z tych doświadczeń, że część ustroju, która najpierw pozostaje w styczności z materyałem zakaźnym, wytwarza w pierwszym rzędzie niweczniki. Każdy chirurg wie dobrze, że różne tkanki rozmaicie oddziaływają na zakażenie. Błona śluzowa jamy ustnej i kiszki stolcowej zachowują się bardzo odpornie na zakażenie z powodu ciągłej styczności błon śluzowych z różnymi drobnoustrojami. Lasecznik okrężnicowy nie wywołuje żadnych zmian w przewodzie pokarmowym, natomiast dostawszy się przez przebite jelito do jamy otrzewnej, wywołuje gwałtowne zapalenie. U osobnika, który przebył dur brzuszny, cholerę lub czerwonkę, mogą się utrzymywać odpowiednie bardzo jadowite drobnoustroje w przewodzie pokarmowym, a mimo to nie wywołują zaburzeń, chociaż w osoczu krwi zawarta jest bardzo mała ilość niweczników. Objaw ten tłómaczą autorowie tylko tem, że tkanki tych osobników mają większą odporność przez wytworzenie się niweczników miejscowych. *Gertler.*

Duval. **Pierwotniak płonicy.** (*Univ. of Penns med. Bull.* 1905 Nr. 9). Mallory znalazł na skórze chorych płoniczych ciałka, podobne do pierwotniaków. Autor starał się wykazać takie ciałka w krwi chorych na płonicę. Do tego celu użył w 18 przypadkach surowicy, otrzymanej zapomocą pryszczydła. W 5-ciu z nich, badanych w czasie największego nasilenia choroby, otrzymywał ciałka opisane przez Malloryego, długości 2—8 μ., wyjątkowo dochodzące do 14 μ., pełzakowate i barwiące się dobrze metodą Romanowskyego. W 3 przypadkach ciałka te dzieliły się od obwodu ku środkowi (czy nie były to pasorzyty zimnicze? [*plasmodia*] przyp. ref.). Kontrola krwi chorych na inne zakażenia i zdrowych nie wykazywała ciałek Malloryego. *Gertler.*

Heimann. **Rumień zakaźny** (Erythema infectiosum). [*Jahrb. f. Kinderkr.* III Folge Bd. X. 1904. Heft 2. p. 421]. W Solingen wystąpiła choroba ta nagminnie i autor spostrzegał 10 przypadków, w których powstawała osutka, zajmująca przeważnie twarz i kończyny, podczas gdy na tułowiu nie było śladu osutki. Osutka występowała czasem w postaci plam, podobnych do odry, czasem zaś w tej postaci na twarzy, a na kończynach występowała w postaci plam bardzo szerokich kolistych, mających w środku zabarwienie szaro-niebieskie. Choroba trwała zwykle 8 dni. Z powodu tych własności autor odróżnia tę chorobę jako samoistną od różyczki i rumienia wielopostaciowego wysiękowego. *Gertler.*

J. Brunner. **Przyczynek do hodowli beztlenowców.** (*Gazeta lekarska* Nr. 17, 1905). Po opisaniu głównych metod, dotychczas używanych do hodowania beztlenowców, jak Buchnera i Botkina, usuwania tlenu przez wodór, przez rozczyn pirogallolu, przez hodowanie beztlenowców wraz z innymi drobnoustrojami silnie pochłaniającymi tlen (*b. subtilis*), następnie przez dodanie innych chemicznych odtleniających związków, np. indolosiarczanu sodu, mrówczanu sodowego (Kitasato i Weila), siarczku amonu (Hammerla i Trenkmanna), przytacza autor sposób, używany przez siebie już od 7 lat z bardzo dobrym skutkiem. Polega on na tem, że do grubej flaszki z korkiem gumowym wprowadza rurkę kształtu litery N, nalewa pożywkę, np. bulion, wyjaławia w kociołku i flaszkę jeszcze bardzo gorącą wstawia do naczynia z wrzącym rozczynem soli kuchennej, aby para nad pożywką i w rurce się nie skropliła. Następnie wprowadza do ramienia końcowego wystającej rurki materyał szczepny zapomocą pipetki włosowatej i zatapia płomieniem koniec rurki wygiętej w kształcie litery N. Po oziębieniu całej pożywki nachyla flaszkę w ten sposób, aby bulion zetknął się z materyałem zakaźnym i później wstawia hodowlę do cieplarki. Sposób ten polega więc na niedopuszczeniu powietrza przez parę, wytworzoną nad pożywką. *Gertler.*

Hoffmann Erich. **O przyczynie i zakaźności rumienia guzowatego.** (*Deutsche med. Woch.* 1904. Nr. 51). Kliniczny obraz rumienia wskazuje na to, że nie mamy do czynienia tylko z chorobą skóry, lecz z chorobą całego ustroju, podobnie jak w innych chorobach zakaźnych. Choroba ta występuje jako 1) samoistna, spowodowana nieznanym drobnoustrojem; 2) jako objawowa przy innych chorobach zakaźnych i 3) po różnych lekach, jako objawy zatrucia. Autor na podstawie własnego i obcego spostrzegania dochodzi do następującego zapatrywania na powstawanie rumienia guzowatego: prawdopodobnie z migdałków, narządu trawiennego lub oddechowego wnikają do narządu krążenia drobnoustroje, należące

do grupy gronkowców i przez krew dostają się do stawów, rzadziej usadawiają się na zastawkach sercowych i błonach surowiczych. Najczęściej powstają ogniska zapalne w okolicach powierzchownych większych żył podudzia, mianowicie w rozluźnionych mięśniach ścian tychże w pobliżu zastawek; śródbłonek zaczyna bujać, a przestwory wypełniają się ciałkami białemi; później powstaje silny wysięk krwawy. Do zupełnego zamknięcia światła naczyń nie przychodzi. Po wessaniu się wysięku sprawa ustępuje szybko. (W ostatnim czasie miałem sposobność spostrzegać przypadek rumienia guzowatego, powstałego po zapaleniu mieszkowem gardła. Przyp. ref.).

Gertler.

Strong. **Szczepienia ochronne przeciw cholerze azyatyckiej.** (*Gouvernemant laboratory Manila* Nr. 16 1904, vide: *C. f. Bioch.* 1 Aprilheft 1905). Obszerna praca podaje przegląd o epidemii cholery, która panowała w roku zeszłym na Kubie, gdzie w samej Manili uległo tej chorobie 3,866 osób, a na całej wyspie 90,747 osób. W przeważnej liczbie przypadków choroba głównie szerzyła się zapomocą wody, w większej zaś z osoby na osobę i przez żywność. Energiczne usiłowania rządu amerykańskiego, zaprowadzenie zdrowej i dobrej wody, odosobnienie chorych i leczenie odpowiednie przyczyniły się do tego, że zaraza nie rozszerzyła się tak gwałtownie, jak za dawniejszych czasów. Następnie przytacza autor dokładny przegląd różnych metod przyrządzenia szczepionek przeciwcholerycznych, przyczem podaje, że najlepsze się okazały szczepionki, zalecone przez Kollego i Haffkina. Ostatnie mają jednak tę ujemną stronę, że wywołują silny odczyn miejscowy i ogólny, jak bole głowy, podwyższona ciepłota ciała i rozstrój ogólny. Dlatego też ludność zachowywała się bardzo opornie przeciw szczepieniom ochronnym. Strong przytacza następnie bardzo pouczający przegląd o jadach cholerycznych i wyraża zapatrywanie, że jad choleryczny zawarty jest w samych drobnoustrojach i nie wydziela się do pożywek. W końcu podaje własny sposób przyrządzenia szczepionek przeciwcholerycznych, polegający na tem, że zabite prątki choleryczne rozpuszcza w wodzie. Przez wstrzykiwanie tych roztworów zwierzętom otrzymywał surowicę przeciwprątkową, a nadto działającą skupiająco silnie na prątki cholery. Działanie przeciwjadowe było bardzo słabe. Wstrzykiwanie wspomnianej szczepionki ludziom nie wywołuje zaburzeń miejscowych, a ogólne zaburzenia są bardzo małe. Ponieważ doświadczenia ostatnie rozpoczął pod koniec zarazy, nie był w stanie ich przeprowadzić na większej liczbie chorych. Wyniki miał bardzo zachęcające. W końcu wyraża przypuszczenie, że podobnego sposobu możnaby użyć dla ochrony ustroju przed dżumą.

Gertler.

Frommer i E. Lewy. **Nowa metoda wykrycia acetonu.** (*Deutsche med. Woch.* Vereinsbeilage Nr. 15, 1905 str. 610), W celu szybkiego wykrycia acetonu w moczu użyli autorowie metody następującej: Do 10 cm³ moczu dodawali 1 grm. ługu potasowego i 8—10 kropli aldehydu salicylowego. W razie obecności acetonu tworzył się pierścień ciemnoczerwony aż do zabarwienia karmazynowego. Podczas rozpuszczania się ługu potasowego w płynie wytwarza się z początku pierścień ciemnoczerwony, później purpurowy, a w końcu czarny. Przy ogrzaniu do 70° przemiana barw występuje szybko.

Gertler.

J. Citron. **O zmianach, doświadczalnie wywołanych suprareniną.** (*Zeitschrift f. exper. Pathologie und Therapie*, 1905, Bd. I, H. 3). Autor wstrzykiwał królikom do żył usznych codziennie w ciągu wielu tygodni 3 do 4 kropel adrenaliny (*suprarenini hydrochlorici 1 : 1000*). Pierwsze dawki adrenaliny zwierzęta znosiły często źle: powstawały drgawki, porażenia, a nawet nagła śmierć, przyczem występowała w kilku przypadkach krwawa piana u nozdrzy i pyska. Gdy jedne zwierzęta tak źle znosiły wstrzykiwania do krwi adrenaliny, inne natomiast, nie wyłączając małych i miernie zbudowanych, wspomniane wstrzykiwania znosiły całkiem dobrze. Zmiany, wywołane wstrzykiwaniami adrenaliny, były następujące: tętniaki, zmiany miażdżycowe w tętnicach i przerost serca. W jednym przypadku serce było blizko dwa razy większe, niż prawidłowe. Rzeczone zmiany anatomopatologiczne były już zresztą wcześniej spostrzegane u zwierząt, którym wstrzykiwano do krwi adrenalinę, przez następujących badaczów: Josségo, Erba, Nissla, Rzętkowskiego i Fischera. Oprócz układu naczyniowego również wątroba była przedmiotem badania Citrona. Na narząd ten zwrócił Citron baczną uwagę dlatego, iż w 20 minut po wstrzyknięciu 6 kropel adrenaliny (1: 1000) występuje cukromocz, jak to wykazali Blum, Zuelzer i Metzger, Loeper i Crouzon. Istotnie, w wątrobie po wstrzykiwaniach adrenaliny dadzą się zauważyć zmiany i to dwojakiego rodzaju: zarówno pochodzące z tkanki łącznej, jak i z miąższu. Tkanka łączna zaczyna bujać; powstają zmiany w wątrobie, przypominające początkowy okres marskości tego narządu, słowem, zmiany, które już Rzętkowski spostrzegał. Później tkanka łączna rozrasta się w daleko znaczniejszym stopniu. Co się zaś tyczy miąższu wątroby, to może on pod wpływem adrenaliny ulegać zwyrodnieniu do tego stopnia, iż z prawidłowej tkanki wątrobnej pozostaje zaledwie cokolwiek na obwodzie tego narządu.

A. Wrzosek.

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Perhydrol Mercka (chemicznie czysto 30% [na wagę] O_2), którego dawniej używano tylko w chirurgii i dentystyce, znalazł w ostatnich czasach zastosowanie i w innych działach lecznictwa. I tak Scholtz (*Archiv f. Derm. u. Syphilis.* Tom 71. 7. 2—3) używa go już od 2 lat w różnych chorobach skóry i narządu moczowego, jak np. w owrzodzeniach i zgorzelinowych sprawach skóry, które pod wpływem pędzlowań czystego lub słabo rozcieńczonego (1:2—3), lub też okładów ze znacznie rozcieńczonego (1:50—100) perhydrolu szybko się oczyszczają. Pędzlowanie dozwala używać perhydrolu także w takich miejscach, w którychby żadnych okładań, ani opatrunków zastosować nie można (w jamie ustnej, w nosie, na częściach płciowych, odbycie). W rtęciczem zapaleniu ust z owrzodzeniami oddają dobre usługi płukania 2—3% roztworem perhydrolu lub pędzlowania czystym perhydrolem zmienionych brzegów dziąseł. Chcąc poprzeć działanie oczyszczające perhydrolu środkiem ściągającym, można do niego dodać 10—20% azotanu srebrowego. Do leczenia pędzlowaniami perhydrolowemi nadają się dalej zgrzelinowe wrzody miękkie; skutecznym był także ten lek w *leukoplakia oris;* natomiast w swędziku, wągrach skórnych, piegach itd. nie spełnił pokładanych w nim nadziei Z chorób narządu płciowego użył S. ze skutkiem perhydrolu w niektórych postaciach przewlekłego nieżytu pęcherza, w końcowym okresie i przewlekłych postaciach rzeżączki cewki moczowej i zapaleń jej porzeżączkowych (przemywania i wstrzykiwania roztworów (:300—1:100). Neumann (*Wiener med. Presse* 1904, 46) zastosował w leczeniu spraw ropnych ucha środkowego kombinacyę perhydrolu z nadmanganezianem potasowym, wychodząc z założenia, że przy procesie chemicznym $2\ KMnO_4 + H_2O_2 = 2\ MnO_2 + 2\ KOH + 4O$ uwalnia się bardzo dużo tlenu, działającego przeciwgnilnie. Okazało się, że przy tym procesie są także w chwili powstawania nowych związków w grze czynniki mechaniczne, wydalające zalegające w uchu i rozkładające się szczątki wydzieliny. Do jamy bębenkowej wstrzykuje się naprzód nadmanganezian a potem wlewa do przewodu usznego zewnętrznego perhydrol. Leczenie to daje lepszy wynik przy większych przedziurawieniach błony bęb., niż przy mniejszych. Saenger (*Dts. Aerzte-Ztg.* 1904, 22) używał perhydrolu w chorobach górnych dróg oddechowych. Krwotoki z nosa tamował przepłukiwaniami z 1½% roztworu, w ciężkich przypadkach tamponami z 6% roztworu (t. j. $H_2\ O_2$ 30% 10.$_0$, *aq. dest.* 40.$_0$); dopiero gdy to nie wystarczało, używał styptycyny. Również dobrze tamował perhydrol krwotoki następowe w krtani i gardle (po operacyach, przed któremi zapobiegawczo użyto adrenaliny). Dobre usługi ze względu na swe własności przeciwgnilne i ściągające oddaje perhydrol w doleczaniu po operacych np. na migdałkach. Zapalenie mieszkowe gardła usuwa często już w ciągu doby (zwilżanie 6%, lub nakrapianie 1½—3% roztworem, natomiast tutaj do płukania się nie nadaje). Pomyślnie też działa w błonicy, gdzie pomimo świetnego działania surowicy niezawsze można obejść się bez środków miejscowych. Wreszcie nadaje się perhydrol do rozpuszczania i wydalania strupów zaschłej wydzieliny w *rhinitis*, *pharyngitis i laryngitis sicca* (przestrzykiwania 2—3% roztworem) oraz w ozenie. Prof. Walther (*Mediz. Klinik* 1905, 5) zastosował perhydrol w ginekologii, a mianowicie, 1) w zapaleniach pochwy, szczególniej ropnych i posokowatych, 2) we wrzodach odleżynowych pochwy, 3) w nieżycie szyjki macicznej (także wobec nadżerek), 4) w ropnem zapaleniu cewki moczowej, 5) w zapaleniu sromu i pochwy u dzieci, 6) w nieuleczalnych zgorzelinowych rakach, 7) w *ulcus puerperale*. Działanie perhydrolu było zawsze równe działaniu najlepszych sposobów przeciwgnilnych. W. stosował 1—3% roztwory (na wagę, to znaczy roztwór 1% = 29 cz. H_2O + 1 cz. perhydrolu handlowego, 3% = 9 H_2O + 1 H_2O_2), wlewając je do szklanego wziernika lub wstrzykując strzykawką. Otoczenia miejsc zmienionych niczem chronić przy tem nie trzeba, bo lek działa tylko na miejsca chore, a zdrowych nie drażni, bólu nie sprawia i nie jest trujący. Przemywań perhydrolem W. z powodu wysokiej jego ceny nie używał, posługując się do nich zwykłym, kupnym 3% H_2O_2 1 : 5, który jednak później z powodu niepewnego składu zastąpił alzolem, jako środkiem pomocniczym obok wlewań perhydrolu przez wziernik i napojonych perhydrolem tamponów. Oprócz wymienionych już spraw byłby, zdaniem W., perhydrol wskazany także w posokowatych popołogowych sprawach macicy. — Z zakresu zastosowania

perhydrolu w chirurgii podaje wreszcie dalsze spostrzeżenia Frank (*Allg. med. Ctr. Ztg.* 1904, 47), na podstawie skutków, uzyskanych w szpitalu »Am Urban« w Berlinie w ropowicach (*phlegmone*) po ich przecięciu, posokowatych zapaleniach opłucnej, zropiałych dymienicach itp. F. zaleca używać też perhydrolu do oddzielania tamponów, które po laparotomiach przylgnęły w jamie brzusznej, zwraca zaś uwagę, że silniejsze rozczyny perhydrolu nieco szczypią, jeśli lekarz ma na rękach drobne skaleczenia itd. (wtedy można użyć rękawic gumowych), oraz po dłuższem działaniu niszczą gazę opatrunkową i bieliznę (dlatego należy opatrunek pokryć warstwą nieprzemakalną). *M.*

Csillag (*Allgemeine Wiener med. Ztg.* 1905, Nr. 20) stosował **gonosan** w trzydziestu przypadkach rzeżączki ostrej i przewlekłej części przedniej i tylnej cewki moczowej i jakkolwiek nie mógł samem podawaniem gonosanu bez miejscowego leczenia usunąć choroby, to jednak przekonał się, że w tych przypadkach przy podawaniu gonosanu przebieg rzeżączki był daleko szybszym i łagodniejszym, niż przy stosowaniu innych środków żywicznych. *Stopczański.*

Styptol (obojętne połączenie kwasu ftalowego z kotarniną) jest lekiem przeciwkrwotocznym i kojącym, pokrewnym styptycynie. Działanie obu tych leków porównywali zapomocą doświadczeń na świnkach morskich Chiappe i Ravano w klinice Bossiego w Genui (*Frauen-Arzt* 1905, Nr. 3). Okazało się, że oba leki mają równą niemal wartość i oba są mało trujące. Dawka śmiertelna dla morskich świnek wynosi między 3,1—3,6 cgr. styptolu, a 3,8—4,0 cgr. styptycyny. Wobec tego, że dawka śmiertelna dla zwierząt jest stosunkowo bardzo wysoką, można zdaniem autorów używać i u ludzi bez obawy zatrucia dawek znacznie większych, niż dotąd polecano i dochodzić najmniej do 15—25 cntgr. na dzień, osiągając przez to lepszy skutek. Autorowie podawali chorym (*metrorrhagiae, menorrhagiae* i t. p.), bez szkody do 30 ctgr. (6 kołaczyków) dziennie. Działanie przeciwkrwotoczne styptolu było równie dobre, jak styptycyny; żaden z tych leków nie wywołał skurczów macicy u zwierząt ciężarnych, można je więc stosować i w ciąży; wyższość styptolu polega głównie na jego taniości. Kaufmann (*Deutsch. med.-Ztg.* 1905, 19) używał styptolu w krwotokach z narządu moczowego miejscowo, przyczem stwierdził, że lek ten, w 2% rozczynie wstrzyknięty do cewki, prawie nie wywołuje dolegliwości, gdy przeciwnie 2% styptycyna sprawia często silne pieczenie, dłużej trwające. K. przytacza 16 przypadków krwotoków w toku zapalenia wiewiórowego cewki, i pęcherza, przerostu stercza i gruźlicy pęcherza, w których styptol, podany wewnętrznie (w kołaczykach po 0,05, dziennie 4—6 kołaczyków), doskonale działał i ani razu nie zawiódł. Miejscowo stosował K. styptol prawie w 100 przypadkach, bądźto przykładając na broczące miejsce przez endoskop watę, zanurzoną w 2% rozczynie, bądź rozczyn ten wstrzykując lub wkraplając do cewki. *Kn.*

Xeroform zaleca Currier (*St. Louis med. Rev.* 1905, 11, III) zamiast jodoformu, jako zasypkę na (szyte) rany operacyjne, przeciw wypryskom sączącym i t. d., oraz na rozpadłe raki, w których lek ten działa doskonale odwaniająco i wysuszająco. Xeroform przewyższa jodoform bezwonnością, nieszkodliwością i taniością. *H.*

Theocin-Natrium acet. podawał Meyer (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* 1905, T. 82) w dawce 0,3 3—4 razy dnia kilku chorym na moczówkę prostą (*diabetes insipidus*). Ilość moczu przytem już nie wzrastała, natomiast wzrastało jego zgęszczenie: mianowicie wydzielało się znacznie więcej chlorku sodu. W dniu, następującym po podaniu teocyny, zmniejszała się zarówno ilość wydzielonego moczu, jak i zawartych w nim chlorków. Próby, przeprowadzone w przypadkach ogólnej puchliny, dowiodły, że zapomocą teocyny można uwolnić ustrój od nadmiaru chlorków i że lek ten prócz działania moczopędnego wywiera swoisty wpływ na nerki, zwiększając wydzielanie soli. Po podawaniu teocyny (zawsze po jedzeniu!) nie zauważył M. nigdy poważniejszych skutków ubocznych, opisywanych przez innych autorów; aby ich uniknąć, należy ściśle indywidualizować; tak n. p. u chorych na nerki, zwłaszcza dotkniętych mocznicą, podawał M. teocynę tylko krótki czas i w małych dawkach (dwa razy dnia po 0,3). *B.*

Kollargolem leczyli 4 przypadki posocznicy Ribadeau i Bailleul (*Journ. des Prat.* 1905, 15), wstrzykując do żył 5 ctm. sześc. 2% rozczynu. W jednym przypadku punktem wyjścia była ropowica ręki, a z krwi wyhodowano paciorkowce. Kollargol obniżył ciepłotę z 39,2 na 38°; leczenie chirurgiczne wywarło dalszy skutek. W trzech innych przypadkach źródłem posocznicy gronkowcowej było zapalenie szpiku kostnego. Wstrzyknięcie kolargolu obniżało w nich ciepłotę z 40·4 na 38°, z 40 na 38 i 37°. Wszyscy 3 chorzy wyzdrowieli, jeden z nich bez operacyi. Ponieważ u małych dzieci wstrzykiwania do żył są trudne, przeto Rocaz (*Gaz. des hop. de Toul.* 1905, 35) używa u nich wcierań 7% maści kolargolowej w skórę pachy, obmytą mydłem i wyskokiem. Dobre wyniki uzyskał w błonicy, płonicy, grypie, a zwłaszcza w zapaleniu płuc odrowem. Podobnież wcierań maści kolargolowej używał Engel (*Oesterr. Aerzte-Ztg.* 1905, 5) w 2 przypadkach zakażeń połogowych, które wyleczyły się po 7 i 4 dniach wcierań codziennych. O działaniu kolargolu w ropnych zapaleniach rogówki pisze prof. Laporsonne (*Presse med.* 1905, 36). Według niego przewyższa kolargol inne przetwory srebra (n. p. azotan) tem, że nie tworzy złogów w tkankach i nie sprawia bolu przy stosowaniu; usuwa on szybko bole i światłowstręt; *hypopyon* wnet się zmniejsza. L. wkrapla 2—3 razy dnia, a nawet co 2—3 godz. 2 krople 5% rozczynu, nie usuwając jednak innych zabiegów (otwarcie komórki przedniej i t. d.). L. leczy temi wkraplaniami także rany i wrzody rogówki, przy których Vaucleroy (*Rec. d'Opth.* 1905, 2) osiągnął dobre skutki już wcieraniami maści Credego w okolicę oczodołu. *H.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 10 czerwca 1905 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 55.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Odczytano dziękczynne pismo Polskiego Tow. balneologicznego za udzielenie sali domu Tow. lek. na Zjazd balneologiczny.

III. Odczytano pismo Dyrekcyi uzdrowiska w Połądze, a broszury, jakie ta Dyrekcya ma przysłać Towarzystwu, polecono doręczyć księgarni Krzyżanowskiego z poleceniem rozesłania ich z „Przeglądem lekarskiem" członkom Tow.

IV. Przyjęto rezygnacyę kol. Wrzoska z urzędu bibliotekarza Tow. i wyrażono mu podziękowanie.

V. Wybrano jednogłośnie na bibliotekarza Towarz. kol. Jana Landaua.

VI. Kol. prof. Rosner wygłasza zapowiedziany odczyt: „O bolach międzymiesiączkowych" (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: kol. Cercha: Przypadki bolu międzymiesiączkowego zdarzają się, zdaniem mojem, częściej, niżby to można wnosić ze statystyki dotychczas zebranej. Wiele z nich uchodzi niepostrzeżenie z powodu tego, że spotrzeganie chorych, leczonych zazwyczaj ambulatoryjnie, nie jest dokładne, a objawy tego cierpienia, bierzemy za objawy, towarzyszące zazwyczaj zmianom zapalnym macicy lub jej przydatków. Mam w pamięci trzy bardzo wybitne przypadki tego cierpienia. Przyp. I.: Chora, licząca lat około 25. Nie rodziła i nie roniła. Obok znacznych bolów, towarzyszących każdej miesiączce, 14 dni przed miesiączką znaczne bole w dolnej części brzucha z odpływem surowiczym z cz. rodnych. Bole trwają 3—4 dni. Badanie wykazuje powiększenie macicy, obok tego małego włókniaka śródściennego w ścianie przedniej powyżej ujścia wewnętrznego. Macica przedstawia w tym przypadku niewątpliwie obraz zmian, opisany przez Richellota. Przyp. II. Chora lat około 35. Raz rodziła. Typowe napady bolu 14 dni przed miesiączką. Odpływ surowiczy z domieszką śluzu. Badanie przed napadem wykonane przez 3 po sobie następujące miesiące, wykazuje po lewej stronie obrzęk trąbki elastyczny, napięty, który po napadzie znacznie się zmniejsza. Bole trwają jednak z mniejszem nasileniem aż do miesiączki. (*Hydrops tubae profluens*). Przyp. III. Chora liczy lat 43. Raz rodziła przed 19 laty. Miesiączka niebolesna; 14 dni przed miesiączką typowy napad bolów z odpływem surowiczokrwawym. Macica miernie powiększona. Części dodatkowe prawidłowe. Dwa pierwsze przypadki spostrzegane i leczone w Krynicy. Leczenie miejscowe prawie bez skutku. Poprawę należy przypisać leczeniu ogólnemu. Przypadek trzeci leczony i spostrzegany w Krakowie. Leczenie objawowe wśród napadu zmniejsza nasilenie napadu. Leczenie uciskowe Auvarda, wspomniane przez prelegenta, jest bardzo zachęcające, a wobec tego, że bole mają cechę bolu nerwowego, kto wie, czy może nie najskuteczniejsze. (*Sprawozdanie własne*).

Kol. Wojciechowski ma od $2^1/_2$ lat w leczeniu przypadek wybitnych bolów międzymiesiączkowych, dotyczący mężatki przeszło 30 letniej, która w krótkim odstępie czasu rodziła 2 razy. Od ostatniego

porodu przed 5 laty skarżyła się na upławy, bole miesiączkowe i nietypowe z początku bole dołem, które wkrótce przybrały charakter bolów międzymiesiączkowych, występujących na 14 dni przed miesiączką, trwających 7 dni. Przez dwa pierwsze dni bole bywały tak silne, że nierzadko chora mdlała, przez następnych zaś 5 dni już znacznie słabsze. Bole miesiączkowe, trwające około 5 dni, są o tyle łagodniejsze, że je chora zupełnie lekceważy. Badanie wykazuje macicę w nachyleniu ku przodowi, twardą, lecz dość smukłą; na przedniej ścianie trzonu blizko dna włókniaczek podsurowiczy wielkości orzecha laskowego, wyraźne przewlekłe obustronne zmiany zapalne w trąbkach i jajniki w zrostach. Kol. W. stosował pierwotnie środki wsysające, jednak prawie bez skutku; po paru miesiącach przeszedł do kolumnizacyi Auvarda przez 6 tygodni bez zbyt wybitnego doraźnego efektu — poczem powrócił do innych, ciągle zmienianych środków wsysających, obok dążenia do poprawy stanu ogólnego. Bole powoli się zmniejszały, a po $1\frac{1}{2}$ rocznem leczeniu tak mało dawały się chorej we znaki, że przez rok blizko nie zgłaszała się. Przed paru tygodniami pojawiła się chora znowu z powodu wystąpienia tak silnego bolu międzymiesiączkowego, że zemdlała. Kol. W stwierdził teraz wybitne zaostrzenie się zmian w przydatkach. Przypadek ten mógłby może rzucić pewne światło na niejasną etyologię tego cierpienia, — gdyż nasuwa się tu mimowoli myśl o związku przyczynowym pomiędzy bolami międzymiesiączkowymi, a zmianami zapalnemi w przydatkach. (*Sprawozdanie własne*).

VII. Kol. prym. Borzęcki wygłasza rzecz: „Kiedy możemy osobnikowi, który przebył kiłę, pozwolić na zawarcie związków małżeńskich“. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos koll.: prof. Rosner, Wojciechowski, Gertler, Merz, Wachholz, Frączkiewicz, Blassberg, Piotrowski, Hirsch Dawid i prelegent.

Pisarski, sekretarz doroczny.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie w dniu 4 Maja 1905 r.

Przewodniczący prof. dr. Edward Korczyński.

Członków obecnych 10.

1. Uchwalono wystosować do świeżo założonego „Polskiego Towarzystwa balneologicznego“ w Krakowie pismo i wyrazić w niem radość z powodu zawiązania się Towarzystwa, które zajmować się ma zdrojowiskami i uzdrowiskami krajowemi, gdyż zakłady te wymagają koniecznie gorliwego zaopiekowania się w celu podniesienia ich rozwoju.

Równocześnie uchwalono przesłać pierwszemu Zjazdowi balneologicznemu, zorganizowanemu żmudnemi staraniami Komitetu Towarzystwa balneologicznego, życzenia, by jego prace wyszły na pożytek zdrojowiskom krajowym.

2. Na wniosek Doc. dr. Lembergera uchwalono przypomnieć tą drogą P. T. aptekarzom, że według rozporządzenia minist. z dnia 16 kwietnia 1904 Nr. 40 dz. u. p. punkt 6 aptekarze mogą tylko wtedy wprowadzać w obrót handlowy zewnętrzny specyfiki przez siebie wyrabiane, jeżeli uzyskają na wyrób i sprzedaż tego specyfiku pozwolenie c. k. Ministerstwa spraw wewn., po poprzedniem zbadaniu przez biuro chemiczne c. k. państwowej Rady zdrowia. Zdarzyło się bowiem, że jeden z PP. aptekarzy otrzymał za pośrednictwem Komisyi przemysłowo-lekarskiej polecenie specyfiku, którego sprzedaż następnie przez Ministeryum spraw wewnętrznych wzbronioną została.

Przy tej sposobności uchwalono zwrócić uwagę PP. aptekarzy, ażeby zamiast rozmaitych środków o nieustalonym składzie chemicznym, będących po największej części tylko naśladownictwem rozmaitych leków złożonych, kupowanych przez publiczność bez przepisu lekarskiego, zajęli się fabrycznem wyrabianiem takich leków, których skład chemiczny jest dokładnie znany, a tylko nazwa opatrzona jest marką ochronną, a które zazwyczaj po bardzo wysokich cenach sprowadzane bywają z zagranicy. Nazwę ochronioną można w wielu przypadkach zastąpić odpowiednim składem chemicznym.

3. Wobec oceny „Jodonalu“, złożonej na piśmie do akt Komisyi przez prof. Reissa i dr. Lembergera, uchwalono zawiadomić wytwórcę dr Zawadzkiego w Sosnowicy, że przetwór ten może być przedstawiony Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu do uznania i polecenia, jeżeli się wytwórcy uda odjąć „Jodonalowi“ niemiłą woń, jaką wydaje.

4. Wobec sprawozdania ustnego, złożonego Komisyi przez dr. Śliwińskiego, który wspólnie z doc. Lembergerem zwiedzał pracownię wyrobów szklanych Hildebranda, uchwalono donieść Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu o otwarciu w Krakowie tejże nowej pracowni i zwrócić uwagę Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, aby skłoniło p. Hildebranda do przedstawienia swoich wyrobów na jednem z posiedzeń Towarzystwa.

5. Doc. Lemberger złożył do akt Komisyi pismo, oceniające wyroby firmy Manduk w Warszawie. Wszystkie przez fabrykę nadesłane przetwory, a mianowicie: *bismuthum subnitricum (dermatol), tanninum hexamethylentetraminum (tannopin), bismuthum tribromophenylicum (xeroform), tanninum biaceticum (tannigen), bismuthum jodgallicum (airol), methylenum ditannicum (tannoform), tanninum albuminatum (tannalbin), antipyrinum et coffeinum citricum* — okazały się jako identyczne z napisami i zupełnie czyste, a jako takie odpowiadają w zupełności wszelkim wymaganiom. Wobec tego uchwalono przedstawić te przetwory Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu do polecenia. Doc. Lemberger podjął się referatu tego na najbliższem posiedzeniu Tow. lek. krak.

6. Na podstawie referatu dr. Śliwińskiego i dr. Biera uznano, że plany na budowę nowej fabryki opatrunków i wyrobów farmaceutycznych, przedstawione przez M. L. Dobrowolskiego w Podgórzu, po uskutecznieniu małych zmian są zupełnie odpowiednie pod taką fabrykę i jeżeli p. M. L Dobrowolski zastosuje się do dalszych wskazówek przy wyrobie swoich produktów, to mogą one po ponownem zbadaniu być Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu przedstawione do uznania i polecenia.

7. Uznano potrzebę zakładania zimowych uzdrowisk dla osób niedokrewnych, neurasteników i ozdrowieńców po cięższych chorobach, a w szczególności uchwalono popierać tego rodzaju zakład, istniejący już od kilku lat w Krynicy pod kierunkiem dr. Kmietowicza.

8. Uchwalono świeżo wydany spis przetworów i wyrobów, poleconych przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, rozesłać dziennikom zawodowym i Towarzystwom lekarskim, a między innemi Towarzystwu lekarskiemu lubelskiemu, z którem Komisya przemysłowo-lekarska pozostaje w stosunkach, zmierzających do poparcia przemysłu krajowego na polu lecznictwa.

9. Mączkę dla dzieci p. Gurgula w Jarosławiu oddano do referatu dr. doc. Lembergerowi.

10. Co do piernika przeciwczerwiowego, wyrabianego przez jednego z producentów, uchwalono odpisać mu, że tego rodzaju wyroby nie nadają się do polecenia.

11. Dziękując „Lidze pomocy przemysłowej“ za dotychczasowe zajęcie się przemysłem lekarskim krajowym, uchwalono zwrócić jej uwagę na przemysł farmaceutyczny w Królestwie polskiem.

12. Sprawę mułu swoszowickiego, jak niemniej sprawę ocenienia wartości wody „Ursus“, uchwalono odstąpić Polskiemu Towarzystwu balneologicznemu w Krakowie.

13. Uchwalono zwrócić uwagę pp. Edelmana, Kwicińskiego i Matuli, że wyroby ich mogą być wzięte do oceny, jeżeli producenci ci postarają się poprzednio o pozwolenie Ministerstwa spraw wewn. na wyrób i sprzedaż tychże.

14. Rezygnacę prof. Bujwida z godności członka Komisyi przemysłowo-lekarskiej, jak niemniej rezygnacyą prof. dr. E. Korczyńskiego z godności przewodniczącego, odłożono do następnego posiedzenia.

Dr. Michał Śliwiński, sekretarz Komisyi.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 19—XII 1904 roku (1—I 1905).

Posiedzenie poświęcone uczczeniu 35-letniego jubileuszu społeczno-lekarskiej działalności prezesa Koła, dr. med. M. Strawińskiego.

Przewodniczy wice-prezes prof. dr. St. Zaleski; za nieobecnego sekretarza, dr. W. Orłowskiego, pełni obowiązki dr. Rudzki.

I. Przewodniczący, otwierając posiedzenie, przedstawia dzieje zawiązania Koła, a witając jubilata, podnosi jego wielkie zasługi.

II. Dr. Noiszewski wygłasza rzecz pod tytułem: „Wstęp do nauki o czuciu“. Po wyrazach „Jest który jest“ najwięcej wzruszyły umysł ludzki wyrazy „myślę, więc jestem“. Pomimo to, wzór Kartezyusza jest wadliwy, mianowicie pierwsza część tego wzoru: „myślę“, bo nie myśl, lecz czucie jest największym dowodem istnienia. Odkąd dowiedzione zostały bezwiedne czynności mózgowe (cerebracya), twierdzenie Kartezyusza nie da się utrzymać; natomiast twierdzenie to staje się pewnikiem, jeśli zamiast wyrazu „myślę“ podstawimy wyraz „czuję“, czucie bowiem jest nietylko największym, ale i jedynym dowodem istnienia. Przyjęciu czucia za punkt wyjścia przeszkodziło Kartezyuszowi błędne pojmowanie czucia: nie mógł on pozbyć się pospolitych po dzień dzisiejszy wyobrażeń o czuciu fizycznem; pod tym względem musimy przyznać słuszność Kondyllakowi, że „wszystkie czucia są duchowe, bo tylko dusza właściwie czuje“. Trzy są rodzaje czucia: odczucie, uczucie i poczucie. Odczucie jest czuciem wrażeń odprzedmiotowych, dostarczanych nam przez narządy zmysłowe wzroku, słuchu, smaku, powonienia i dotyku; uczucie i poczucie są czuciem czynów doprzedmiotowych. Pomiędzy uczuciem a poczuciem ta jest różnica, że uczucie poprzedza czyn doprzedmiotowy, a poczucie następuje po czynie doprzedmiotowym. Uczuciami są: gniew, strach, radość, wstręt; poczuciami: poczucie winy, poczucie obowiązku, poczucie czasu, poczucie przestrzeni i wogóle poczucie wykonanego ruchu. (*Streszczenie własne*).

III. Po przemówieniach, zwróconych do Jubilata, a wygłoszonych przez dr. Wiercińskiego i dr. Bacewicza, deputacya, złożona z prof. dr. Ziemackiego, dr. Wolańskiego i dr. Rudzkiego z prof. dr. Zaleskim na czele odczytała adres w imieniu Koła.

IV. Następnie przemawiali: inżynier Jastrzębski, prezes zarządu rz.-kat. Towarzystwa dobroczynności; adwokat przysięgły Osiecki, prezes Koła polskich adwokatów w Petersburgu; p. Babieński na czele deputacyi Lutni; p. rejentowa Nitosławska na czele deputacyi kobiet-polek i prof. dr. Jan Mierzejewski.

V. Prof. dr. St. Zaleski odczytał depesze i listy od lekarskich polskich Towarzystw i Redakcyi polskich czasopism lekarskich, oraz listy z różnych miejscowości Rosyi i zagranicy, od lekarzy i przyjaciół Jubilata.

VI. Dr. Strawiński wyraża wszystkim szczere podziękowanie.

VII. Prof. dr. St. Zaleski, zamykając posiedzenie, zaznacza doniosłe znaczenie w dziejach Koła odbytej uroczystości i dziękuje wszystkim instytucyom, związkom i osobom, które wzięły udział w obchodzie jubileuszu Prezesa Koła. *Witold Orłowski.*

Doroczne posiedzenie w dniu 28—I (10—II) 1905 roku.

Obecnych członków 17, gość 1 (dr. Sągajło).

I. Prezes dr. Strawiński, powitawszy dr. Sągajłę, udziela głosu sekretarzowi Koła dr. W. Orłowskiemu.

II. Doc. dr. W. Orłowski składa sprawozdanie z roku ubiegłego, które w streszczeniu przedstawia się jak następuje: „Na początku roku ubiegłego Koło liczyło 134 członków. Liczba ta dla tak młodego stowarzyszenia, jakiem jest nasze Koło, jest bardzo pokaźną i niezbicie dowodzi, że Koło rozbudza dla siebie coraz większą sympatyę wśród rodaków i odgrywa rolę ogniwa, łączącego coraz więcej polskich sił naukowych. Przy bliższem jednak rozejrzeniu się podobne zapatrywanie powinno uledz znacznej zmianie: Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że wielu z członków Koła przez 4 lata jego istnienia nie było na żadnem posiedzeniu i zupełnie nie zasilało kasy Koła należną wkładką. Wobec tego Komitet Koła zwrócił się do tych członków z zapytaniem, czy życzą sobie należeć do Koła? Na to wezwanie 9 członków odpowiedziało odmownie, reszta odpowiedzi nie nadesłała. Jeśli więc wszyscy, prócz tych dziewięciu, zaliczają się do członków Koła, to w rzeczywistości znaczna część, która nie bierze żadnego udziału w jego działaniu, może być zaliczoną do liczby członków biernych. Oprócz nich, liczymy w Kole naszem 30 członków, stale mieszkających obecnie poza obrębem Petersburga; w tej liczbie 8 z nich nie jest znane miejsce pobytu. Członkowie ci, rzecz prosta, nie mogą brać czynnego udziału w naszych pracach. Następnie 19 z członków Koła zostało powołanych na pole walki na Dalekim Wschodzie. Wreszcie 2 członków (dr. Radecki i dr. Misiewicz) zmarli w ciągu roku. Nowych członków przystąpiło 7. W obecnej wiec chwili Koło liczy 128 członków, w tej liczbie 49 poza Petersburgiem i 79 w Petersburgu. Przeciętna liczba członków na posiedzeniach wynosiła 20. W obradach nad odczytami brało udział zaledwie 10 członków. Przedstawiwszy na zlecenie Komitetu istotny stan działalności Koła, poczuwam się do obowiązku zaznaczyć, że małe liczby uczęszczających na posiedzenia należy tłómaczyć w ubiegłym roku tem, że znaczna część młodszych kolegów, którzy nie opuszczali posiedzeń, przeniosła się do innych miast. Ogólnych posiedzeń w roku ubiegłym odbyło Koło 8, z tych jedno doroczne, 2 naukowo-administracyjne, 4 wyłącznie naukowe, wreszcie jedno poświęcone obchodowi jubileuszu Prezesa Koła. Odczytów wygłoszono 13, w tej liczbie 12 przez 8 członków Koła. Członkowie Koła na prośbę zarządu Towarzystwa dobroczynności świadczyli nieraz bezpłatną pomoc lekarską chorym ubogim, oraz, badając stan zdrowia, ułatwiali jednocześnie Towarzystwu wydawanie odpowiednich zapomóg. W sprawie szpitalnej Koło uzyskało od naczelnika miasta zezwolenie na zbieranie składek, z zastrzeżeniem jednak, że ofiary mogą być przyjmowane tylko w kościołach petersburskich. Zabiegi Koła ku otrzymaniu lepszych warunków poprzedziły poważne zajścia w Petersburgu, które doprowadziły do wyjątkowego stanu rzeczy i stanęły na przeszkodzie w zamiarach Koła. Koło powiększyło liczebny skład Komisyi, wybranej dla rozejrzenia się w uchwale lubelskiego Towarzystwa lekarskiego, dotyczącej sprawy stosowania naturalnych wód mineralnych. W obecnej chwili w skład Komisyi wchodzą: dr. Maciejowski, doc. dr. W. Orłowski, dr. Z. Orłowski, prof. dr. Raczyński, dr. Syliwanowicz, dr. Wilamowski, prof. dr. Ziemacki i prezes Komisyi prof. dr. St. Zaleski. Komisya prac swych jeszcze nie rozpoczęła“.

III. Skarbnik dr. Wierciński przedstawił sprawozdanie kasowe, z którego wynika, że dnia 1/14 stycznia r. 1904 było w kasie 726 r. 44 k.; w ciągu roku przybyło 306 r. 15 k.; wydano zaś 223 r. 81 k.; zatem 1/14 stycznia r. 1905 fundusz Koła wynosił 808 r. 78 k. (w tej liczbie 46 r. 15 k. ofiarowanych na budowę szpitala).

IV. Komisya kontrolująca stwierdza, że znalazła rachunki w porządku.

V. Po odczytaniu i przyjęciu sprawozdań rocznych dr. W. Orłowski odczytał rzecz, nadesłaną przez dr. Noiszewskiego pod tytułem: „Przyczynek do patologii jaglicy“. Prawie ogólnie przyjęto, że jaglica jest zakażeniem mieszanem: jeżeli jaglica w istocie powstaje wskutek zakażenia mieszanego, to oczywiście przynajmniej jeden z czynników każdego z tych zakażeń, objętych ogólnem mianem jaglicy, powinien być stały. Takim stałym czynnikiem zakażenia jaglicy mógłby być nawet grzybek saprofitny, sam przez się niezdolny wywołać zmian chorobowych w spojówce, a wymagający dla zawładnięcia żywem utkaniem spojówki zagnieżdżenia się uprzednio w jej utkaniu obumarłem, zabitem przez silniejszego wspólnika. Prelegent nieraz znajdował włoskowca (*leptothrix*) na spojówce powieki górnej, dotkniętej jaglicą. Włoskowiec (*leptothrix*) występuje raz jako prątek, drugi raz jako grzybek wielopostaciowy. Jako prątek występuje on tam, gdzie ma obfite pożywienie, jak n. p. w jamie ustnej i w grzybku kefirowym. Można jednak zmusić włoskowca do życia samodzielnego; wówczas tworzy on zarodniki, z których powstaje grzybek, opisany przez prelegenta (*Centralblatt für prakt. Augenheilkunde*, 1891, marzec) jako „*microsporon trachomatosum*“. (*Streszczenie własne*).

VI. Do zarządu Koła na rok 1905 wybrani zostali: prezesem dr. Strawiński, wiceprezesem prof. dr. St. Zaleski, sekretarzem 1-szym doc. dr. W. Orłowski; na członków doradczych powołanymi zostali: dr. Wolański, prof. dr. Ziemacki, dr. W. Rudzki i dr. A. Kunicki; na kandydatów do zarządu drów: prof. Raczyńskiego i Bereśniewicza; do Komisyi kontrolującej obrani zostali: dr. Bereśniewicz, dr. Hattowski i dr. K. Kozłowski.

VI. Do pocztu członków Koła przyjęto dr. Stanisławskiego.

Witold Orłowski.

VIII. Lekarze krakowskiej kapituły katedralnej.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

I.

Kiedy Gąsiorowski pisał swoją „rozprawę, wyświecającą historyę zaprowadzenia kanonikatu doktora medycyny przy wszystkich kościołach katedralnych polskich“ [1]), ograniczył się przy wy-

---

[1]) Rocznik. Tow. Przyj. N. pozn. T. I.

mienianiu lekarzy przy poszczególnych katedrach jedynie do kapituły gnieźniejskiej i poznańskiej z całkowitem pominięciem innych. Żałować tego należy z podwójnych względów: przy jego ścisłości badania byłyby historye kanonikatu lekarskiego innych kapituł katedralnych prawdopodobnie wypadły niemniej dokładnie, jak gnieźniejskiej i poznańskiej, a nadto miałby czterdzieści kilka lat wstecz,— a mamy tu przedewszystkiem na myśli katedrę krakowską, — prawdopodobnie więcej źródeł do rozporządzenia, aniżeli je ma dzisiejszy badacz.

Uznając ten brak, zebrał i ogłosił ks. S. Ch.[2]) medyków kapituły włocławskiej, a jakkolwiek sam nie był lekarzem, potrafił rzecz historyczno-lekarską umiejętnie skreślić.

Mimo jednak tych usiłowań do przedstawienia historyi kanonikatu lekarskiego przy poszczególnych katedrach, lekarze tej katedry, która nas może najbardziej zająć powinna, t. j. krakowskiej, nie doczekali się jeszcze do dzisiejszego dnia swojej historyi. W „katalogu“ Łętowskiego[3]) spotykamy się wprawdzie z wielu bardzo osobami, które posiadały kanonię lekarską, sposób jednak przedstawienia rzeczy jest u Łętowskiego tego rodzaju, że dziś nie jest on więcej w stanie zadowolnić lekarza historyka. Nadto Łętowski był jednym z pierwszych, którzy gromadzony przez wieki materyał archiwalny krakowskiej kapituły katedralnej przeglądali i porządkowali, co pociągnęło za sobą liczne pomyłki i błędy, które koniecznie wymagają sprostowania. Temu brakowi, — o ile on dotyczy lekarzy przy katedrze krakowskiej, — mają w pewnej części zadość uczynić niniejsze poszukiwania. Jak dużo innych podobnych, będą i nasze prawdopodobnie zawierały pewne niedokładności, których się jednak — z powodu zaginięcia niektórych aktów, jako też nie mniej i z tego powodu, że cały materyał w kierunku, przez nas dziś wskazanym, po raz pierwszy dopiero się będzie przeglądał, — nie można było ustrzedz.

Historya kanonikatu lekarskiego krakowskiego nie przedstawia się w głównych zarysach odmiennie, niżeli historya kanonii lekarskich przy innych kapitułach katedralnych. Przyczyną tego jest okoliczność, że bulle papieskie i rozporządzenia królewskie odnosiły się przeważnie do wszystkich kościołów katedralnych. Podobnie, jak gnieźnieńska i poznańska, była krakowska katedra od najdawniejszych czasów szlachecką, t. zn., że godności w niej mogły być nadawane jedynie szlachcie i w dodatku polskiej. Przywilej ten uzasadniony, jak długo wraz z orężem dzierżyła szlachta i przodownictwo w naukach, później, gdy się wszystkie warstwy ludności zarówno zaczęły oddawać badaniom naukowym, dawał powody do licznych zatargów, których przyczyną bywała wcale nie rzadko okoliczność, że kapituły stawały po stronie plebejuszów, oddając im kanonie katedralne. Częstym tym rozterkom miała położyć tamę bulla papieża Jana XXIII, ogłoszona w Mantui 5-go stycznia r. 1414, którą Heyzmann[4]) w r. 1875 drukiem ogłosił, lecz uczynił to tak błędnie i z opuszczeniem najważniejszego dziś dla nas ustępu o kanonii lekarskiej, że ją poniżej na podstawie oryginału, zachowanego w archiwum XX. Czartoryskich, ponownie ogłaszamy. Z bulli tej wynika, że papież postanowił na podstawie porozumienia, osiągniętego z królem Władysławem Jagiełłą, sprawę nadawania godności przy katedrze krakowskiej w ten sposób uregulować, by one były przystępne przedewszystkiem dla szlachty, pozostawiając jedynie dwie kanonie dla magistrów lub bakałarzy teologii, prawa, filozofii lub medycyny. W ten sposób dał papież Jan XXIII plebejuszom, — jakkolwiek tylko w bardzo ograniczonej liczbie, — możność osiągnięcia kanonii katedralnych. Wielkim przywilejem krakowskim z r. 1433 zastrzega Władysław Jagiełło ponownie wszelkie urzędy i godności katedralne jedynie szlachcie[5]). Mimo jednak tak wyraźnego zastrzeżenia na korzyść szlachty i mimo uchwały grona kanoników z r. 1438[6]), którą zagrożono zastosowanie kar kościelnych przeciw tym, którzyby nie przestrzegali tego przywileju, czynili przecież sami członkowie kapituły czasem plebejuszom ustępstwa, które spowodowały w r. 1484 króla Kazimierza do wydania dekretu, normującego ponownie stosunki, a w zasadzie potwierdzającego przywilej Władysława Jagiełły. „...statuimus... et constituimus ne aliquis plebeus ad praedictam ecclesiam posnaniensem et ceteras regni nostri cathedrales ecclesias admitattur ac suscipiatur“...[7]). Takie załatwienie sprawy nie mogło zażegnać niepokoju i musiało spowodować dalszą akcyę ze strony plebejuszów, której następstwem było rozporządzenie Jana Alberta z r. 1496, przypominające kapitułom dawne dotyczące przepisy i zabraniające ponownie dopuszczania do godności przy kapitułach katedralnych osób pochodzenia nieszlacheckiego[8]). Czuł to król dobrze, że w ten sposób dolał jedynie do otwartej rany gorącej oliwy i wydał jeszcze w tym samym roku rozporządzenie dodatkowe. W rozporządzeniu tem, w którem król zdaje się uznawać i obawiać, że zbyt nieprzyjaźnie wystąpił wobec plebejuszów („Verum ne quid in ea re actum videretur esse in odium plebeorum etc...“[9]), cofa się wstecz, bo przyjmuje za podstawę bullę mantuańską papieża Jana XXIII, potwierdzając tę liczbę plebejuszów, jaką ona przy poznańskim i krakowskim kościele katedralnym zaprowadziła, zezwalając jeszcze nadto na ustanowienie po dwie kanonie dla doktorów teologii i prawa, a jednej dla lekarza i przy tych katedrach, których wspomniana bulla nie wymieniła.

Zdawałoby się, że teraz spokój zapanuje. Lecz ani członkowie kapituł katedralnych, ani plebejusze o utrzymanie go się nie starali. Pierwsi, przekraczali nierzadko statut kapitulny, jużto nadając szlachcie kanonie, przeznaczone dla doktorów, bez względu na to, czy tytuł doktora posiadała, czy też nie, a ci ostatni, ubiegając się o stalle szlacheckie i uzyskując je jużto przy pomocy potężnych panów, już też znajdując poparcie pośród członków samej kapituły, lub też posługując się nareszcie fałszywemi świadectwami i dowodami, celem usprawiedliwienia swoich pretensyi. Jakie zaś z powodu tego panowały przykre stosunki w kapitułach, można sobie wyobrazić z tego, że król Aleksander uważał szkodę, stąd wynikającą dla kościoła za gorszą, aniżeli wojnę. (...qae (pericula) omni externo bello sunt graviores...“[10]).

Temu zamieszaniu chciał król Aleksander raz na zawsze tamę położyć, ogłaszając w r. 1505 „statuta“[11]), które miały na celu z jednej strony zapobiedz obsadzaniu kanonii szlacheckich plebejuszami i niszczeniu w ten sposób dóbr kościelnych, a z drugiej ułatwiać ubieganie się o kanonie szlacheckie. W tym celu rozszerza statut pojęcie szlachectwa, żądając od ubiegających się o kanonie pochodzenia jedynie z ojca szlachcica, odpowiedniego szlachcie sposobu życia i zajęcia. „In quo genere nobilitatis, eos quoque Nobiles appelandos censemus, *qui licet matre populari, patre tamen nobili sunt procreati:* quorum tamen parentes, et ipsimet vivant et vixerint ad instar aliorum nobilium in regno; ut supra: et nonexercuerint vel non exerceant eas artes et actiones, quas communiter cives, et qui in civitatibus morantur, exercere solent“[12]). Gdy jednak i te statuta nie sprowadziły pożądanego spokoju, zwrócił się Zygmunt I z prośbą o pomoc do stolicy apostolskiej, której następstwem było ogłoszenie w r. 1515 bulli papieża Leona X „de recipiendis plebeis ad ecclesias cathedrales ad numerum quatuor[13]). Z nierozumiałych powodów zmniejszył Leon X liczbę plebejuszów, zasiadających w kapitułach do czterech i to jedynie kosztem kanonii lekarskiej, co także bulla papieża Klemensa VII[14]) z r. 1525 potwierdziła. W roku 1538 posuwa się król Zygmunt I ustawą piotrkowską tak dalece, że zastrzega jedynie szlachcie nawet urząd opata lub proboszcza klasztorów, nakazując w razie braku odpowiedniego kandydata sprowadzić takowego z innego klasztoru, byle tylko był rodu szlacheckiego, i zezwalając na wybór plebejusza dopiero w braku odpowiedniego szlachcica. „Ubi vero nullus nobilis idoneus in eodem monasterio reperiretur, tum ex alio monasterio eiusdem ordinis et religionis vir nobilis et idoneus erit deligendus, seu postulandus. In defectu autem nobilis idonei licitum erit et liberum plebeum idoneum natione po-

[2]) Kwartalnik teologiczny. T. I.

[3]) Katalog biskupów, prałatów i kanoników krakowskich. T. I—IV.

[4]) Statuta synodalia episcoporum cracoviensium XIV et XV saeculi. Cracoviae 1875.

[5]) Quas quidem dignitates (ecclesiasticas et saeculares regni Poloniae), cum eas vacare contigerit, nulli extraneo terrigene nisi nobili benemerito et in fama laudabiliter conservato illius terre, in qua dignitas huiusmodi vel. honor vacaverit... conferemus. (A. Lewicki: Codex epistolaris saeculi decimi quinti. T. II. Cracoviae 1891. p. 308).

[6]) Acta actorum reverendissimi capituli cathedralis cracoviensis vol. I. ab anno 1438 ad annum 1461.

[7]) Gąsiorowski: Historya kanonikatu lekarskiego str. 294.

[8]) Volumina legum. vol. I. f. 262. „De plebeis ad maiores Ecclesias non recipiendis, de non reservandis beneficiis et de pensionibus prohibitis“.

[9]) Ibidem. f. 263. „De numero plebeorum ad Ecclesias recipiendorum“.

[10]) Volumina legum: vol. I. f. 304.

[11]) Statuta ecclesiarum etc. ibidem.

[12]) Ibidem: vol. I. f. 304.

[13]) Gąsiorowski: Historya kanonikatu, str. 299 i 300. — Brzeziński: O konkordatach stolicy apostolskiej z Polską w XVI w. (Rozprawy Akademii Um. wydz. historyczno-fil. S. II. T. V. Str. 276. Kraków 1894).

[14]) Ks. S. Ch. Medycy kapituły włocławskiej.

lonum in abbatem eligere"[15]). Kapituła zaś ze swej strony chroni pozornie stalle szlacheckie przed napływem plebejuszów, przeznaczając w r. 1540 dla tych ostatnich jedynie prebendę chmielnicką i szczytnicką[16]). Powiadamy „pozornie", gdyż w rzeczywistości oddawali lub przynajmniej przyrzekali jej członkowie kanonie lekarzom bynajmniej nie szlacheckiego pochodzenia i w dodatku nierzadko cudzoziemcom, jak np. Janowi Andrzejowi lub Janowi Solfie, którzy umieli pozyskać dla siebie poparcie biskupów krakowskich, lub nawet samego króla, a gdy szło o dowodzenie swego szlachectwa, dostarczyć czasem i fałszywych świadków. Nie obeszło się to jednak bez rekryminacyi ze strony szlachty.

Stanąwszy w sprzeczności do bulli papieża Leona X i Klemensa VII, uciekł się Zygmunt I ponownie pod opiekę stolicy apostolskiej, oddając jej ostateczne załatwienie tej dla siebie drażliwej sprawy. „Breve declarans" z r. 1543, ogłoszone przez papieża Pawła III, postawiło sobie za zadanie osiągnięcie tego celu, a miało stanowić niejako uzupełnienie bulli papieża Leona X, wprowadzając ponownie dawniej już istniejącą piątą i to lekarską kanonię dla plebejusza i przywracając ten sam porządek, jaki Jan Albert rozporządzeniem dodatkowem w r. 1496 zaprowadził. Jak jednak dawniej katedra krakowska mimo statutu Aleksandra i bul papieży Leona X i Klemensa VII prawie stale miewała lekarza w gronie swoich kanoników, tak przeciwnie — po ogłoszeniu „breve declarans", — które przecież z góry już sankcyonowało wybór lekarza i w dodatku plebejusza na kanonika katedralnego — i pomimo przywileju Zygmunta Augusta z r. 1550[17]), którym zatwierdzono istniejący stan rzeczy, nierzadkie bywały okresy, w których w kapitule katedralnej żaden lekarz nie zasiadał. Tak działo się np. po śmierci Fugelwedera i dosyć często w XVII lub XVIII wieku tak, że przez ciąg obydwóch tych ostatnich wieków naliczyć można w katedrze krakowskiej zaledwie pięciu lekarzy kanoników. Pierwszym kanonikiem lekarzem, obranym na podstawie „breve" Pawła III, był Jakób z Biskupic, ten sam, który uzyskał z mocy tegoż samego breve pierwszą kanonię lekarską i w katedrze gnieźnieńskiej.

Wszystkie jednak bulle i rozporządzenia nie były w stanie zapobiedz rozmaitym sztuczkom i podstępom, jakimi się posługiwali ubiegający się o kanonię. Nieporządki i niewłaściwości, stąd wynikające, miała raz na zawsze usunąć uchwała, powzięta na kapitule w r. 1588[18]), a określająca dokładnie porządek i sposób powoływania nowych członków i zawierająca cały szereg warunków, jakim nietylko kandydaci na kanonie katedralne, stosownie do bull papieskich, odpowiadać musieli, lecz także i świadkowie, którzy ich twierdzenia poświadczali.

Pomimo tej uchwały, której celem było ustalenie postępowania przy obiorze kanoników, nierzadko się zdarza to, że sama kapituła stawała w sprzeczności do niej. I tak jesteśmy już w r. 1603 świadkami takiego nieprzestrzegania bull papieskich i własnych uchwał. Gdy się bowiem wtedy ubiegał o kanonię krzesławicką doktór praw ksiądz Łukasz Doctorius, oddalili go członkowie kapituły z jego żądaniem, motywując, że statut nie pozwala na dopuszczanie do katedry więcej, niż czterech plebejuszów („......quoniam plures plebaei quam quattuor ad ecclesiam cathedralem admittantur... prohibet statutum..."[19]). Trzeba było dopiero wstawienia się biskupa Bernarda Maciejowskiego, późniejszego kardynała, który pismem z dnia 3-go czerwa roku 1503 zwrócił uwagę grona kanoników na jego obowiązek dopuszczania pięciu kanoników pochodzenia nieszlacheckiego, przyrzekając jednak zarazem, że jego staraniem będzie, by tej liczby na niekorzyść szlachty nigdy nie przekraczano. („......pollicemur non supervenientibus et in possessione canonicatuum manentibus istis quinque admodum reverendo et reverendis dominis Bartholomaeo Rowsiński abbate Andrzeioviensi, Petro Gorcinio, Joanne Foxio, Stanislav Batcovita et praefato Luca Doctorio, qui ut plebaei doctores canonicatus pro nunc in hac cathedrali habent, alium ultra eos cuiuscunque facultatis doctorem in canonicum eiusdem ecclesiae nostrae non daturos harum cautione et testimonio litterarum, quas manu propria subscripsimus, sigilloque nostro iussimus communire"[20]).

Jak jednak z tego wnosić możemy, przychodziło przy nadawaniu kanonii i nadal do zatargów, przynoszących mniej lub więcej korzystne rozporządzenia raz jednej, drugi raz drugiej stronie. Takie wahanie się szali zwycięstwa i połączona z nią niestałość w postępowaniu ze strony członków kapituły groziły do pewnego stopnia i powadze samego kościoła. Tem niebezpieczeństwem spowodowany, udzielił w r. 1702 ówczesny wicekanclerz Karol Tarło kanonikom i prałatom kapituły wskazówek tej treści, by z wyjątkiem pięciu plebejuszów, dopuszczali do godności katedralnych jedynie takich członków szlachty, którzy się będą mogli wykazać pochodzeniem szlacheckiem i ze strony matki[21]), podczas gdy król August II wystosował tegoż samego roku list do papieża Klemensa XI z prośbą o wdanie się w tę sprawę. Przy tej sposobności zwraca król papieżowi uwagę na niebezpieczeństwo, jakie grozi z powodu nieprzestrzegania bulli Leona X, poddając zarazem myśl, by przy dowodzeniu szlachectwa ubiegających się o kanonie szlacheckie, żądano jak niegdyś, tak i odtąd, ponownie pochodzenia szlacheckiego od obojga rodziców. List ten brzmiał, jak następuje: „Nihil est quod me magis sollicitum reddat quam ut commissa mihi a Domino, in cuius manu sunt potestates et omnium iura regnorum, regni provinciarumque mearum gubernacula, in supremo prosperitatis gradu, constituere valeam. Quae omnia a Sanctitate Vestra tanquam communis orbis christiani patris, benedictione et pro supplicantium ad maiestatem divinam interventu dependere censeo. Proinde dum non sine ingenti doloris, animi mei sensu, post dissoluta absque omni ope et consilio comitia, religionem simul, ac regionem manifesto periculo, infestisque inimicorum armis expositam esse video, non abiiciendam tamen cum Dei adiutorio, curam et sollicitudinem tranquillitatis publicae, suscipio in frequentissimo senatus consilio ad latus meum consistentis. Cum quo per hasce meas eo supplicatum, pro venerabili capitulo cracoviensi apud divos antecessores Sanctitatis Vestrae plurimum aestimato, cuius nunc iura et privilegia duobus prope saeculis, quia a centum octoginta annis, bullis summorum pontificum, approbationibusque innixa per iniuriam humanae ambitionis convulsa cernuntur, cum videlicet ius patronatus, capitaneorum episcopatus cracoviensis quorum per suprascriptum grande mortalis aeui spatium, indubitata nec ullis subiecta controversiis persenuerabat, tamen in dicta cathedrali crac: quam et aliis collegiatarum ecclesiis, praesentatio, per noviter emanatum, et dataria ad cantoriam et custodiam praelaturas cracovienses povisionem ex suis cardinibus subvertitur. Quin in electiva quoque beneficia ut pote archidiaconatus huic novellae ordinationi implicantur. Et quod maximum est, pupillamque ipsam regni huius tangit statutisque et constitutionibusque patriis abfirmatum est, dispensationes etiam contra bullas Leonis X et Pauli III in suis tenoribus indispensabiles et nunquam hactenus dispensatas in defectu natalium contra publica statuta regni et capituli, ab antiquissimis temporibus iurata approbata et observata conceduntur. Tangit itaque non leviter mentem meam et totius senatus haec legum et usus continui inversio. *Quare multiplicatis precibus a Sanctitate Vestra efflagito, ut penes iura et privilegia memoratum capitulum et capitaneos dioecesis cracoviensis tam in iure praesentandi ad praelaturas quam in dedectione* (cuius convulsio equestrem statum magnopere afficit et omnia studia ad manutentionem intaminatam praefatae legis convertere dignoscitur) *nobilitatis ex utroque parente, conservare inviolabiliter dignetur.* Dabit Sanctitas Vestra evidens bonitatis Suae, erga me regnumque meum documentum, dum ea qua ex praesidio turris et antiquissimi usus expectuntur immota habere iubebit. Cui optimum valetudinem et longaevum rerum christianarum moderamen filiali precor animo"...[22]). Równocześnie z królem zwrócił się w tej sprawie do papieża i arcybiskup gnieźnieński kardynał Radziejowski[23]).

Czy i jaki był wynik tych zabiegów, tego na podstawie aktów kapituły rozstrzygnąć nie mogliśmy; dotychczasowe zaś publikacye o nich nawet nie wspominają.

Jakie były powody wprowadzenia kanonii lekarskiej? Gąsiorowski przypuszcza, że nie troskliwość o zdrowie członków kapituły była powodem wprowadzenia kanonikatu doktora medycyny, ale jedynie chęć dopuszczenia nieszlachty do wyższych godności kościelnych. Twierdzenie swoje opiera na tej okoliczności, że od lekarzy, wstępujących do katedr, nie żądano leczenia księży. W instrukcyi nadania kanonii krakowskich lekarzom nie napotkaliśmy nigdzie, — podobnie jak Gąsiorowski w gnieźnieńskich i poznańskich — tego warunku, mimoto jednak nie może podlegać żadnej wątpliwości, że pierwotnie i troska o zdrowie do pewnego stopnia była dla członków kapituły w tym kierunku miarodajną. Instytucya bowiem, która miała własny szpital, przeznaczony dla chorych

[15]) Volumina legum: vol. I. f. 521.
[16]) Acta actorum: vol. III. fol. 245.
[17]) „...A gdyż to iest statuty przodków naszych opatrzono, aby ludzie narodu prostego, do głównych kościołów dawani nie byli, tylko ludzie narodu a krwie szlacheckiey polskiey: roskażemy kapitułom, aby ich między się nad opisany poczet nie przyjmowali". (Vol. legum. vol. II. f. 595).
[18]) Acta actorum: vol. VIII. p, 48 et 49.
[19]) Acta actorum: vol. IX. f. 241. v.
[20]) Acta actorum: vol. IX. f. 264 v. et. 265.
[21]) Acta actorum: vol. XVIII. f. 268 et 269.
[22]) Acta actorum vol. XVIII. f. 275.
[23]) Ibidem.

księży, własną łaźnię, piekarnię, ścisłe przepisy co do zachowania się w czasie choroby i w czasie zarazy, musiała mieć w swojem łonie i lekarzy. A miała ich katedra krakowska wielu i znakomitych. Że zaś członkom kapituły zależało na wyzyskaniu wiadomości lekarskich doktorów medycyny, tego dowodzi okoliczność, że wielu z niżej wymienionych kanoników było lekarzami przybocznymi biskupów krakowskich, a w pierwszym rzędzie przemawia za tem breve papieża Piusa VI z roku 1787, którem na prośbę Stanisława Poniatowskiego pozwolił papież księżom lekarzom zajmować się medycyną praktyczną. Obok tego względu powodowała się kapituła jeszcze chęcią przysporzenia krajowi znakomitych lekarzy i przeszczepienia w ten sposób zdobyczy naukowych, osiągniętych za granicą na grunt polski. Za tem przemawiałaby instrukcya dana n. p. członkom kapituły, wysłanym na synod r. 1551. W niej bowiem kapituła najwyraźniej zwróciła uwagę na brak odpowiednich osobittości w kraju i na korzyści, jakie dla niego wynikają z powoływania osób, jak Hiszpan Roisius, Stankerus i inni. »*Ex quibus sic* (aut in sacris literis, aut in iure utroque et in praxi romana, aut in arte oratoria, aut in philosophia, *aut in medicina*), *edoctis haberet viros eruditos ac idoneos regnum nostrum doctores*, lectores, magistros, oratores, nuncios legatos, scriptores, scriptores, historicos, consiliarios, cancellarios poenitentiarios, plebanos, praedicatores, confessores iudices. *Quorum quum magna sit apud nos raritas*, fit ut ecclesiae aut dioeceses nostrae aulaque regia consilium publicum et publica res absque huiusmodi viris non suo debito ordine dirigantur, et circa actiones suas plerumque labuntur, cogimurque peregrinos doctores ad nos vocare et magno sumptis tenere, ut est Roysius hispanus, Stankerus et alii, cum dedocere hominum nostrorum, *quasi viros dignos domi non habemus*«.

Nie na ostatnim także planie znajdował się wzgląd na plebeuszów pokrzywdzonych rozporządzeniami i przywilejami królewskimi, (przywilej Władysływa Jagiełły z roku 1433 dekret z roku 1484 i t. d.), za czemby przemawiało rozporządzenie dodatkowe Jana Alberta, określające ściśle liczbę kanonii plebeuszowskich i stawiające kanoników katedralnych pochodzących z ludu na równi z członkami pochodzenia szlacheckiego.

Bulla papieża Jana XXIII z 5-go stycznia 1414 roku, zawierająca warunki, jakie ubiegający się o godności przy krakowskiej kapitule katedralnej powinni spełnić[4]).

„Johannes episcopus seruus seruorum Dei. Ad perpetuam rei memoriam. Et si de cunctis orbis ecclesiis, quarum cura nobis celesti dispositione commissa fore dinoscitur, ut per viros atque personas scientiae claritate aut generis Nobilitate pollentes, regantur feliciter, et in spiritualibus et temporalibus suscipere valeant incrementa, nos ex apostolice seruitutis officio cogitare conueniat, ac illa decernere, per que effectus huiusmodi auctore domino subsequantur: de statu tamen et incrementis. Notabilium Cathedralium ecclesiarum, ut incrementis multimodis efferantur, tanto amplius, curas pastoralis diligentie nos decet extendere, quanto illas cordialius intuemur. Hinc est, quod nos premissorum intuitu, et consideratione carissimi in Christo filii nostri Wladislai, Regis Polonie Illustris, qui nobis super hoc fecit humiliter supplicari, intendentes nostram filiam predilectam, Cracouiensem cathedralem ecclesiam, inter ceteras in Regno Polonie existentes, sicut etiam prefati Regis assertione didicimus, celebrem et insignem, prerogatiua spetialis priuilegii insignire, ac summouere quecunque scandalorum discrimina, que in partibus et presertim in prefata ecclesia per recepcionem ignobilium personarum, apostolica vel ordinaria auctoritate ad Canonicatus et prebendas, dignitates personatus, officia seu administrationes ecclesie huiusmodi hactenus receptarum, sepenumero contigerunt, et ex certis aliis rationabilibus causis animarum nostrum ad hoc mouentibus, ac prefati Regis in hac parte supplicationibus inclinati: auctoritate apostolica, et ex certa scientia, hac presenti constitutione, perpetuis futuris temporibus duratura, decernimus statuentes ac etiam ordinantes, quod nullus apostolica, seu ordinaria, aut alia quauis autoritate, seu alias quomodocunque ac qualitercunque, possit vel debeat de cetero in prefata Cracouiensi ecclesia ad Canonicatus prebendas, dignitates, personatus, officia, aut administrationes eiusdem ecclesie recipi vel admitti, directe vel indirecte, aut quouis quesito colore, quomodocunque aut qualitercunque, nisi de Nobili genere legitimo matrimonio procreatus aut Magister siue Baccalarius formatus in sacra pagina siue juris canonici uel ciuilis doctor uel artium et Medicine Magister existat tantum duos admittimus, etiam per litteras et priuilegia apostolica, plenam et expressam ac de uerbo ad uerbum de indulto huiusmodi facientia mentionem. Constitutionibus apostolicis, ac statutis et consuetudinibus dicte ecclesie, etiam si de eis et totis eorum tenoribus ac de verbo ad verbum in nostris litteris habenda esset mentio spetialis, et aliis contrariis non obstantibus quibuscunque, Irritum et inane decernentes ex nunc, si secus in premissis a quoquam, et quavis auctoritate, scienter vel ignoranter, contigerit imposterum attemptari. Nulli ergo omnino hominum liceat hanc paginam nostre constitutionis, statuti et ordinationis infringere, vel ei ausu temerario contraire. Si quis autem hoc attemptare presumpserit, indignationem omnipotentis dei et beatorum Petri et Pauli apostolorum eius, se nouerit incursurum. Datum Mantue, decimo octauo calendas Februarii Pontificatus nostri Anno Quarto“. (D. c. n.).

[4]) Archiwum XX. Czartoryskich: cood. nr. 304.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Gruntowna krytyka programu rządowego w sprawie ubezpieczenia robotników opuściła niedawno prasę drukarską w postaci broszury p. t. »*Reform und Ausbau der österreichischen Arbeiterversicherung*«. *Kritische Studie zum Regierungsprogramm.* (Wien. 1905. Dr. Leo Vorkauf). Autor tej pracy, gorący obrońca sprawy robotniczej, a przytem jeden z najtęższych socyologów w monarchii i najlepszy znawca ubezpieczenia robotniczego, omawia krytycznie projekt rządowy i to tylko z punktu widzenia interesu stanu robotniczego. W rozprawie tej, obejmującej 136 stron druku, znajdują się jednak różne kwestye, bardzo blizko obchodzące stan lekarski: tę część pracy autora pozwolę sobie tutaj przytoczyć.

Liczba ubezpieczonych w Kasach chorych na przypadek choroby wynosiła w r. 1900 2,500.000 członków, obok 65,000 uczniów (Lehrlinge, terminatorów) i 180.000 górników, ubezpieczonych w Kasach brackich tak, że razem 2,745.000 osób podlegało w monarchii obowiązkowi ubezpieczenia. — Według projektu rządowego, jakto wyczytać można na str. 211 tegoż projektu, ma w przyszłości podlegać ubezpieczeniu 5,200.000 robotników, a więc w przyszłości liczba ubezpieczonych ma się prawie podwoić. Autor jednak nie wierzy w tę liczbę, przypuszcza, że będzie mniejsza i uzasadnia swoje zapatrywanie. Faktem jednak jest, że, jeśli się nie podwoi, to wzrośnie znacznie. W przepisie postanawiającym, że od obowiązku ubezpieczenia zwolnione będą osoby, których dochód roczny przekracza 2400 k., dopatruje autor ofiarę, złożoną przez rząd Izbom lekarskim. Że przepis ten stanowi tylko pozorną korzyść dla lekarzy, a więc nie jest istotnie ofiarą złożoną na oltarzu Izb, względnie stanu lekarskiego, miałem sposobność wykazać to już poprzednio (porównaj „Przegląd lekarski“, 1905, str. 342: „Kilka słów o nowym projekcie“...)

Interesować może dalej lekarzy fakt, że projekt rządowy rozróżnia dwa rodzaje ubezpieczonych tak zw. „Vollversicherte i Theilversicherte“. Częściowo ubezpieczeni mają dostawać pomoc lekarską i leki, względnie opiekę szpitalną i koszta pogrzebowe; zasiłku zaś pieniężnego w chorobie dostawać nie mogą, do tego będą mieli prawo tylko tak zw. „Vollversicherte“. Bezpłatną pomoc lekarską będą mieli jednak jedni i drudzy.

Do częściowo ubezpieczonych należeć będą przedewszystkiem te warstwy ludności roboczej, które świeżo dopiero zostały wciągnięte do ubezpieczenia, a więc służba domowa i folwarczna; należeć tu będą także robotnicy (pod tym względem jest dla nich obecnie obowiązująca ustawa łaskawsza), którzy nie pobierają wynagrodzenia za pracę w gotówce, dalej uczniowie, ochotnicy, praktykanci i inne osoby, które z powodu nieukończonego wykształcenia zawodowego otrzymują niższą nagrodę za swą pracę. Pod tym względem pozostawia projekt wielką dowolność w rękach pracodawców na niekorzyść robotników, lekarze jednak w każdym przypadku mają udzielać porady lekarskiej jak dotychczas w Kasach chorych, a więc i zupełnie i częściowo ubezpieczonym.

Że nowy ten przepis jest dla lekarzy niekorzystny, wynika z następujących danych: Wiadomą jest rzeczą, że pracodawcy ponoszą i dzisiaj koszta leczenia szpitalnego za swoją służbę do 4 tygodni i że pod pewnymi warunkami są obowiązani i dzisiaj postarać się dla służby o pomoc lekarską i leki. Nowy projekt, wciągając służbę do nowych Kas i to tylko do klasy częściowo ubezpieczonych, idzie raczej na rękę pracodawcom jak służbie. Chroni pracodawców przed niemiłym kłopotem o szpital względnie lekarza, a służbie właściwie nic nie daje, o ile chodzi o najczęstsze choroby ostre, nie dłużej jak 4 tygodnie trwające i do leczenia szpitalnego się nadające. Wszak służącemu jest wszystko jedno, czy koszta szpitalne płaci Kasa chorych, czy wydział krajowy, czy też pracodawca. Nie stanowi mu też różnicy, kto zapłaci lekarza i aptekarza. Zatem, jak z tego jasno wynika, nowy przepis chroni pracodawcę, nie czyni żadnego uszczerbku aptekarzowi ani szpitalowi,

pozbawia tylko lekarza zarobku u całej gromady ludzi, dotąd stanowiącej dział prywatnej klienteli lekarzy.

Dość szczegółowo omawia autor stosunek lekarzy do nowych Kas. W kwestyi tej pisze, co następuje: „Już w dzisiejszych Kasach chorych wywierają lekarze najważniejszy wpływ na całe gospodarstwo w dziale wydatków, a w przyszłości wpływ ich będzie znacznie większy, skoro ubezpieczenie ulegnie rozszerzeniu i obejmować będzie także stałą niezdolność do pracy. Dzisiaj narzekają lekarze na niedostateczne wynagrodzenie za pracę; Izby lekarskie twierdzą, że dochody lekarzy znacznie się zmniejszyły z powodu wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia robotników i zastrzegają się przeciw uwłaczającej całemu stanowi zależności od krawca i szewca“. Otóż autor twierdzi, że znaną jest rzeczą, że położenie lekarzy pogorszyło się finansowo i w innych krajach oświeconych, gdzie wcale obowiązkowe ubezpieczenie nie istnieje. Lekarze dzielą tylko los innych wolnych zawodów. Główna przyczyna upadku finansowego leży w daleko idącem specyalizowaniu się i rosnącym wielkim przemyśle lekarskim (sanatorya), które zabierają lekarzom wielką część zamożnych chorych. Wobec tego płacące Kasy chorych wpływają raczej na polepszenie położenia lekarzy wogóle. Wszak z tego źródła płynie do kieszeni lekarzy rocznie na pewne 9 milionów koron, co po odliczeniu lekarzy rządowych wynosi przeciętnie na jednego lekarza rocznie 950 k. Autor oblicza, że gdyby i reszta ludności w tym samym stosunku co Kasy szukała pomocy lekarskiej i ją płaciła, toby lekarz zarabiał przeciętnie rocznie 7 do 8000 koron. A z drugiej strony, gdyby w Kasach chorych znieść bezpłatną pomoc lekarską, to z obecnie wypłaconych 9 milionów rocznie wielka część odpadłaby lekarzom.

„I robotników“ — pisze autor — „bardzo często obecnie udzielana pomoc lekarska w Kasach nie zadawalnia, bo jest niedostateczna. Otóż gdyby Kasy zdołały zamianować odpowiednią liczbę lekarzy urzędnikami i zapewnić im wystarczający dochód i emeryturę, to kwestya byłaby załatwiona ku zupełnemu zadowoleniu. Tymczasem zamiast pójść tą drogą, spodziewały się w Niemczech przez lata całe Kasy i lekarze, że uzdrowią stosunki, zaprowadzając wolny wybór lekarzy, Kasy porobiły niekorzystne doświadczenia i zawróciły z tej drogi i albo stanowczo myśl tę zarzuciły, albo zadowalniają się tem, że teoretycznie „jej się kłaniają“ („vor ihr eine Verbergung machen“), a w praktyce przechodzą do innego systemu, o ile mają wolne ręce. Doświadczenie bowiem pouczyło, że właśnie najtęższi i najsumienniejsi lekarze nie mogli się ostać w walce konkurencyjnej. Robotnicy zwracali się przeważnie do lekarzy najmniej skrupulatnych. I tak jedni lekarze mieli w poczekalniach u siebie tłumy, a drudzy albo nic nie mieli do roboty, albo bardzo mało. Gdzie Kasy wyznaczały rocznie stałą sumę (pauszalę) za leczenie przez rok swoich członków, tem konkurencya lekarzy obniżała honoraryum za pojedynczą wizytę; gdzie nie było pauszali, tam Kasy bardzo cierpiały. Doświadczenie to, — jak pisze autor, — niczego nie pouczyło lekarzy austryackich i ich Izby, które w wolnym wyborze lekarzy widzą lepszą przyszłość.

Chociaż honoraryum lekarskie przeciętne w Kasach z roku na rok rośnie, w r. 1890 wynosiło za jeden dzień choroby k.—·30, a w roku 1902 —·34, to jednak jest pewnem, że i honoraryum i odpowiednio temu świadczenia lekarzy są niedostateczne, a Kasy nic mogą w tym kierunku często nic zrobić, bo zasiłki pieniężne dla chorych gwałtownie rosną. W tem widzi autor niebezpieczeństwo, że róść będzie nieporozumienie między lekarzami a Kasami tam, gdzie zgodne i harmonijne współdziałanie mogłoby sprowadzić zadowalniające wyniki.

Po tych wstępnych uwagach zastanawia się autor nad tem, jak projekt rządowy doradza w tem trudnem położeniu: Wedle projektu mają w przyszłości Kasy same rozstrzygać, czy wprowadzą wolny wybór lekarzy, czy też system lekarzy kasowych. Jeśliby wprowadziły system lekarzy kasowych, to może władza nadzorcza w pierwszej instancyi, a w ostatniej instancyi departament sanitarny w ministerstwie spraw wewnętrznych, jeśli uzna, że ilość lekarzy jest za mała, polecić względnie sam przyjąć więcej lekarzy. Kwestya wynagrodzenia lekarzy ma być przedmiotem układu, który ma być zawierany na piśmie między lekarzem a Kasą. Ministerstwo spraw wewnętrznych może po wysłuchaniu Izby lek. i Kasy ustanowić pod tym względem obowiązujące zasady, a szczególnie ustanowić taryfę minimalną i maksymalną.

Ten punkt projektu gniewa autora, bo to, czego państwo nie daje bezbronnemu robotnikowi, czego mu odmawia stale pod pozorem wolności kontraktu (*Vertragsfreiheit*), to wprowadza na korzyść lekarzy: państwowo oznaczoną granicę najniższej nagrody za pracę. Stanowisko to autora nas nie dziwi, bo autor rozpatruje sprawę, jak zaznaczyłem na samym początku, jedynie i wyłącznie z punktu widzenia interesu robotnika; o lekarzu myśli zawsze na drugim planie. Autor sądzi, że państwo nie może wyświadczyć gorszej przysługi lekarzom i Kasom, że doświadczenia pod tym względem, poczynione w Niemczech, powinny być dostateczną przestrogą, że państwo powinno w tym przypadku, jak i w innym, gdzie walczą strony o zapłatę za pracę, ograniczyć się na czynności pośrednika, a nie narzucać żadnego przymusu. „Darin werden, wie es in der Natur der Sache begründet ist, Arbeiter und Unternehmer eines Sinnes sein“. To jest pewne. Ale czy lekarze także? Czyby autor był też przeciwnym, gdyby państwo zechciało, mogło i istotnie wyznaczyło taryfę minimalną dla robotników? Można być przeciwnikiem wolnego wyboru lekarzy, bo i system ten nie jest bez wad w praktycznem jego wykonaniu; najważniejsze wady podnosi sam autor powyżej, jednak na to zgodzić się musi każdy, choć trochę lekarzom życzliwy, że i dzisiejszy system lekarzy kasowych nie może zadowolnić ani lekarzy kasowych, ani członków. Nic więc dziwnego, że lekarze dążą do zmiany obecnego systemu. Nie wydaje nam się w każdym razie, żeby taryfa minimalna była złą przysługą dla lekarzy.

Dotychczasowa ustawa nie zezwala na ubezpieczenie w Kasach chorych rodzin członków kasowych. Obecnie według § 30 projektu ubezpieczenie rodzin na pomoc lekarską i leki najwyżej przez jeden rok będzie dopuszczalne. Wprawdzie opłatę za rodzinę ponosić będzie sam robotnik, a nie przedsiębiorca, przez co pewnie bardzo wiele rodzin robotniczych nie będzie wcale ubezpieczonych, jednak dla stanu lekarskiego przepisu tego korzystnym nazwać nie można.

Bardzo słusznie podnosi autor, że największą wadą dzisiejszej organizacyi ubezpieczenia robotniczego jest wielkie rozdrobnienie, z czego wynika, że administracya Kas na ogół dużo kosztuje, a Kasy same są natomiast mało wydatne i ekonomicznie słabe. Tutaj będzie na miejscu przypomnieć czytelnikom, że obecnie istnieje w monarchii 6, a względnie 7 rodzajów Kas chorych i tak: 1) Kasy powiatowe (Bezirkskrankenkassen): takich mamy n. p. w Krakowie dwie: miejska i powiatowa, do których należą robotnicy, zajęci w handlu lub przemyśle na pewnym obszarze politycznym. 2) Kasy przedsiębiorstwowe (Betriebskassen), n. p. w Krakowie Kasy chorych przy fabryce Zieleniewskiego. Do tych Kas należą wszyscy członkowie pewnego przedsiębiorstwa, a więc n. p. ślusarze, kowale, stolarze, służba i urzędnicy. Ustawa pozwala na założenie takiej Kasy, jeśli przedsiębiorstwo ma co najmniej 100 robotników. 3) Kasy budowlane (Baukassen), n. p. Kasa chorych przy budowie jakiejś drogi żelaznej. Przedsiębiorcy, budujący drogę żelazną, mogą zgłaszać robotników także, jeśli nie chcą założyć własnej Kasy, do najbliższej Kasy powiatowej. Ta ostatnia jednak nie musi ich przyjąć. 4) Kasy korporacyjne (Genossenschaftskassen), n. p. Kasa drukarzy, krawców, rzeźników. Ta obejmuje robotników tylko jednego, względnie i jemu bardzo pokrewnych zawodów, n. p. drukarzy i litografów. 5) Kasy brackie (Bruderladen) tylko dla górników, t. j. robotników pracujących pod ziemią. Nafciarze, jako pracujący właściwie na ziemi, względnie nawet nad ziemią nie mogą tu należeć. Wreszcie 6) Kasy stowarzyszeniowe (Vereinskassen) z poddziałem tak zw. 7) Kas zarejestrowanych zapomogowych (registrierte Hilfskassen) dla osób należących do pewnego stowarzyszenia. W ostatnich czasach powstała w Krakowie taka Kasy „Stowarzyszenia katolickiej młodzieży handlowej“. Otóż w tem obecnem rozdrobnieniu całej organizacyi ubezpieczenia widzi autor najsłabszą stronę obecnych Kas i ma najzupełniejszą racyę.

I tak w roku 1991 istniało w Austryi razem 3469 Kas chorych z przeciętną liczbą 800 członków. Jeśli podzielimy Kasy wedle terytoryów i kategoryi, to przeciętna liczba członków będzie inna. I tak przeciętna liczba członków w Kasach chorych Austryi Wyższej wynosiła 424, Solnogrodu 413, Tyrolu 519, w krajach przemysłowych, jak w Czechach 625, Morawach 657, Szląsku 527. Biorąc wzgląd na rodzaj Kasy, widzimy przeciętną liczbę członków w Kasach stowarzyszeniowych, wynoszącą 2952 członków; w Kasach powiatowych 1880; w Kasach brackich 873; w Kasach przedsiębiorstwowych 505; a korporacyjnych 425. Patrząc na tę statystykę z innej strony, widzimy, że nawet połowa Kas wogóle nie dosięga liczby 200 członków, — a wprost trudno pojąć, że istnieje 215 Kas, liczących do 49 (!) członków, a 419 liczących między 50 a 99 członków. Że takie małe Kasy nie mogą dawać swym członkom żadnych prawie świadczeń i że przytem pracują względnie drogo, jest chyba jasnem. Że z rozdrobnieniem rosną wydatki na administracyę, wynika z następującego zestawienia: jedna Kasa stowarzyszeniowa wypłacała zasiłki przeciętnie w 1484 przypadkach, przyczem koszta administracyjne, obliczone na jeden przypadek wynosiły 3·57 k.; — jedna Kasa powiatowa wypłacała przeciętnie 869 przypadków i miała już 4·07 k. kosztów administracyjnych od jednego przypadku, a jedna Kasa korporacyjna przeciętnie wypłaciła 160 przypadków, przyczem koszta administracyjne wynosiły aż 6·08 k.

A więc im Kasa ma więcej członków, tem administracya jej tańsza: administracya Kas stowarzyszeniowych (3·57) prawie o połowę tańsza, niż korporacyjnych (6·0g). I rząd się też godzi na to i przyznaje, że jedynem wyjściem z tej sprawy byłoby połączenie wszystkich Kas w jedną. — a mimoto dąży w swem projekcie tylko „do możliwego ograniczenia instytucyj ubezpieczeniowych“, — zamiast je zlać w jedną całość, na coby się bardzo chętnie zgodzili i robotnicy i lekarze, a coby dla państwa było znacznie wygodniejszem ze względów na kontrolę. Autor tłómaczy fakt ten tem, że rząd nie chce sobie narazić przedsiębiorców, bogatych fabrykantów i baronów węglowych przez zniesienie Kas przedsiębiorstwowych i brackich, gdzie oni są panami. Projekt rządowy pozostawia i bardzo delikatnie się obchodzi z Kasami brackiemi i przedsiębiorstwemi; natomiast tylko pozornie nie dotyka niczego w Kasach korporacyjnych i stowarzyszeniowych, bo w istocie stwarza cały szereg przepisów, które wolniej lub prędzej, w każdym jednak razie bardzo starannie niszczą obu ostatnim rodzajom Kas warunki istnienia.

Wedle § 31 projektu istnieć mają zatem nadal Kasy powiatowe, przedsiębiorstwowe, brackie, korporacyjne i stowarzyszeniowe, wraz z zarejestrowanemi zapomogowemi. Odpaść mają tylko budowlane, które i tak obecnie straciły znaczenie swoje. Aby jednak możliwie usunąć rozdrobnienie obecne, projekt postanawia, że Kasy powiatowe mają obejmować najmniej po 1000, a przedsiębiorstwowe, stowarzyszeniowe i korporacyjne przynajmniej po 500 członków. Żadnego z tych przepisów nie musi się stosować do Kas brackich. Rząd się spodziewa, że po zastosowaniu powyższych przepisów liczba Kas chorych spadnie do jednej trzeciej obecnie istniejących.

Autor broszurki nie godzi się na to obliczenie rządu i udowadnia zapatrywanie swoje zestawieniami liczbowemi.

Oto są uwagi, które pozwoliłem sobie przytoczyć z obszernej pracy Dra Verkaufa: uwzględniłem też tylko te, które obchodzą stan lekarski. *E. Stahr.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 29 czerwca.

* Rektorem wszechnicy lwowskiej wybrany został kierownik kliniki lekarskiej prof dr. Antoni Gluziński.

* Rada Zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich udzieliła na posiedzeniu dnia 19 czerwca 1905 r. 14 wdowom po lekarzach zapomóg w łącznej kwocie 1,450 koron. Ogólna suma zapomóg udzielonych w r. b., wynosi do tej chwili 5,115 koron.

* Dziekanami wydziałów lekarskich na przyszły rok szkolny wybrani zostali: prof. dr. Józef Łazarski — w Krakowie i prof. dr. Emanuel Machek — we Lwowie.

* Wyszedł z druku zeszyt IV tomu III go dzieła zbiorowego „Nauka o chorobach wewnętrznych“, wydawanego przez dr. Wal. Jaworskiego. Zeszyt ten zawiera: Leczenie wodami normalnemi, pióra prof. Jaworskiego; zboczenia mowy (logopatologia) pióra dr. W. Ołtuszewskiego z Warszawy; przedmowę redaktora i spis abecadłowy całego dzieła, które znajduje się na składach w księgarniach: H. Altenberga we Lwowie i S. Krzyżanowskiego w Krakowie.

* Wielkie tygodniki niemieckie podają życiorys ś. p. prof. Jana Mikulicza, wyrażając szczery żal po stracie tej miary uczonego, nauczyciela i niezrównanego operatora. Przyjaciel zmarłego, wiedeński profesor Eiselsberg, ten, który pierwszy posiadł tajemnicę groźnego stanu ś p. Mikulicza, ogłosił w „Wiener klinische Wochenschrift“ obszerny życiorys, który uzupełnił spisem prac zmarłego. W spisie tym przytoczył tytuły rozpraw ogłoszonych po polsku, a tem samem stwierdził może mniej znany zagranicą fakt, że ś. p. Mikulicz nie pomijał polskiego piśmiennictwa, chociaż to może było jedyne ogniwo, które go wplotło w łańcuch naszego życia umysłowego; po za tem duchowo ś. p. Mikulicz do nas nie należał, a próby poznania naszej literatury i historyi, jakie czynił podczas pobytu w Krakowie, nie mogły wydać obfitego plonu, wobec olbrzymiej pracy zawodowej i nauczycielskiej, które szczelnie wypełniały jego życie. Mikulicz stał na tak wysokim szczeblu wiedzy, działał na tak rozległym obszarze ziemi, że raz znalazłszy się w ludzkiem środowisku kulturalnem, już czuł się u siebie, nie pytając o cechy rasowe, językowe i wyznaniowe. Katedrę chirurgii w Krakowie otrzymał Mikulicz z woli ministra oświaty, więc w przyjęciu jego przez wydział lekarski U. J. mogła istnieć niejaka sztywność: w krótkim jednak czasie pierzchły wzajemnie uprzedzenia, Mikulicz przystosował się do warunków, jakie zastał w Krakowie, potężnie wpłynął na ich poprawę i wreszcie zżył się z uniwersytetem w tym stopniu, że gdy rząd niemiecki przedstawił mu perspektywę świetnej przyszłości i wezwał na katedrę chirurgii do Królewca, uniwersytet Jagielloński czynił usilne starania, ażeby go zatrzymać w Krakowie. Za cechę szczerości charakteru Mikulicza względem nas może posłużyć ten fakt, że nie czując się polakiem, nigdy siebie za takowego nie przedstawiał i żadne widoki oportunistyczne nie wpłynęły na ten lojalny i wyraźny stosunek jego do społeczeństwa polskiego. Na podstawie tego właśnie jasnego postawienia kwestyi narodowościowej oceniono w Krakowie wartość moralną Mikulicza i między nim a społeczeństwem polskiem, wolnem od zapamiętałego szowinizmu, zadzierzgnął się węzeł nigdy może nie manifestowany słowem, ale zato szczery, tak jak szczerym jest żal po zgonie jego, chociaż żalowi temu nie dano wyrazu głośnego nad grobem przedwcześnie zmarłego chirurga i męża głębokiej wiedzy.

W jednym z następnych numerów „Przegl. lek.“ p damy życiorys ś. p. Mikulicza.

* Dzienniki donoszą, że rosyjskie ministerstwo spraw wewn. nostryfikowało dyplom lekarski dr. Jana Niementowskiego, lekarza szpitala lwowskiego, który osiada w Lanckoroniu na Podolu rosyjskiem. Ułatwienie, jakiego doznał dr. Niementowski, jest niezawodnie wynikiem braku lekarzy w Rosyi.

* Rząd austryacki nie spostrzegł w porę, że światowa niegdyś sława uniwersytetów tego państwa znacznie zmalała od pół wieku. Szczególnie to należy powiedzieć o szkole lekarskiej wiedeńskiej, której ludzkość zawdzięcza tyle wiekopomnych odkryć. Mniej więcej od pół wieku zaznaczył się w medycynie wybitnie doświadczalny kierunek, wymagający licznie i dobrze zaopatrzonych w przyrządy instytutów i pracowni. Ministrowie oświaty w celach oszczędnościowych ten kierunek zapoznawali i dopiero w ostatnich czasach, kiedy wezwania z Wiednia do objęcia jednej lub drugiej katedry uczeni niemieccy poczęli pogardliwie odrzucać, zrozumiano wreszcie, że tak dalej iść nie może i rząd obecnie staje przed Izbą posłów z wnioskiem o udzielenie kredytu 25.000,000 K. na inwestycye uniwersyteckie: ufać należy, że obie Izby wniosek rządu uchwalą.

* Rząd zamierza w najbliższym czasie przystąpić do utworzenia dwóch nowych uniwersytetów na Morawach: czeskiego i niemieckiego; fundusz potrzebny na te inwestycye ma być wstawiony już do przyszłorocznego budżetu.

* Dziekanem czeskiego wydziału lekarskiego w Pradze wybrany został prof. Janošik.

* Dziekanem wydziału lekarskiego w Wiedniu wybrany został prof. Zuckerkandl.

* Zarząd sanitarny w Charbinie natarczywie domaga się od rządu pomnożenia liczby lekarzy z powodu grasowania w tej miejscowości cholery. Według czasopism liczba chorych wynosi 26.000.

* Między 11 a 17 czerwca zaszły w Galicyi nowe przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, mianowicie: w 28 (31 zeszł. tygodnia) gminach, należących do 19 (20 z. tyg.) powiatów, zachorowało osób 40 (42 zeszł. tyg.), zmarło 35 (20 z. tyg.). W mieście Krakowie i Lwowie nie zaszedł żaden nowy przypadek.

* Między 4 a 10 czerwca doniesiono władzy o 4 nowych przypadkach ospy w Tarnowie. W tymże czasie stwierdzono durosutkowy w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim, borszczowskim (po 1 gm.), brzeżańskim, (2 gm.), brzozowskim (1 gm.), buczackim (2 gm.), czortkowskim (4 gm.), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), horodeńskim (3 gm.), grodeckim, kamioneckim, kołomyjskim (po 1 gm.), jarosławskim, jaworowskim, lwowskim (po 2 gm.), liskim (1 gm.), mościskim (2 gm.), nadwórniańskim (3 gm), peczeniżyńskim (1 gm.), przemyskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), skałackim, śniatyńskim (po 1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), starosamborskim (4 gm), stryjskim (6 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim, zaleszczyckim, zborowskim (po 2 gm.), żółkiewskim (3 gm.). złoczowskim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Frank mian. został zwyczajnym profesorem fizyologii w Giessen.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Alfons Toporski, dyrektor Szkoły położnych w Poznaniu, odebrał sobie życie w Berlinie. Dr. Wernicke, znakomity prof. psychiatryi w Halle a. S., zmarł wskutek wypadku w podróży samochodem. Liczył lat 56.

Bibliografia:

— *Biblioteka lekarska* (Zeszyt I, II, III, IV, V i VI): Dieulafoy: Podręcznik chorób wewnętrznych (Z. I, II i III). Ołtuszewski: Szkic nauki o mowie (Z. II, III, IV, V, VI). Comby: Choroby dzieci. (Z. II, III, IV, V, VI). Jessner: Choroby skóry (Z. VI).

— *Odczyty kliniczne* Nr. 193: Pawiński: O wpływie kąpiel, zwłaszcza zawierających kwas węglowy, na krwiobieg.

— *Gazeta lekarska* Nr. 23. Wretowski: Przyczynek do kazuistyki kataru siennego. — Przyrząd aseptyczny do wewnątrzżylnych oraz podskórnych wlewań fizyologicznego roczczynu soli pomysłu dra Henryka Sadkowskiego. Barącz: W sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny odbytu (*fissura ani*) na podstawie własnego doświadczenia (dok.).

— *Medycyna* Nr. 24. Palmirski: O cholerze ze stanowiska bakteryologii, biologii i higieny publicznej (c. d.). Bregman: Przyczynek do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Z. 6. Wisłocki: Ochrona krocza. Raszkes: O nowych metodach leczniczych w położnictwie i ginekologii.

Kronika lekarska Z. 12. Giedgowo: O ostrej rozstrzeni żołądka (c. d.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 12 zawiera: Cholera. — Tężec. — Higiena i dyetetyka kobiety karmiącej.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaeteticke therapii* Nr. 7. Bakeš: Kasuistické příspěvky ku poznáni osteoarthropathii při syringomyelii s poznámkami o spontannich frakturách vůbec. Mourek: Vzácný připad náhlé duševni infekce šesti sourozenců (c. d.). Haškovec: Therapie myxoedemu (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 25. Saska: Neuroretinitis saturnina. Zeman: Laterálni oesofagotomie při cizich tělesech v jicnu (dok.). Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrozené přijici (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 47. Garnier i Jomier: Zatory bąblowcowe tętnicy płucnej. Larrier i Bergeron: Hidro-hemoliza Poszukiwanie prątka Kocha i innych drobnoustrojów we krwi

Nr. 48. Brunswic-Le-Bihan: Szpital „Sadiki" i pomoc lekarska krajowa w Tunisie. Mazeran: Zwątlenie (atonia) w niestrawnościach.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 25. Posner: Balneoterapia chorób skórnych. Heine: Zaburzenia oczne w przebiegu zapalenia opon mózgowordzeniowych. Muszkat: Przypadek kolki oskrzelowej w następstwie kamicy oskrzelowej. Margulies: Niebezpieczeństwo utonięcia i sprawy ratunkowe na morzu. Hahn: Znaczenie hemolizy dla praktyki. Lüdke: Wytwarzanie się niweczników jako sprawa wydzielnicza komórek (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 25. Clairmont i Banzi: Kazuistyczny przyczynek do leczenia operacyjnego ropnia podprzeponowego. Przyczynek do nauki o ciałkach Negriego w wściekliznie. Maresch: Subtelna budowa ciałek Negriego. Salus: Agresyna prątka okrężniczego, z szczególnem uwzględnieniem jej swoistości. Weil: Możliwość wzrostu prątka siennego w ciele zwierzęcem.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 25. Grunert: Znaczenie nakłucia lędźwiowego dla otyatryi. Waele i Sugg: Znajdowanie paciorkowców w ospie i ośpicy ze względu na różniczkowe postępowanie rozpoznawcze. Wasielewski: Technika doświadczeń szczepiennych Guarniera i jej użycie do wykazania czynnika krowianki w narządach wewnętrznych zwierząt. Lichtenberg: Pochodzenie przycewkowych przewodów u mężczyzny. Klienenberger: O moczu, osadzie moczowym w przewlekłych i miejscowych zastojach, w stanach zapalnych i zapadzie. Fuld: O nowym wskazniku. Asch: Działanie wstrzykiwań sublimatu na błonę śluzową cewki moczowej i ich niebezpieczeństwo. Rahner: Antytusyna w leczeniu krztuśca i jej stosunek do innych środków używanych w tej chorobie.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 25. Naunyn: Leczenie cukrzycy. Drigalski: Spostrzeżenia nad nagminnem zapaleniem opon mózgowordzeniowych. Kron: Przypadek operowanego nowotworu rdzenia pacierzowego. Hackenbruch: Leczenie porażenia rdzeniowego dzieci zapomocą przeszczepienia nerwów. Quest: Leczenie płonicy Albu: Rozpoznanie i leczenie przewlekłego zapalenia okątniczego.

Redakcya otrzymała. St. Mutermilch: Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kwasu moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie. W. Mutermilch: Hipoteza budowy zarodzi. Bier: O katalazie w mleku. Grunert Einführung in das Studium der Ohrenkrankheiten, ein Grundriss der Otologie i t. d.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 25 (od dnia 18/VI do 24/VI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. —, dziew. —; nieżywo: chł. 2, dz. 5. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 11, kob. 15; zamiejscowych: męż. 17, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 9, ob. 10. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. 1, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 2. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 5 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 26, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 5 lipca, o godzinie 6 wieczorem, ***w Domu Towarzystwa***, posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym: 1) kol. doc. Rutkowski mówić będzie o metodzie leczniczej Biera (z demonstracyą). 2) Koł. prof. Jaworski przedstawi wraz z asystentami rzadsze przypadki chorobowe, leczone w klinice lekarskiej. 3) Kol. dr. Gettlich przedstawi i omówi rzadki przypadek chorobowy u 12-miesięcznego dziecka. 4) Kol. prof. Ciechanowski przedstawi pouczające okazy anotomo-patologiczne. 5) Kol. doc. Krzyształowicz i prof. Siedlecki przedstawią preparaty mikroskopowe ze zmian kiłowych, zawierające *spirochaete pallida Schaudin*, a kol. prof. Nowak — preparaty, zawierające *spirochaete spirillosis gallinarum*.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr. **Brodzki Jan.**

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakl.
Dr. **Riedmüller B.**, b. asyst. klin. chir. Uniw. Jag., lekarz oddziału dermatol. szpit św. Łazarza w Krakowie.
Dr. **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr. **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Aronsohn Julian**, („Krakus“).
Dr. **Askenazy Zygmunt**, („Pod Orłem“).
Dr. **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr. **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „Pod Kosynierem“).
Dr. **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem“).
Dr. **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka“).

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).
Dr. **Jasiński Stanisław**, lekarz zakładowy.

Rabka.
Dr. **Cholewicz F.**
Dr. **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Regiec Jan.**
Dr. **Wajgiel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attyla“).
Dr. **Kołaczkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu na Miedziusiu.
Dr. **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr. **Zuliński Edward**, (Willa „Alma“), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr. **Pelczar Zenon.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.
Dr. **Dłuski Kaz.**, Dyr. Sanat. dla piersiowo chorych (4—5 g.).
Dr. **Dłuska Bron.**, Sanatoryum (wtorek, czwartek, sobota 5—6 g.).

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Biarritz.
Dr. **Bohdanowicz A.**, (Villa Enia) (zimą **Nizza** 11. Boulv. Victor Hugo).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr. **Wohr**, lekarz zakł. (zimą **Lussinpiccolo**).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen“).

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger“ IV)

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie, słoneczne i piaskowe).
Dr. **Oransz M.**, (Polak), specyalista chor. dzieci i ortopedyi.

Gries obok Bozen (Sezon: 1/IX—1/VI).
Dr. **Nazarkiewicz**, kierown. „Sanatoryum“ i „Sonnenhofu“.

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kostecki**, (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva“) (przez cały rok).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr. **Maciejewski J.**, („Villa Elsa“), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr. **Weissenberg**, (zimą w **Nervi**).

Marienbad.
Dr. **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried“).
Dr. **Kaufmann Michał**, („Villa Lissa“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder R.**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Wiesbaden.
Dr. **Simon Aleks.**, (z Warszawy), właściciel lecznicy fizyk.

Rok XLIV. Kraków 8 Lipca 1905. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kiedy możemy pozwolić się żenić osobnikowi, który przebył kiłę?

Podał
Dr. Eugeniusz Borzęcki
prymaryusz oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Kiła ze względu przenoszenia się na potomstwo zajmuje pierwsze miejsce w rzędzie chorób zakaźnych. W dziale zdrowotności społecznej sprawa ta powinna znaleźć należne jej miejsce. Tak jednak nie jest: nie doczekała się ona jeszcze należytego uwzględnienia, a często z różnych powodów pomija się ją milczeniem. Przyczyny tego nie trudno odszukać. Choroby weneryczne w przeważnej części naszego społeczeństwa są uważane za równoznaczne z następstwami życia wyuzdanego; nic więc dziwnego, że na takiem zapatrywaniu oparta błędna etyka nie pozwala sprawy chorób wenerycznych poruszać tam, gdzieby należało, z tą jawnością, jaka nie krępuje nas w niczem, kiedy mówimy o higienie mieszkania, szkoły, odzieży i t. d. „Życie płciowe", mówi Krafft-Ebing[1]), jest najsilniejszym czynnikiem w bycie jednostki i bycie społeczeństwa", a skoro tak, to nie można następstw stąd wypływających, — a są niemi przecież i choroby weneryczne, — traktować połowiczo. Z pojęciem kiły zrosło się prawie nierozdzielnie pojęcie choroby nieuleczalnej, na ogół niesłuszne, ale, dodajmy, dla dotkniętego nieraz może korzystne. Że takie pesymistyczne zapatrywanie się na przyrodę kiły jest dla wielu poważnym hamulcem w używaniu uciech płciowych, ważnym bodźcem do założenia ogniska rodzinnego, wątpić nie można. Stanowi ono równocześnie nie małą pomoc dla lekarza do przeprowadzenia dostatecznie długiego leczenia, nie odbierając mu możności zrównoważenia stanu psychicznego pacyenta przedstawienia mu sprawy we właściwem świetle. — To samo zapatrywanie wreszcie sprowadza pacyenta, który ma się żenić, do postawienia lekarzowi pytania: „przebyłem kiłę, czy mogę się żenić bez narażenia na następstwa przebytej choroby przyszłej mej żony a względnie dzieci"? Powiedzmy na wstępie, że rozwiązanie tego pytania nie może w obecnej chwili mieć wartości odpowiedzi ścisłej; raczej będzie ono wnioskiem, opartym na szeregu premis i warunków. — Dając odpowiedź, pamiętajmy, że bierzemy na siebie odpowiedzialność, bo od niej może zależeć los nietylko jednostki, ale całej rodziny. Rozstrzygnięcie tego pytania trudne: oprzeć się ono może tylko na wynikach spostrzeżeń, dotyczących przebiegu klinicznego. Czy odpowiedź nasza będzie przeczącą, czy nie, łączy się z nią w obu razach cały szereg następstw, zależnie od przypadku mniej lub więcej poważnych. Zakazując choremu żenić się, dotykamy tem tylko jednostki, może ciężko, ale mniej w każdym razie, niż wtedy, kiedy dajemy pozwolenie i na jedną kartę stawiamy przyszłość całej rodziny. To mając na uwadze, łatwo pojąć, jak wielką odpowiedzialność bierze na siebie lekarz, wyrokujący w tej sprawie, która całym ciężarem spada na niego. To też i dalsze uboczne względy, prócz rozpatrzenia i ocenienia przedmiotowego stanu chorego, nie powinny wpłynąć na jego zdanie. Zależnie od przypadku, położenie nasze może być mniej lub więcej trudne. Pewna część osobników, która przebyła kiłę, stawia to pytanie przed rozpoczęciem jakichkolwiek wstępnych kroków w celach małżeńskich, raczej ze stanowiska teoretycznego. Zadanie lekarza w takim razie łatwiejsze, sprawa nie jest aktualną, a odpowiedź będzie przedstawieniem stanu rzeczy ze stanowiska zasadniczego.

Trudniejsze położenie dla lekarza stwarzają ci z pacyentów, którzy porobiwszy już pewne kroki w zamiarach małżeńskich, pomni przebytej kiły, zadają nam powyższe pytanie.

Jeżeli chodzi o zasadnicze rozstrzygnięcie pytania, czy osobnik, który przebył kiłę, może się żenić, to na podstawie dzisiejszego stanu wiedzy odpowiedź damy twierdzącą.

Dwie są główne dane, które uprawniają nas do tego:

1) Kliniczne spostrzeżenia i doświadczalnie stwierdzony fakt, że u każdego osobnika, który nabył kiły, przychodzi wreszcie ten okres, w którym on na żadnej drodze osobie drugiej kiły udzielić nie może.

2) Codzienne spostrzeżenia, które stwierdzają, że ludzie, którzy przebyli kiłę, mogą mieć i mają żony i dzieci zupełnie zdrowe, w szczególności wolne od jakichkolwiek zmian, któreby można wprowadzić w związek przyczynowy z kiłą rodziców.

Co stanowi granicę między okresem kiły, w którym ona jest przenośną, a tym, w którym nią być przestaje? Gdybyśmy na tak postawione pytanie umieli dać odpowiedź ścisłą, to równocześnie i pytanie, które nas zajmuje, byłoby zaraz rozwiązane. — Tak jednak nie jest. Dosyć bowiem lakonicznie odpowiadamy na nie, że kiła w okresie III-cim przestaje być przenośną. — Spostrzeżenia kliniczne, szczepienia w dużej ilości potwierdzają to zapatrywanie. Wiemy jednak, że kiła w postaci zmian trzeciorzędnych występuje tylko w małym odsetku, jak równie i to, że czas, w jakim ona występuje od chwili zakażenia, waha się w granicach bardzo szerokich. Spotykamy wreszcie rzadkie przypadki, w których obok zmian drugorzędnych, a więc przenośnych, występują zmiany trzeciorzędne.

[1]) Krafft-Ebing: Psychopatha sexualis

Skoro więc wystąpienie zmian późnych stanowi tylko pewien odsetek w granicach czasu bardzo szerokich, to tylko odnośnie do tych przypadków i to z zastrzeżeniem możemy przypuszczać, że kiła przeszła w okres, w którym drugiemu osobnikowi przeniesieniem nie grozi.

Na tej drodze nie znajdujemy więc rozwiązania naszego pytania. Z kolei nasuwa się więc pytanie: jak długo trwa okres kiły drugorzędnej, w którym jest ona przenośną na matkę, względnie na płód? Spostrzeżenia kliniczne dają nam odpowiedź niedwuznaczną, ale tak daleką od reguły, jak dalekim jest od niej każdy przypadek kiły co do częstości nawrotów zmian wczesnych i co do czasu ich występowania w przyszłości — Jeżeli wziąć miarę z przeważnej liczby przypadków, to okres ten pojawiania się zmian drugorzędnych nie przekracza lat trzech; rzadkie są przypadki, że i po tym czasie (przy równem leczeniu) zmiany te występują; nie brak wreszcie i wyjątków, w których stwierdzono takowe w lat — 7—8.

Przypadek taki opisuje Mauriac[2]), w którym osobnik, dotknięty kiłą, w lat 8 od zakażenia zaraził żonę. Sam miałem sposobność stwierdzić u mężczyzny w lat 7 od zakażenia kłykciny sączące na wargach, a u kobiety w lat 9 na częściach rodnych. To pojawienie się zmian drugorzędnych w czasie tak późnym należy tylko do wyjątków. Z drugiej strony spotykamy przypadki, w których przy ścisłem spostrzeganiu stwierdzamy tylko jedną wysypkę i nigdy później pod żadną postacią nawrotu. Jakże więc trudno wobec takich wahań co do czasu pojawiania się zmian drugorzędnych wyszukać pewną podstawę, na której oparci, moglibyśmy wykluczyć niebezpieczeństwo przeniesienia choroby. Nie dosyć na tem. Mówiąc o zmianach drugorzędnych, zazwyczaj mamy na myśli spotykane na skórze i błonach śluzowych. Jeżeli jednak idzie o osobnika, który ma się żenić, to wchodzi w grę nowy pośrednik w przeniesieniu kiły, t. j. nasienie. Zapatrywanie to, jakkolwiek nie jest przez wszystkich przyjęte, znajduje jednak ze stanowiska klinicznego tyle podstaw, że z możebnością przeniesienia kiły na płód przez nasienie liczyć się należy. Nierzadkie to przypadki, gdzie w małżeństwie z ojca kiłowego, nie okazującego zresztą od dłuższego czasu żadnych zmian swoistych, bez dającego się stwierdzić zakażenia matki, kolejno po sobie następują poronienia, to porody przedwczesne, czy czasowe płodów zmacerowanych. — Oto w krótkich słowach przypadek z własnego spostrzeżenia:

Kiła nabyta przed 11 laty; objawów żadnych niema; leczenie dotychczasowe bez planu, dorywcze. Pacyent żeni się, a na zapytanie, czy choroba nie przeniesie się na żonę lub dzieci, czuję się uprawnionym powiedzieć, że nie. Tymczasem następują dwa porody przedwczesne, w lat pięć po ożenieniu się rozwija się u pacyenta wiąd rdzenia.

Kassowitz[3]) np. określa jako granicę czasu przenoszenia się kiły na płód przez nasienie lat 10; Henoch spostrzegal to po latach 20, a See w jednym przypadku po 30 latach. Z zapatrywaniem Kassowitza zgodzić się niepodobna; codzienne spostrzeżenia kliniczne pouczają czego innego. Odnosić się ono może do odosobnionych przypadków. Pewien więc odsetek przypadków kiły nie dozwala na wytyczenie granicy prostej co do czasu, w którym ona utraciła zdolność przenoszenia się. — Ogromna jednak większość spostrzeżeń poucza, że okres ten czasu odnośnie do występowania zmian wczesnych przenośnych nie przekracza lat trzech. To też Fournier[4]) jako najkrótszy okres czasu dla zawarcia związków małżeńskich określa na lat 3—4, wyrażając się, że „znosi małżeństwo po tym czasie zawarte“. Zapatrywanie to podzielają dziś niemal wszyscy. Jeżeli wogóle, o ile sądzić mogę na podstawie własnych spostrzeżeń, mężczyzna obciążony przebytą kiłą gotów jest zastosować się zupełnie do wskazówek lekarza, by otrzymać upoważnienie do żenienia się, to z drugiej strony spotyka się jednostki, które pod wpływem niezrozumiałych pobudek przyjmują do wiadomości nasze zdanie, by działać wręcz przeciwnie. — Cóż powiedzieć o tych rzadkich przypadkach, kiedy mężczyzna, nabywszy przed kilku czy kilkunastu miesiącami kiły, udaje się do lekarza, a kiedy usłyszy jego *veto,* nie waha się w odpowiedzi dodać: „dziś cofnąć się nie mogę; gdybym to zrobił, znaczyłoby to tyle, co wykrycie stanu mojego zdrowia, a to musi pozostać tajemnicą“ i za cenę jej utrzymania robi ofiarę z przyszłej żony i dzieci. Jak dalece posunąć się może w tym kierunku opieszałość, na dowód przytoczę w krótkości własne spostrzeżenia:

W kwietniu r. 1904 zasięgał mej porady kolega lekarz N. N. z powodu zmian na prąciu, o których naturze sam nie zdawał sobie sprawy. Stwierdziłem zmianę pierwotną i na skórze świeżą wysypkę. Przeprowadziłem potrzebne leczenie. W ciągu jednej konsultacyi wypytuje mnie ów kolega, czy może się żenić? Odpowiedziałem, że przecież obecnie o tem myśleć nie można. We wrześniu tego samego roku, przechodząc jedną z ulic miasta, spostrzegłem szereg powozów orszaku ślubnego; z ciekawości przystanąłem, i jakież było moje zdziwienie, kiedy w panu młodym poznałem tego samego kolegę. Następstwa nie dały na siebie długo czekać. D. 2 listopada stwierdziłem u żony, która była w ciąży, świeżą wysypkę; w grudniu nastąpiło poronienie, a o ile później mogłem dowiedzieć się, jeszcze dwa porody przedwczesne. — Tu należy także przypadek, spostrzegany i opisany przez Fourniera[5]): młody mężczyzna, u którego stwierdzono już objawy groźne (jak utratę pamięci), mimo wyraźnego zakazu, żeni się. Dzień i godzina ślubu naznaczone. Orszak ślubny zebrany, a pana młodego niema. Znajdują go w domu przy filiżance czekolady, — zapomniał o ślubie. Ślub się odbywa, a w kilka miesięcy po nim występują napady szału.

Podobne przypadki, to dostateczna przestroga dla nas, byśmy w wydaniu naszego zdania nie kierowali się żadnymi względami ubocznymi, które mogą nieraz dla pacyenta stwarzać położenie bardzo przykre, nas nie zwalniają jednak od wielkiej odpowiedzialności. A jeżeli ulegliśmy przedstawieniom pacyenta, a przewidywana katastrofa nie ominie, to wtedy od tego samego chorego spotka nas wyrzut, żeśmy nie dosyć stanowczo wypowiedzieli swoje *veto.* Nie wiem, czy w przypadku podobnym, jak ten który, przytoczyłem z własnego spostrzeżenia, gdzie wbrew zakazowi lekarza pacyent nie odstępuje od zamiaru żenienia się, nie byłoby obowiązkiem lekarza wyjaśnić położenie rodzinie przyszłej żony. Jeżeli z jednej strony jest stwierdzonem, że im później od nabycia kiły, tem prawdopodobieństwo większe, że kiła nie przeniesie się na żonę, względnie dzieci, to z drugiej strony oparcie naszego sądu na tej jednej danej nie może nas zaspokoić. Musimy się oglądać za innemi. Słusznem też nazwać trzeba zestawienie tych warunków, które podaje

[2]) Mauriac: Archiv f. Derm. u. Sypth. XXIII.

[3]) Die Vererbung der Syphil. — Mediz. Jahrbücher 1875.

[4]) Syphilis et Mariage — Paris 1890.

[5]) l. c.

Fournier[6]), a które powinny się obok siebie znaleźć, jeżeli mamy wziąć na siebie odpowiedzialność; dając osobnikowi, który przebył kiłę, pozwolenie ożenienia się. Są one następujące:

1) Brak objawów kiłowych.

2) Odpowiednio długi okres czasu od nabycia kiły.

3) Dłuższy przeciąg czasu od wystąpienia ostatnich objawów.

4) Uwzględnienie, czy przebieg dotychczasowy nie miał cech kiły złośliwej (objawy ze strony mózgu, rdzenia).

5) Dostatecznie przeprowadzone leczenie swoiste.

Żaden z nich z osobna nie wystarcza. Jeżeli znajdą się razem, to w braku lepszego kryteryum, jak na obecną chwilę, pozwalają na wniosek, że w rokowaniu się nie pomylimy. Przechodząc je kolejno, zdaje się, że brak jakichkolwiek objawów w czasie, kiedy pacyent się żeni, nie potrzebuje uzasadnienia. A jednak i to się zdarza. Objaśniony przez lekarza o położeniu, postanawia zachować wszelkie ostrożności, badać się najskrupulatniej, by zapobiedz przeniesieniu kiły na żonę. Cała ta profilaksa zostaje zawsze tylko dobrą chęcią, odracza co najwyżej chwilę zakażenia. Rozpatrując ten pierwszy warunek, nie dosyć upewnić siebie i pacyenta w tym kierunku, że nie istnieje obawa przeniesienia kiły na żonę lub dzieci. Bo i cóż za korzyść z tego, że opierając się choćby tylko na tem, że od zakażenia upłynęło lat kilka, czy więcej, nie lękamy się możności udzielenia choroby rodzinie przyszłej, jeżeli u tego samego pacyenta stwierdzimy rozszerzenie źrenicy, zniesienie odruchów źrenicznych, kolanowych i t. podobne objawy, które na krótszą czy dłuższą przestrzeń czasu bywają zwiastunami ciężkich zboczeń mózgowo-rdzeniowych. Jeżeli w podobnym przypadku lekarz daje pozwolenie, to postąpił według mego zdania źle. Powinien raczej wyjawić swoje obawy bądź badanemu, bądź może właściwiej komuś z otoczenia, by nie robić sobie wyrzutów za późno.

Warunek drugi stanowi odpowiednio długi czas od zakażenia, o którym była mowa na wstępie. Trzy do czterech lat, oto najkrótszy termin, na jaki się zgodzić można. Ze względów praktycznych wydaje się słusznem, wspomnieć nawiasowo każdemu pacyentowi, u którego stwierdziliśmy kiłę świeżo nabytą, choćby o to nie pytał, że przed laty czterema żenić się nie powinien. Może niejednokrotnie tak mimochodem rzucona uwaga uchroni młodego człowieka od podjęcia przedwczesnych kroków w celach małżeńskich i zaoszczędzi mu cofania się po krętych drogach.

Trzeci z porządku warunek wymaga, by od chwili, kiedy stwierdzono ostatni raz objaw kiły, upłynął dłuższy przeciąg czasu. To warunek konieczny. Chyba żaden lekarz nie ważyłby się choremu, u którego przed miesiącem czy paru miesiącami stwierdził kłykcinę sączącą, choćby minął lat szereg od zakażenia, dać swoje pozwolenie żenienia się. Spostrzeżenie kliniczne poucza, że nawroty w okresie wczesnym występują w pewnej ciągłości, z przerwami paru co najwyżej kilku miesięcy. Jeżeli zaś minie rok i więcej zupełnego spokoju, to wystąpienie po takim czasie zmian z cechami drugorzędnych należy do rzadkości.

Taka długa przerwa po przeprowadzonem poprzednio energicznem, długiem leczeniu, nie może być uważana za przypadkową, ale raczej pozwala na wniosek, że nawrót nie nastąpi. Jako najkrótszy termin w tym kierunku podaje np. Fournier lat dwa. Sądzę, że i termin nieco krótszy jest dopuszczalny. Rzeczą zaś jest obojętną, czy ten ostatni objaw stwierdziliśmy jako wysypkę na skórze, czy jako zmianę na błonach śluzowych.

Czwartym warunkiem, który na oku mieć musimy przy rozwiązaniu postawionego pytania, to orzeczenie, czy przebieg kiły dotychczasowy nie miał cechy złośliwej, źle wróżącej na przyszłość. Określenie, czy kiłę na podstawie objawów wczesnych, a więc wysypek, zmian na błonach śluzowych, nazwać łagodną, czy ciężką, przedstawia wiele ciemnych stron. Badając chorego kiłowego, urobimy sobie pewien sąd na podstawie zmian, jakie spotykamy na powłokach skórnych, błonach śluzowych, zajęciu gruczołów chłonnych. Jak znaczne są tu różnice i wahania, wie każdy. Niektórzy klinicyści uważają za cięższe te przypadki, w których zmiany drugorzędne ograniczają się głównie czy wyłącznie do skóry, z szczególnem upodobaniem zajmują stopy i dłonie, a pomijają błony śluzowe; za łagodniejsze zaś te, w których przeważa zajęcie błon śluzowych.

Fournier w zestawionych przez siebie 84 przypadkach wiądu podaje, że tylko w 10 przebieg kiły w okresie wczesnym był przeciętny, a w 74 bardzo łagodny (pod względem obfitości wysypek, częstości nawrotów), ani w jednym ciężki. Przed laty kilku poruszyłem ten temat z doświadczonym w tej mierze ś. p. Prof. Rosnerem, pytając o ile według Jego spostrzeżeń całokształt zmian wczesnych swojem nasileniem daje jakieś wskazówki co do rokowania? „Wolę — była Jego odpowiedź — zawsze przypadki kiły z obfitemi wysypkami, częstymi nawrotami, aniżeli pozornie te łagodnie przebiegające“. Przytoczona wyżej statystyka Fourniera potwierdza słuszność tego zapatrywania. Jako cięższe musimy uważać te przypadki, w których w okresie wczesnym wystąpiły zmiany ze strony mózgu, jak: przemijające porażenia mięśni ocznych, nerwu twarzowego, czy nawet połowicze, zajęcia oka i t. d. Jeżeli rokowanie gorsze w tych przypadkach, to nie w odniesieniu do przyszłej żony czy dzieci, tylko ze względu na pacyenta. Wzgląd to jednak nie mniejszej wagi przy rozstrzygnieniu naszego pytania.

Wreszcie piątym warunkiem jest dostatecznie przeprowadzone leczenie swoiste. Niepodobna na tem miejscu sprawę tę szerzej omówić. Mówiąc o leczeniu kiły w okresie wczesnym, położymy główny nacisk na stosowanie przetworów rtęci. Że rtęć w tym okresie jest środkiem swoistym w tem znaczeniu, że przy jej użyciu udaje nam się prawie zawsze usunąć istniejące zmiany, nikt nie zaprzecza, jak równie, że to samo leczenie, jako środek zapobiegawczy przenoszenia kiły na płód, daje wyniki niedwuznaczne. Nie brak i tu przeciwników, z których najskrajniejszym był może Hermann[7]), który wszystkie objawy drugorzędne uważał za wynik leczenia rtęcią. Że leczenie powinno się prowadzić tak długo, jak długo występują objawy drugo-

[6]) L. c.

[7]) Hermann: Es gibt keine constitutionelle Syphilis.

rzędne, nie ulega wątpliwości. Że zaś okres ten czasu trwa przeciętnie 2—3 lat, więc przez ten czas powinno być stosowane systematyczne leczenie swoiste. To zapatrywanie podziela dziś większość klinicystów, by wymienić Fourniera, Neissera, Fingera, Lessera, Jadassohna, którzy zgodnie podają, że leczenie należy prowadzić przynajmniej przez 3 lata.

Oto w krótkości owe pięć warunków, które jeżeli znajdą się obok siebie, uprawniają nas do dania pozwolenia na zawarcie związków małżeńskich z tem prawdopodobieństwem, że nie pomylimy się; gdyby było inaczej, nie postąpiliśmy lekkomyślnie. Jak na obecną porę lepszego kryteryum nie mamy. *Mutatis mutandis* te same warunki znaleźć się muszą obok siebie, jeżeli idzie o pozwolenie pójścia za mąż kobiecie, która przebyła kiłę. Postawione pytanie rozstrzygaliśmy tylko z punktu widzenia na niebezpieczeństwo przeniesienia choroby na żonę, względnie dzieci, zostawiając poniekąd na uboczu los pytającego się. Wzgląd to jednak wielkiej wagi. Przynajmniej ja, ile razy podobnie pytającemu, skoro znalazły się obok siebie wszystkie wymagane warunki, dawałem pozwolenie żenienia się, to równocześnie nigdy nie umiałem się pozbyć pewnej obawy, jaką mi nasuwało pytanie: a czy równocześnie mogę ręczyć, że człowiek ten za lat 5 czy 10, mając zdrową żonę i dzieci, nie zapadnie sam na ciężką nieuleczalną chorobę, jak wiąd rdzenia, czy porażenie postępujące? Każdy lekarz chyba przypomniałby sobie podobny przypadek i całą grozę położenia rodziny; różnica między nimi ta tylko, czy byt materyalny zabezpieczony lub nie. Wniosek nasuwa się sam, że lżej nam przyjdzie dać swoje „placet“ tam, gdzie choćby na przypadek takiej katastrofy nie usunie się równocześnie jedyna podpora bytu rodziny.

Są to wyjątki i one nie mogą obalić zapatrywań, wypowiedzianych na sprawę żenienia się mężczyzny, który przebył kiłę, bo wprost byłoby nie po ludzku, biorąc je na uwagę, każdemu zabraniać się żenić. Fournier na 87 przypadków, dotyczących małżeństw, w których mąż przebył kiłę, a w których ani razu nie nastąpiło przeniesienie choroby na żonę i na 156 dzieci zdrowych z tych małżeństw, spostrzegł 12 przypadków chorób mózgowych lub mózgowordzeniowych, po większej części u leczonych krótko, niedostatecznie. Nie wiele mamy danych, któreby nam umożliwiały przepowiedzenie tych schorzeń. Nierówne źrenice, słabe lub zmienione oddziaływanie ich na światło, należą do najważniejszych. To też okuliści uważają te objawy u człowieka, który przebył kiłę, za zwiastuny złowrogie, które czasem na szereg lat poprzedzają wystąpienie czy to porażenia postępującego, czy wiądu rdzenia. Badania więc w tym kierunku nie należy nigdy pomijać.

Fournier zestawił 20 małżeństw, w których od zakażenia się kiłą mężów nie upłynęło w żadnem z nich lat dwóch. Wyniki były następujące: 19 żon uległo zakażeniu, a na 28 porodów z tych małżeństw było: 13 poronień, 6 zmarło wkrótce po urodzeniu, 6 dzieci ze zmianami kiłowemi, troje tylko zdrowych. A obraz takiego małżeństwa? Kto go raz miał sposobność spostrzegać, usprawiedliwi przyczynę, dla której niniejszy temat poruszyłem.

Jeżeli nie w mocy naszej jest ochronić społeczeństwo od tylu różnych chorób, to chrońmy je od tej, którą nieraz naszem stanowczem *veto* usunąć potrafimy. Tu idzie nie o jednostkę, ale o rodzinę i przyszłe pokolenie. To mając na uwadze, powinniśmy przy rozstrzygnięciu niniejszego pytania dobrze zważyć *pro* i *contra*, sąd nasz wydać ze stanowiska czysto przedmiotowego, nie dając się powodować żadnymi względami ubocznymi, a oddamy niejednokrotnie rzetelną usługę naszemu społeczeństwu.

II. Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. Prof. Kadera.

O zachowaniu się morfologicznych składników krwi w przebiegu bezgnilnego gojenia się ran czystych.

Podał

Dr. Mieczysław Staszewski.

(Praca częściowo wygłoszona na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1902).

(Ciąg dalszy).

Badając poszczególnie szkodliwe czynniki, mogące działać na ciałka czerwone krwi, jak chloroform, toksyny przy sprawach ropnych i t. d., byłem w stanie wykluczyć wpływ wszystkich tych czynników szkodliwych na pojawianie się we krwi czy to ciałek jądrzastych, czy to mikro- lub makro-cytów i doszedłem do przeświadczenia, że wpływ miarodajny na pojawienie się mikrocytów wywiera tylko krwawienie podczas operacyi. Sądzę przytem, że mikrocyty przedstawiają w sobie zapas czerwonych ciałek, istniejących w szpiku kostnym tylko w okresie późniejszym, niż ciałka jądrzaste, to jest już po utracie jądra.

Musimy tu podnieść zależność obecności tego składnika w prawidłowej krwi człowieka od wieku. Badając krew dzieci przed operacyą, mogłem się przekonać, że u pacyenta, lat 2 liczącego „hernia scrotalis sinistra“, u 5-letniego „hernia scrotalis bilateralis“ (vide tab. *d.*) i 7-letniego „contractura genu post combustionem“ (vide niżej załączone tabliczki *d* i *e*). mikrocyty znajdowały się we krwi w okresie przedoperacyjnym.

Tablica *d).*

L. dz. 229/901/2 *Ł. W.* l. 5. *Hernia scrotalis bilateralis.*

Data	Liczba ciałek białych	Liczba ciałek czerwon.	Stosunek	% hemo-glob.	Mi-krosk.	Ma-krosk.	Poikil
Przed operacyą:							
—	20 400	5,160.000	1/252	78	rzadko	—	—
7/V. *Herniotomia bilateralis* w uśpieniu chloroform., bez krwawienia. Czas trwania 60 min.							
Po operacyi:							
8/V	29·600	5,220.000	1/176·1	72	rzadko	—	—
9/V	25·800	4,180.000	1/162	65	—	—	—
11/V	22·000	4,380.000	1/199	73	rzadko	—	—

Przypadki takie w wieku późniejszym stanowiły w badanym przezemnie materyale względną rzadkość, albowiem na ogólną liczbę 27 przypadków, badanych w tym kierunku,

Tablica *e*).

L. dz. 142/901/ż. *L. P.* l. 7. *Contractura genu post combustionem*

Data	Liczba ciałek białych	Liczba ciałek czeowon.	Stosunek	% hemoglob.	Mikrosk.	Makrosk.	Poikil.
Przed operacyą:							
—	7·800	4,900.000	$\frac{1}{628·2}$	77	często	—	—
18/VI. W uśpieniu chloroform. *Operationes plasticae multiplices.* Czas trwania 90 min. Krwawienie nieznaczne.							
Po operacyi:							
w 2 godz. po op.	27·600	6.540.000	—	70	dość często	dość często	—
19/VI	17·800	6,380.000	$\frac{1}{358}$	75	"	"	—
20/VI	10·400	6,620.000	$\frac{1}{636}$	65	rzadko	—	—

mogłem tylko 2 razy je wykazać. Nie wypowiadam zdania mego w formie ostatecznej. Być może, że późniejsze i liczniejsze badania zagadnienia te rozstrzygną; sądzę jednak, że wiek przełomowy, kiedy mikrocyty zaczynają znikać z krwi prawidłowej, leży prawdopodobnie między rokiem siódmym a jedenastym, albowiem najstarszy pacyent w wieku dziecięcym, u którego jeszcze mikrocyty mogłem spostrzegać, miał lat 7, a najstarszy z tychże, u którego składnika tego już nie było, miał lat 11. Wobec podniesionego już faktu, że niezależnie od wieku mikrocyty występowały po operacyi we wszystkich przypadkach, należy uznać to za objaw ogólny, jakim ustrój ludzki w każdym wieku odpowiada na większą lub mniejszą utratę krwi.

Nigdy przed operacyą, a bardzo rzadko po niej spotykałem wielkie czerwone ciałka, t. zw. makrocyty. O znaczeniu tych tworów ze stanowiska operacyjnego nie jestem w stanie powiedzieć nic pewnego. Nie mogę także określić poikilocytozy, spotykanej w okresie pooperacyjnym. Wprawdzie spotykałem ją bardzo często w różnych przypadkach po operacyi; obecność jej jednak we krwi prawidłowej, niejednokrotnie przezemnie spostrzegana w stanie prawidłowym, tj. przed operacyą, obniża jej wartość, jako objawu, spowodowanego samym zabiegiem, jako takim. Być może, iż pewne w każdym razie zwiększenie się jej w okresie pooperacyjnym, a także większa rozmaitość różnorodnych kształtów ciałek czerwonych (Tab. *a*, *e*) da się z czasem wyzyskać przy ocenianiu zmian, w nich zachodzących pod wpływem zabiegu operacyjnego. Badania moje pod wielu względami zgadzają się z badaniami innych autorów, którzy, jak Zenoni (60), Köppe (33), Willebrandt badali krew u królików i psów po znacznych upustach krwi żylnej lub, jak Maclean, śledzili za zachowaniem się krwi w przypadkach wstrząsu (shock) wskutek wewnętrznego krwawienia i wykazali w tych razach zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych, zmniejszenie się hemoglobiny, wystąpienie makrocytów i ciałek czerwonych jądrzastych w czasie największego spadku liczby ciałek czerwonych.

Tworów, którebym mógł uważać za rozpadłe ciałka czerwone krwi, nie zauważyłem w żadnym przypadku.

Co do hemoglobiny, to wykazał wprawdzie Mayer (39) że wyniki badań przy pomocy przyrządu Fleischla są nietylko zawisłe od samego przyrządu w razach niedokładnego tegoż wykonania, od oświetlenia, napełnienia pipety i naczyńka, ale także od indywidualnych cech badacza, jak np. nieprawidłowej wrażliwości niektórych osób na barwę czerwoną, dalej od stanu psychicznego, od czynników natury optycznej, a nawet od czucia mięśniowego. Jestto nietylko oznaczenie ilości hemoglobiny, ile ocena natężenia zabarwienia krwi. Granice omyłki przekraczają nieraz więcej niż 10%.

Biernacki (9) odmawia hemoglobinometryi wszelkiej wartości praktycznej dla lekarza i uważa tylko wyniki higremometryi za miarodajną ocenę stanu niedokrewności, zwłaszcza że sposób ten badania, jako najbardziej dokładny, pozwala łatwo wykryć nawet zmiany bardzo nieznaczne, objawiające się wodnistością krwi. Z pomiędzy przyczyn, dla których uważa sposób kolorymetryczny za nieścisły, podaje fakt stwierdzony i przez innych autorów, że we krwi ubogiej w tlen, a więc ciemnej, stwierdza się sposobem kolorymetrycznym większe ilości hemoglobiny, niż te, które w prawidłowej krwi się znajdują, w jaśniejszej zaś krwi znajdowano niższe liczby, z których wypadałoby rozpoznać niedokrewność w tych razach, w których właśnie jej nie było.

Aby rozstrzygnąć, czy przy użyciu sposobów, dotąd praktycznie używanych, tj. czy z liczby c. czerwonych i z ilości hemoglobiny, oznaczonej przyrządem Fleischla, bez metody higremometrycznej można powziąć wyobrażenie o stanie krwi danego osobnika, ocenić stopień i typ niedokrewności, kontrolować jej przebieg i czy wreszcie z ilości tych można wnioskować o ilości wody we krwi, — Czernecki na klinice Gluzińskiego (16) przedsięwziął cały szereg badań nad różnego rodzaju niedokrwistościami. Obliczał on liczbę c. czerwonych i białych, ilość hemoglobiny przyrządem Fleischla, dalej wskaźnik zabarwienia każdego ciałka, a nadto równocześnie oznaczał ilość wody we krwi sposobem wagowym. Na podstawie wyniku swych badań twierdzi on, że wprawdzie higremometrya jest metodą, zasługującą na wprowadzenie jej do praktycznego użycia, przy badaniach dokładniejszych jest ona bowiem najściślejszą, jest jednak technicznie za trudną dla lekarza praktycznego. Dla praktycznego oceniania stopnia niedokrewności wystarcza oznaczenie liczby c. czerwonych, ich postaci i % hemoglobiny dotychczasowym sposobem.

Dla badań klinicznych, porównawczych, zwłaszcza jeżeli cały szereg badań przeprowadza jeden i ten sam badacz i tym samym przyrządem, oznaczenie kolorymetryczne hemoglobiny wystarcza w zupełności. Zachowanie się hemoglobiny w przypadkach badanych przezemnie okazało się różnorodnem i nie równoległem ze zmianami ilościowemi ciałek krwi czerwonych. W wiekszej liczbie przypadków zmiany były we dwie godziny po operacyi tak niestałe i nieznaczne, że stan ten muszę przyjąć za niezmieniony w stosunku do stanu przedoperacyjnego. Natomiast w następnych dniach ilość hemoglobiny znacznie się zmniejszała; szczyt zmniejszenia przypadł na czas od 3—5 dnia, poczem powracała do stanu przedoperacyjnego.

Zmniejszanie się to hemoglobiny występowało bardzo wybitnie, przedewszystkiem jednak w tych przypadkach, w których do uśpienia był użyty chloroform, natomiast były tylko nieznaczne w przypadkach, w których była stosowaną tropakokaina. Na dodatni wpływ chloroformu wskazują naj-

lepiej porównania przypadków, w których dokonano li tylko uśpienia chloroformowego z przypadkami, gdzie wstrzyknięto w kanał rdzeniowy 0,08 tropakokainy w 2% wodnym rozczynie bez jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego. (Patrz obok załączone 4 tabliczki *f, g, h, j*).

Tablica *f)*.

L. dz. 68/94/5. *S. M.*, l. 40, służący; osobnik dobrze zbudowany z objawami akromegalii. Przyjęty 26/I 1905. Rozpoznanie: *Struma parenchymatosa*.

Data	Ilość hemoglob.	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Tętno	Temp.
Przed uśpieniem chloroformem:					
16/II na czczo	95	4,000.000	6,200	84	36
16/II podczas 1-godzinnej narkozy chloroformowej zużyto 45 gr. chloroformu.					
Po uśpieniu chloroformowem:					
w 2 godz.	90	4,632.000	8,000	—	—
w 7 godz.	90	4,833.280	6,400	84	35·8
17/II	100	4,600.000	8,000	88	35·8
18/II. Wykonano: *resectio strumae* w uśpieniu chloroformowym, trwającem 80 minut, przytem zużyto 100 gr. chloroformu; krwawienie średnie.					
Po zabiegu operacyjnym w chloroformie:					
w 1½ g.	84	5,032,800	10.400	—	—
19/II	88	5.096.000	22,800	104	37 38
20/II	95	4,600 000	14,600	108	36·8
21/II	80	4,000.000	10,200	100	36·6
24/II	88	4,132,000	7,200	92	36

Tam, gdzie stosowano chloroform, znajdujemy spadek hemoglobiny po upływie dwóch godzin od czasu uśpienia ze 102 podziałek Goversa na 85 (g) tabl. X i z 95 na 90 (f) tabl. IX. Wpływ samego zabiegu operacyjnego na zachowanie się hemoglobiny był już znacznie mniejszy. Wynika to z faktu, że tam, gdzie uśpienie chloroformowe połączone było z wykonaniem tego lub innego zabiegu operacyjnego, spadek ilości hemoglobiny był mniej więcej taki sam, jak w przypadku zastosowania li tylko chloroformu bez wykonania jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego; np. w przypadku (g) tabl. X (*hernia inguinalis dextra*), operowana sposobem B a s s i n i e g o w uśpieniu chloroformowem, trwającem 40 minut i przy zużyciu 75 grm. chloroformu, po upływie trzech godzin od operacyi opadła hemoglobina z 95 na 80; w przypadku (f) tabl. IX (*struma parenchymatosa*) po operacyi w uśpieniu chloroformowem, trwającem 80 minut i przy zużyciu 100 grm. chloroformu i małem krwawieniu opadła hemoglobina w 1½ godziny po operacyi ze 100 na 84.

Inaczej rzecz się miała z tropakokainą: tu bowiem, jak to widać z załączonych tablic (*h, j*), ilość hemoglobiny, znajdowana zarówno w ciągu pierwszych godzin, jak i w ciągu całego szeregu dni następnych po zastosowaniu tylko tropakokainy bez zabiegu, pozostawała prawie bez zmian.

Tablica *h*).

L. dz. 114/94/5. *G. P.*, lat 26, wyrobnik. Rozpoznanie: *hernia inguinalis dextr. obliqua*. Przyjęty 21/II 1904.

Data	Ilość	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Tętno	Temp.
Przed wstrzyknięciem tropakopainy:					
24/II na czczo	98	5,450.000	5.200	80	36
24/II zastrzyknięto 0,08 tropakokainy w rozczynie 2% w ilości 4 cm.³ rozczynu.					
Po wstrzyknięciu 0,07—0,08 tropakokainy:					
w 3 godz.	98	5,600.000	7,000	72	36
w 7 godz.	96	5,200.000	12,200	—	36 36
25/II na czczo	95	4,296.000	11,400	64	36·2 36
26/II na czczo	98	3,796.000	11,200	64	36·2 37
27/II na czczo	95	5,449.000	12,200	64	37 36·6
28/II	95	4.379.600	5,400	64	36·8 37
1/III. Operacya w znieczuleniu lędźwiowym 0,08 tropakokainy wykonano *oper. radicalis m. Bassini*.					
Po zabiegu w tropakokainie:					
w 3 godz.	98	4,766.400	22,600	80	37·2
w 6 godz.	90	4,500.000	22,000	—	36·2 37·2

Po dużych krwawieniach (patrz tabl. *a—b* w poprzednim Nr. „Przeglądu lekarskiego“ i poniżej załączoną krzywę *z*) operacyach kostnych hemoglobina zmniejsza się, jednak niezależnie od rodzaju znieczulenia, prawie do połowy pierwotnej ilości i to już po upływie pierwszych 2 godzin po operacyi. — I tu można było zauważyć równoległość zmniejszania się hemoglobiny w stosunku do zmniejszania się liczby ciałek czerwonych.

G r u b e znajdował w licznych przypadkach po uśpieniu chloroformowem, w moczu oprócz bardzo nieznacznej ilości białka mucinuryę i często urobilinuryę. Tłómaczy on to licznem zniszczeniem ciałek czerwonych i barwika krwi pod wpływem chloroformu. Moczu na zawartość urobiliny nie badałem, spostrzegałem tylko w przypadkach, w których sen chloroformowy trwał długo, ciemniejsze jego zabarwienie. G r u b e, przeprowadzając badania moczu, nie badał równocześnie krwi; pomimo to pojawienie się urobiliny w moczu przypisuje rozpadowi samych ciałek czerwonych.

Oprócz działania chloroformu i obfitego krwawienia,

powoduje spadek ilości hemoglobiny i podniesiona często ciepłota.

White (55) liczył ciałka czerwone krwi przed i po laparotomiach, a mianowicie w 5 godz. po operacyi, a potem co 24 godzin aż do wyzdrowienia — i znajdował, że długotrwałe działanie chloroformu wyraża się w zmniejsze-

Tablica *g*).

L. dz. 87/904/5. *H. J.*, l. 38, murarz, dobrze zbudowany, przyjęty 13/II 1905. Rozpoznanie: *Hernia inguinalis dextra recidivans.*

Przed uśpieniem chloroformowem:					
Data	Ilość hemoglob.	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Tętno	Temp.
17/II na czczo	102	5.400.000	11.000	76	36·4
17/II podczas 45 min. narkozy zużyto 40 gr. chloroformu. Po uśpieniu chloroformowem:					
w 2 godz.	85	5,896.000	9,400	—	—
w 7 godz.	84	4,331 000	7,600	72	36·4
18/II	95	4,600 000	8,000	72	36 6
18/II. Wykonano: *operatio radicalis m. Bassini* w uśpieniu chloroformowem, trwającem 40 minut, przyczem zużyto 75 gr. chloroformu. Krwawienie minimalne. Po zabiegu operacyjnym w chloroformie:					
w 3 godz.	80	3,803,200	14,200	—	—
19/II	95	5,800.000	14.800	84	37·2
20/II	98	4,700.000	14,200	80	36·6
21/II	100	5,200.000	8,600	80	37·2
24/II	88	4,528 000	5,200	80	36·2

niu się liczby ciałek czerwonych. Mojem zdaniem zmniejszenia się ciałek czerwonych, spostrzeganego przez Whitea, nie należy kłaść w całości na karb tylko działania chloroformu; mogły tu działać inne czynniki, wchodzące w grę przy operacyi.

Dwa wyżej wymienione przypadki badania krwi po zastosowaniu chloroformu, — jeden 45 grm. w przeciągu 1 godziny, drugi również 45 grm. w 1 godzinie, bez równorzędnego wpływu samego zabiegu operacyjnego, nie okazały zmniejszenia się liczby ciałek czerwonych, ujawniły natomiast wielkie różnice w ilości hemoglobiny, spostrzeganej przed i po użyciu chloroformu.

Przy badaniu zasadowości krwi metodą Loewyego nie mogłem dojść do stanowczych wniosków co do zachowania się jej po operacyach. Liczby wypadały z różnemi wahaniami. W przeważnej liczbie przypadków mogłem jednak zauważyć, że z powiększeniem się ilości ciałek czerwonych zwiększała się i alkalescencya; w niektórych przypadkach z podnoszeniem się ciepłoty powiększała się również alkalescencya.

Najbardziej uderzającym faktem w zachowaniu się białych ciałek krwi w przebiegu pooperacyjnego aseptycznego gojenia się ran, jest zwiększenie się liczby białych ciałek.

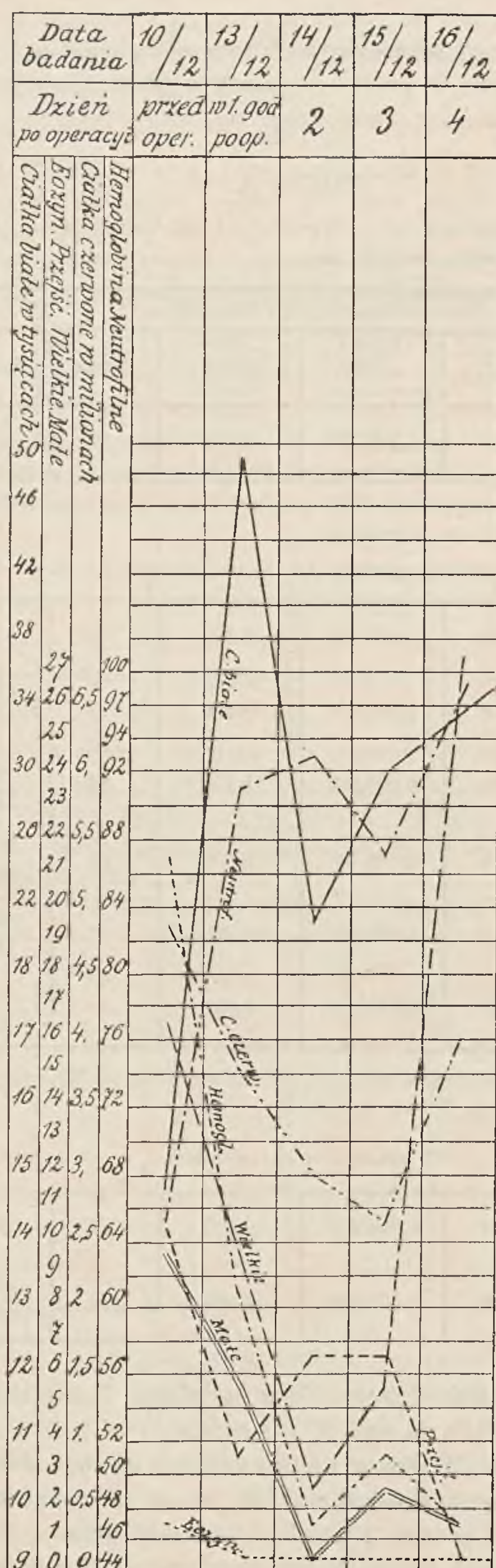
Tablica *j*).

L. dz. 100/904/5. *S. J.*, wyrobnik, l. 39. Rozpoznanie: *Hydrocele bilateralis.* Przyjęty 23/II 1904.

Przed wstrzyknięciem trapokokainy:					
Data	Ilość hemoglob.	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Tętno	Temp.
24/II na czczo	97	5.400,000	6,600	60	36 8
24/II zastrzyknięto 0,07 tropakokainy w rozczynie wodnym 2% w ilości 3·5 cm.³ rozczynu. Po wstrzyknięciu 0,7—08 tropakokainy:					
w 2 godz.	98	5,449.600	6,800	—	—
w 7 godz.	96	4,500.000	12,600	74	36·8 37·2
25/II	98	6 408.000	13,200	64	37 56·6
26/II	95	5,000.000	5,600	64	36·4 36·2
27/II	95	4,660.000	10,200	76	36·2 36 6
28/II	99	4.640,600	6,600	80	36·8 36·6
2/III operacya w uśpieniu chloroformowem m. Winkelmann po obu stronach. Trwała 60 minut. Po zabiegu w chloroformie:					
w 3 godz.	92	5,200.200	20,600	84	37
3/III	98	5.200.000	14,600	96	37·2 38·8

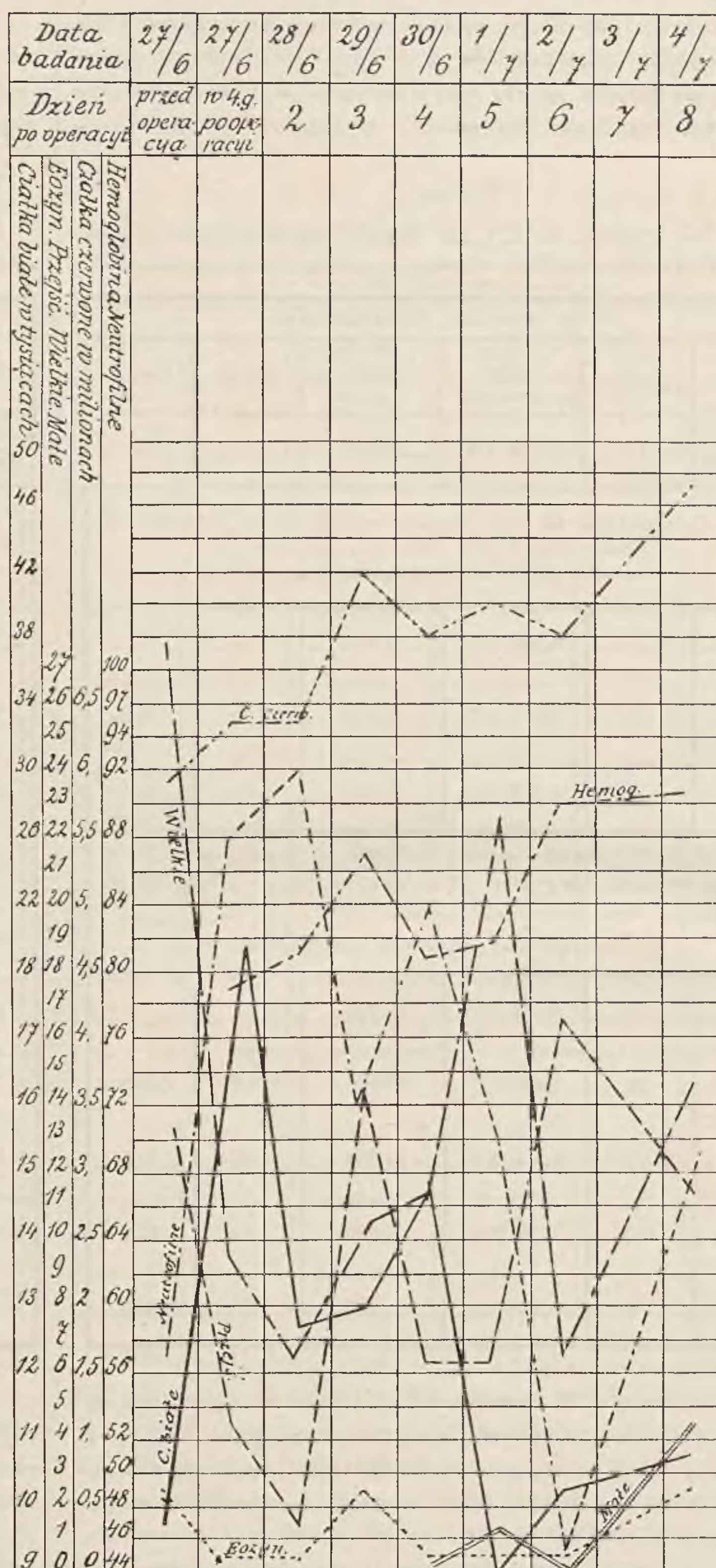
W większości przypadków *maximum* liczby białych ciałek przypadało na czas kilku godzin (1—2—4) po operacyi i już we 24 godzin następowało ich zmniejszenie. Powrót do normy następował czasami już na trzeci dzień, t. j. po upływie 48 godzin, najczęściej na 4-ty dzień i rzadko tylko dokonywał się w czasie dłuższym. — Ilościowo nie przechodziła leukocytoza ta nigdy potrójnej liczby ciałek białych, znalezionych przed operacyą. Po powrocie do stosunków przedoperacyjnych liczba ciałek białych przechodziła okres kilkudniowych wahań. Po pierwszem zwiększeniu się ilości leukocytów następował zwykle szybki spadek, potem ponowne podniesienie się ponad poziom prawidłowy. To ostatnie nie dochodziło jednak tej wysokości. Po tem ponownem podniesieniu się następował wreszcie zwykle dosyć szybko powrót do normy przedoperacyjnej, jaka występowała w kilka godzin po operacyi. Zjawisko to występowało stale po każdej operacyi, nawet w przypadkach b. niewielkich zabiegów i nieznacznego krwawienia (patrz krzywa β).

Krzywa α).



L. dz. 71/901/2. *S. J.*, lat 26. *Sarcoma bulbi sin. recidiv.* — 13/XII. *Extirpatio tumoris c. trepanatione* w chloroformie, trwanie 2 godz. — krwawienie obfite.

Krzywa β).



L. dz. 277/901/2. *Hernia inguin. dextr. libera.* — 27/VI *operatio radicalis modo Bassini* w znieczuleniu tropakokainy 0,06. krwawienie prawie żadne — przebieg bezgorączkowy. Rana zagojona *per primam.*

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Prawo i obowiązek operowania.

W jednem ze stołecznych miast monarchii austryackiej przywieziono do szpitala 11-letniego chłopca, który uległ powikłanemu złamaniu kości sprychowej. Rana była otwarta i zakażona, wyraźne objawy złośliwego obrzęku i zatrucia krwi, czyli innemi słowy — zabieg operacyjny był wskazany i to jak najprędzej dla ratowania życia. Co było jednakże robić, kiedy chłopiec nie był pełnoletni, a więc nie samowolny, a ojciec jego właśnie był wyjechał do sąsiedniego miasteczka. Odniesiono się więc telegraficznie do ojca o pozwolenie na amputacyę. Tymczasem dyrekcya szpitala zwróciła się w krótkiej drodze do sądu powiatowego, krajowego i krajowego wyższego z zapytaniem, co w danym przypadku robić? I oto na-

deszły następujące trzy odpowiedzi: Jeden prawnik powiedział, że zabieg można wykonać, drugi, że bez zezwolenia ojca zabiegu nie można dokonywać, a trzeci funkcyonaryusz-prawnik orzekł, że można dokonać operacyę, jeśli nie przyjdzie odpowiedź od ojca, pozwalająca na amputacyę, że jednak nie wolno operować, jeśliby ojciec nie dal zezwolenia...

Odpowiedzi te sprawy stanowczo nie załatwiają, ani nie są pewnym drogowskazem dla lekarzy. Czy czekać odpowiedzi i jak długo? A może ojciec biednego chłopczyka jest niesumiennym, otrzymany telegram przeczyta i rzuci, nie dawszy odpowiedzi? Dlaczego chłopiec ma w danym razie z powodu niedbalstwa karygodnego i lekkomyślnej niesumienności swego ojca stracić życie? Dlaczego ustawa zostawia chore dzieci na łasce i niełasce ojców, względnie opiekunów, którzy przecie niekoniecznie muszą być sumiennymi, a nawet dość mądrymi, dlatego tylko, że są rodzicami, względnie opiekunami?

Jak jednak jasno z przytoczonych odpowiedzi wynika, stoi ustawa na tem stanowisku, że ojciec ma pozostawione do woli pozwolić lub zabronić, a lekarz, znalazłszy się w podobnym przypadku, jak powyższy, jest w kolizyi między prawem, a obowiązkiem. Obowiązek mu każe ratować życie, — a prawo każe czekać pozwolenia opiekuna. Jeśliby dokonał zabiegu, nie doczekawszy się pozwolenia, to prawdopodobnie sędzia by go uwolnił, jeśliby wynik zabiegu był szczęśliwy; — prawie na pewno jednakby go skazał, jeśliby się nie udało chorego uratować. A przecie wynik operacyi nie zależy tylko od operatora.

Istnieje zatem luka w ustawie i to luka nie do przebycia. W całej naszej ustawie cywilnej jest wzmianka o lekarzu, nie biorąc w rachubę ustawy małżeńskiej, raz jeden, i to tylko tam, gdzie mowa o wynagrodzeniu za pracę przy t. zw. »*Lohnvertrag*«, „kontrakcie pracy", a słowa „operacya", „zabieg operacyjny" w całej ustawie cywilnej nie znajdujemy.

Poważne budzi również rozmyślania pytanie, jak się ma zachować lekarz wobec człowieka pełnoletniego, a więc zdolnego do stanowienia o sobie, u którego zachodzi potrzeba dokonania zabiegu natychmiastowego dla ratowania życia? Lekarz niema prawa w takim przypadku (n. p. uwięznięta przepuklina, obrzęk głośni i t. d.) działać wbrew woli chorego. A jednak zdarzało się już w praktyce, że lekarze działali wbrew woli chorego i że wbrew jego woli go uratowali. I tak można w przepięknej rozprawce profesora J. Faurea w wiedeńskim dzienniku „Die Zeit", w rozprawce p. t. „Dusza chirurga" wyczytać, że dwa razy uśpił chorych z uwięznięta przepukliną przemocą, mimo ich woli. Operował ich i wbrew ich woli uratował. Kiedy pacyenci wrócili do zdrowia, oni sami pierwsi dziękowali za dokonany na nich gwałt. Wyraźnie pisze J. Faure, że w podobnym przypadku zawsze z uporem bezmyślnym w ten sposób postąpi. Faktem jest jednak, że Faure, gwałcąc swoich chorych, przekroczył ustawę: pytam się jednak, który sędzia z ludzkiem sumieniem i sercem miałby odwagę Faurea skazać i ukarać? Czy Faure zrobił źle, czy dobrze? Czy czyn jego byłby karygodny, gdyby pacyent po zabiegu był z jakiejkolwiek przyczyny zginął?

W tym samym czasie, kiedy Faure ogłosił swoją rozprawkę w „Zeit", składał sprawę prof. Alfred Valenta w „Centralblatt für Gynäkologie" o pęknięciach macicy. Podaje tam, że na 16 przypadków uratował tylko 5 i żali się, że trzy przypadki przywieziono do zakładu w stanie beznadziejnym, a inne trzy przypadki na zabieg się nie zgodziły. A więc właściwie z 9 przypadków, dających możliwość wyleczenia, uratował 5, czyli więcej, niż połowę. „Korzystniejszą byłaby moja statystyka", pisze Valenta", gdybym we wszystkich przypadkach mógł był przystąpić zaraz do laparotomii... Nie mogłem jednak tak postąpić, gdyż w dzisiejszych krytycznych czasach trzeba przedewszystkiem dostać pozwolenie od chorego, a ja zasadniczo moich pacyentów ani nie przymuszam, ani nigdy nie będę przymuszał, gdyż uważam taki sposób postępowania za bardzo niebezpieczny dla lekarza wobec dzisiejszych prądów, nurtujących społeczeństwo, a dla stanu lekarskiego nieprzychylnych".

Zestawiłem powyżej dwa krańcowo przeciwne zapatrywania lekarzy. Faure operuje i ratuje chorych wbrew ich woli, — Valenta patrzy spokojnie na umierające chore, skoro nie chcą zgodzić się na zabieg. Faure ma słuszność, Valenta postępuje wedle prawa. Słuszność i prawo znowu w tych przypadkach nie dadzą się z sobą pogodzić, — a więc znowu luka w ustawie, znowu przepaść nie do pokrycia między prawem a obowiązkiem.

Tą właśnie sprawą, sprawą kolizyi między prawem a obowiązkiem lekarza, zajmuje się bardzo zajmująca rozprawka, obecnie będąca bardzo na czasie, prymaryusza Konrada Büdingera [1]).

[1]) Die Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1905 — przytocz. wedle pracy Adolfa Hinka w „Wiener klin. Rundschau" Nr. 13, p. 224, r. 1905.

Autor roztrząsa w swojej pracy powyższe zagadnienia ze stanowiska lekarskiego i prawniczego i dochodzi do wniosku, że na zapatrywania prawników i kryminalistów w tej sprawie częstokroć lekarze zgodzić się nie mogą i uznaje za zrozumiało samo przez się, że lekarze muszą godzić się zasadniczo na fakt, że chory ma prawo stanowienia o sobie. Powinno się jednak, jak powiada, ustalić granice tego prawa stanowienia o sobie.

Nie wolno wykonywać żadnego zabiegu lekarskiego bez wyraźnego zezwolenia chorego, względnie jego opiekuna. Zezwolenie takie wystarcza, o ile chodzi o zabieg, mający na celu usunięcie jakiejś cielesnej nieprawidłowości lub zapobieżenie chorobie i o ile chodzi o zabieg, którego sposób wykonania i wskazania zgodne są z uznanymi przepisami naukowymi. Stąd więc wynika n. p., że niedopuszczalne jest, mimo zezwolenia chorego, wytrzebienie, dokonane w celu wywołania niepłodności, lub też zabieg, który jest błędem w sztuce (*Kunstfehler*).

Utrata członka, widoczne zniekształtnienie, utrata lub upośledzenie narządu, którego brak wywołuje ważne zmiany, wogóle każde dla chorego widoczne zaburzenie w czynności ustroju wymaga obok ogólnej zgody na zabieg jeszcze szczególnego zezwolenia. Ponadto żąda Büdinger, żeby lekarz ściśle i dokładnie określił widoki i niebezpieczeństwo zabiegu, uzasadnił propozycyę i objaśnił konieczność, jakoteż złe strony operacyi.

Od tej zasadniczej reguły są jednak wyjątki, a mianowicie, jak je autor nazywa, »*die Nothoperationen*« — zabiegi z konieczności. Tu należą przedewszystkiem zabiegi dla ratowania życia, — a więc tak gwałtownie potrzebne, że z braku ich chory wedle ludzkiej rachuby zginąłby w ciągu kilku sekund, lub minut. Tam zaś, gdzie śmierć wedle ludzkiej rachuby mogłaby nastąpić dopiero po godzinach lub dniach, tam przyznaje Büdinger choremu w całej rozciągłości prawo stanowienia o sobie, — chyba, że chory jest nieprzytomny, lub że konieczność operacyi takiej zjawiła się wśród dokonywanego zabiegu. Büdinger zatem najzupełniej potępia postępowanie Faura.

Dlatego też Büdinger twierdzi, że dozwolony jest u samobójcy rękoczyn, którego zaniechanie sprowadziłoby natychmiastową śmierć; — nie godzi się zaś bez zastrzeżeń na rękoczyn, nawet konieczny, który usuwa niebezpieczeństwo, groźne dla życia dopiero po kilku godzinach lub dniach. Mimoto jednak zgadza się, że wolno u samobójcy po zatamowaniu krwotoku natychmiast bez pytania się zeszyć n. p. ścięgna, — jako na rzecz samo przez się zrozumiałą.

Ponadto rozróżnia Büdinger jeszcze konieczne operacye, t. zw. odległe (*entfernte Nothoperation*), — t. j. takie, których wskazanie wylania się wśród operacyi, n. p. wśród lewostronej owaryotomii napotyka chirurg na rozpoczynające schorzenie rakowe prawego jajnika. Usunięcie prawego jajnika uważa autor za wskazane i uzasadnione.

Wreszcie zastanawia się Büdinger nad zabiegami, dokonywanymi nie w celach leczniczych, ale dla korzyści osób trzecich i nad doświadczeniami na ludziach. Do zabiegów, dokonywanych dla osób trzecich, należy n. p. przetoczenie krwi, przeszczepianie skóry i t. d. Do przetaczania krwi lub przeszczepiania skóry nie wolno bezwzględnie nigdy używać dzieci. Nie można także z etycznego punktu widzenia usprawiedliwić owego lekarza, który przyszył i wgoił amerykańskiemu milionerowi płatek ucha, odcięty biedakowi za pieniądze, chociaż się to stało publicznie i z wolą i wiedzą owego biedaka.

Bezwzględnie niedopuszczalne są wszelkie doświadczenia „dla naukowych celów", nawet na nieuleczalnych. Wyjątek tu stanowią tylko owe najdrobniejsze skaleczenia, tak drobne, że się na nie nawet nie zwraca uwagi w codziennem życiu, n. p. ukłucie palca igiełką dla otrzymania kropli krwi i t. p.

Oto w zarysie myśli Büdingera w tej sprawie. Rozprawka na ten temat, chociażby była jak najbardziej wyczerpująca, nie może objąć tysiącznych przypadków i kolizyj, które życie lekarzowi przynosi; najobszerniejszy zbiór przepisów nie pomieści wszystkich możliwych kombinacyi, spotykanych w praktyce. Zresztą „co głowa, to rozum!" I dlatego zawsze będą z jednej strony chirurdzy, którzy sobie stworzą prawo do operowania, jeśli będą przekonani, że mają obowiązek, a z drugiej tacy, którzy obowiązek poświęcą luce w ustawie.

Że żadne pisane przepisy nie obejmą nigdy bezwzględnie każdego przypadku, pozwolę sobie przytoczyć następujący dowód:

Między operacyami koniecznemi bywają takie, które są niezbędne dla ratowania życia natychmiast, w ciągu kilku sekund lub minut i takie, z któremi można czekać kilka godzin, a nawet kilka dni. Czy do tego drugiego rodzaju przypadków należy zaliczyć n. p. ropień w migdałku, trudno na pewne rozstrzygnąć. Ropnie w migdałku spotyka lekarz-praktyk bardzo często, a prawie zawsze ropa

przebija się do jamy ustnej tak, że zupełnie bez zabiegu chory wraca do zdrowia. Czyż jednak nie zdarzały się przypadki, że ropa, przeżerając tkanki w głąb, otwarła jakieś wielkie naczynie i chory się zakrwawił? (Taką podobno śmiercią zginął genialny młody malarz polski Maurycy Gottlieb, rokujący olbrzymie nadzieje. Na otwarcie ropnia nie dał się w żaden sposób namówić). A więc czy wśród ropnia migdałkowego jest zabieg konieczny, czy nie? Odpowiedź nie tak łatwa, jak się w pierwszej chwili zdaje.

Pozwolę sobie w końcu podać wskazówki, jakie w omawianej kwestyi można zaczerpnąć z kodeksu austryackiego*):

Na pytanie, czy lekarz ma prawo, względnie obowiązek, przedsiębrania operacyi na nieletnim, prawnie niezdolnym do zawierania umów, lub na osobie, stale lub chwilowo pozbawionej używania zmysłów, a więc na osobie z natury rzeczy niezdolnej do umów, ustawa austryacka cywilna nie daje odpowiedzi wprost. Kwestyę tę rozstrzygnąć można z analogii. I to tak: o ile zachodzi niebezpieczeństwo dla życia i bezzwłoczny zabieg jest konieczny, należy dać odpowiedź potwierdzającą (t. zn. wolno operować), chociaż nie ma osoby uprawnionej do zezwolenia (ojciec, opiekun). O ile operacya nie musi zaraz nastąpić i można się odnieść do rodziców, opiekunów, względnie krewnych, należy to pierwej uczynić. O ile lekarz dokonał operacyi na niezdolnym do stanowienia o sobie, gdzie nie było zezwolenia, to odpowiedzialność za zabieg ponosić może lekarz tylko z a b ł ą d w s z t u c e, a więc jeśli dokonał zabiegu niepotrzebnego, choćby udałego, albo jeśli przedsięwziął zabieg potrzebny, ale źle go dokonał.

Na osobie pełnoletniej przytomnej nie wolno wbrew jej woli dokonywać operacyi. Gdyby lekarz operował wbrew woli osobę pełnoletnią przytomną, to może stać się odpowiedzialnym i cywilnie, nawet jeśli operacya była potrzebna i udała się, — to wśród okoliczności nawet karnie może odpowiadać. Tu ponosić może lekarz odpowiedzialność i z a b ł ą d w s z t u c e, jak powyżej, i z a b r a k z e z w o l e n i a.

Że lekarz może w takim przypadku odpowiadać cywilnie, niechaj posłuży następujący przykład: Lekarz operuje adwokata wbrew jego woli. Adwokat z tej przyczyny nie może nazajutrz stanąć do rozprawy, która się nie da odroczyć, a do której nie może wysłać już innego pełnomocnika. Wtedy lekarz może odpowiadać cywilnie, to znaczy musiałby odszkodować adwokata.

Tak ogólnikowo wyglądają drogowskazy, pisane na podstawie ustawy austryackiej; co jednak lekarz ma robić w najrozmaitszych przypadkach, jakie napotyka w praktyce, tego żadna ustawa mu nie wskaże i kolizya między prawem a obowiązkiem operowania będzie zawsze na porządku dziennym. *Dr. Stahr.*

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. J. Zeitner. **O rytmicznych tętniących ruchach głowy przy chorobie Basedowa.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1905, Nr. 19). Rytmiczne ruchy głowy, współczesne z tętnem, zostały po raz pierwszy opisane przez Pawła de Musseta, który je spostrzegał na swoim bracie, znanym poecie Alfredzie de Musset, cierpiącym na niedomogę aorty. Objaw ten, zwany objawem Musseta, spostrzegany był przez wielu autorów przy tętniakach łuku aorty, w niedomodze aorty i rozlanej miażdżycy. Także w oddziele profesora Schlesingera w Wiedniu miał autor sposobność niejednokrotnie napotykać ten objaw w powyższych cierpieniach. Nadto spostrzegał Z. ten objaw w czterech ściśle klinicznie przedstawionych przypadkach choroby Basedowa, czego dotąd w piśmiennictwie nie opisywano. W trzech przypadkach objaw ten był wybitny, w czwartym tylko zaznaczony. Przechodząc kolejno wszystkie dotychczasowe wyjaśnienia tego objawu, dla żadnego z nich autor nie znajduje dostatecznego wytłómaczenia, w jaki sposób objaw Musseta powstaje przy cierpieniu Basedowa. Według Zeitnera silne skurczowe rozszerzanie się dużych naczyń wywołuje w okolicy szczęki dolnej ścieśnienie przestrzeni i głowa skutkiem tego przechyla się ku górze; opadanie zaś głowy pod wpływem własnego ciężaru ułatwione bywa dzięki zmniejszeniu się wypełnienia tętnic w rozkurczu. Przy przechyleniu głowy ku przodowi ścieśnienie przestrzeni jest znaczniejsze, a warunki są łatwiejsze dla powstania objawu Musseta. Wyjaśnienie to tłómaczy nam również powstanie tego objawu przy cierpieniach aorty. *Dr. Blassberg.*

*) Powyższe uwagi prawnicze zawdzięczam uprzejmości jednego z panów prawników.

Gechtman. **Przyczynek do patologii nerek.** (*Russkij Wracz* 1905, Nr. 7). G. przeprowadził w pracowni prof. Reprewa (Charków) szereg doświadczeń w celu oznaczenia tej ilości tkanki nerkowej, po wycięciu której następuje śmierć zwierzęcia, oraz zbadania przemiany azotu u psów z wyciętymi kawałkami nerek. Doświadczenia były pomyślane w ten sposób, że po wycięciu jednej nerki, G. wycinał z drugiej $^1/_3$, $^1/_2$, wreszcie $^2/_3$ części. W drugim szeregu doświadczeń, dotyczącym przemiany materyi, S. wycinał $^1/_2$ istoty rdzeniowej jednej nerki i całą istotę korową drugiej, lub całą istotę rdzeniową w jednej i istotę korową w drugiej, lub $^1/_2$ istoty rdzeniowej w jednej i całą w drugiej, lub wreszcie całą istotę rdzeniową w obydwóch nerkach. Przemianę azotową S. badał przed rękoczynem, i w 2—3—4 miesiące po operacyi. Wyniki tych doświadczeń są następujące: 1) wycinanie $^3/_4$ ogólnej ilości tkanki nerkowej nie sprowadza śmierci; większe wycinanie sprowadza ją; 2) tkanka nerkowa częściowo odradza się, częściowo wykazuje zmiany przerostowe, częściowo zaś zmiany zwyrodnienia; 3) po wycięciu istoty rdzeniowej powstaje po upływie 3—5 miesięcy obraz, przypominający śródmiąższowe zapalenie nerek, mianowicie ilość moczu podnosi się nieraz o 30 razy (z 200—300 do 7000—8000 ctm. sz.), ciężar właściwy obniża się do 1,003—1,008, mocz najczęściej nie zawiera białka, lub tylko ślady jego, osadu drobnowidowego prawie niema; po upływie pewnego czasu po operacyi występują objawy, podobne do mocznicowych (wymioty i inne); 4) przemiana azotowa ulega zawsze jakościowo pogorszeniu; ogólna ilość azotu zostaje prawie tąż samą, ilość zaś mocznika po operacyi zmniejsza się do 8%—10%. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Złatogorow. **Spostrzeżenia nad epidemią cholery w Persyi w roku 1904. Drogi jej szerzenia się, leczenie i szczepionki ochronne.** (*Russkij Wracz* 1904, Nr. 48—49). Docent Złatogorow (Petersburg) podaje wyniki swoich spostrzeżeń nad cholerą w Tawryzie w roku 1904 od 30/VIII do 1/XI, poczynionych na 460 chorych. Tylko w pięciu przypadkach wystąpiła t. zw. sucha postać cholery, bez wymiotów i biegunki; w innych zaś cholera wybuchała ze wszystkimi klasycznymi objawami, mianowicie wymiotami, biegunką, kurczami i szybkim zapadem czynności serca. Sucha postać cholery trwała nie dłużej nad 6 godzin: człowiek zupełnie zdrowy uczuwał nadzwyczajne osłabienie w nogach i rękach; kończyny szybko stawały się lodowato zimnemi, nieraz występowały kurcze, czynność serca szybko obniżała się; wszyscy chorzy na tę postać pomarli w stanie nieprzytomnym w ciągu 2—6 godzin. Na 455 reszty chorych spostrzegał Z. dokładnie 393 chorych, z których umarło 120, zatem 30,5%. W tej liczbie w 86 przypadkach objawy cholery były lekkie, w 307 zaś przebieg był ciężki, śmiertelność zaś śród ciężkich przypadków wynosiła 39%. Leczenie, stosowane przez Z., polegało na podawaniu najpierw kalomelu w dawce 0,8 dorosłym i 0,2 dzieciom; jeśli w ciągu 12 godzin charakter wypróżnień nie ulegał zmianie, podawano kalomel ponownie; zwykle wypróżnienia ryżowate stawały się rzadszemi i kał dostawał barwę. Po kalomelu stosowano salol i kofeinę co 3—4 godziny. Dla zwalczenia uporczywych wymiotów, które uniemożliwiały podanie leków, stosowano kokainę, wodę chloroformową, niekiedy zaś okłady lodowe na okolicę żołądka. Podawanie lodu wewnątrz było bezskuteczne i nawet zwiększało wymioty. Wewnątrz przez cały czas podawano chorym do picia przegotowaną wodę, zabarwioną nieco nadmanganianem potasu. Przy wypróżnieniach czystych stosowano ciepłe wysokie lawatywy z fizyologicznego rozczynu soli kuchennej z dodatkiem nadmanganianu potasowego (0,5—1,0 na dwa litry). Wobec szybkiego zapadu już od samego początku autor wstrzykiwał kamforę pod skórę i przez usta podawał mocną gorącą kawę (przygotowaną tureckim sposobem) i kofeinę. W okresie zamartwiczym stosował autor podskórnie kilkakrotne wstrzykiwania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej w ilości 2.000, Z 16 ciężko chorych, u których autor stosował to wlewania, umarł tylko 1 staruszek, liczący lat 62. Przeciw kurczom stosował autor rozcieranie i ogrzewanie gorącymi workami, kąpielami, w niektórych razach wodę chloroformową. Wszystkie te środki lecznicze wywoływały dobry skutek nawet w ciężkich przypadkach, jeśli leczenie było rozpoczęto nie później, niż 12 godzin od zachorowania. Okres wylęgania w przypadkach autora trwał najczęściej około 2 dób; w kilku zaś przypadkach zaledwie kilka godzin, lub wreszcie dochodził najwyżej do 5 dób. W ciężkich przypadkach, zakończonych zejściem śmiertelnem, choroba trwała od 12 godzin do 4 dób. Tyfoid choleryczny wystąpił tylko w 4%. Z 17, zapadłych na tyfoid, wyzdrowiało 2; stan durowy występował zwykle w 5-tym dniu. Z objawów następowych autor spostrzegał różyczkę o cechach przeważnie płoniczych, które trwały przez kilka dni. Podczas całego czasu pobytu Z. w Tawryzie w ciągu 2 miesięcy umarło z cholery niemniej, niż 10.000 osób; liczba ta jest jednak zbyt niską, ponieważ ludność miejscowa ukrywała chorych; liczbę wszystkich zachorowań

oblicza autor przynajmniej na 20.000. Oprócz leczenia aptecznego choroby, Z. szczepił życzącym sobie tego szczepionki ochronne, t. zw. przeciwcholeryczną „limfę“, która przedstawia zawiesinę z zabitych żarem drobnoustrojów cholery. Autor używał limfy, wyrabianej w Instytucie doświadczalnej medycyny w Petersburgu. Limfa, przygotowana w lipcu, nie wywoływała prawie żadnych ogólnych lub miejscowych objawów, nawet w ilości 1,0 ctm. sz.; przygotowana zaś w sierpniu już w ilości 0,5 ctm. sz., sprowadzała silny odczyn miejscowy, mianowicie, obrzęk, zaczerwienienie skóry, które znikały dopiero po 3—4 dniach, oraz objawy ogólne, mianowicie bole i zawroty głowy, rozłamanie ogólne i gorączkę do 37,8°. Szczepienie powtarzało się trzy razy z przerwą 5—12 dni. Dla 3-go szczepienia używał autor hodowli żywej peptonowej lub agarowej prątków cholery, wyosobnionych z wypróżnień cholerycznych w Tawryzie. Dorosłym wstrzykiwano 0,4—1,0, dzieciom 0,1—0,45 ctm. sz. Hodowle żywe w ilości 0,45 ctm. sz. nie wywoływały objawów miejscowych i gorączki, sprowadzając tylko ogólne osłabienie i ból głowy w ciągu doby. Sam Z. po dokonanych na sobie szczepieniach połknął 5 ctm. sz. żywej peptonowej hodowli (w 2 godziny po śniadaniu). W 4 godziny wystąpiło rozwolnienie; po trzecim stolcu autor zażył kalomelu; wieczorem tegoż dnia t^0 wynosiła 37,4°, ogólne niedomaganie; wymiotów nie było; nazajutrz Z. czuł się zupełnie zdrowym. Znaczenie szczepień ochronnych dobitnie uwydatnia ten fakt, że śród zaszczepionych zachorowało 2,1%, umarło 0,29%, co stanowi 16,6% śmiertelności; śród zaś niezaszczepionych, którzy żyli w tych samych warunkach, co i pierwsi, zachorowało 9,7%, umarło 6,9%, co stanowi 72% śmiertelności. Szczepienie więc obniżyło śmiertelność o 4 razy, a zachorowanie prawie o 5 razy. U zaszczepionych cholera miała przebieg lekki. Znaczenie ochronne szczepień występowało wybitnie w tych razach, gdzie jedni z członków rodziny byli zaszczepieni, a drudzy nie byli; cholera prawie wyłącznie występowała u nieszczepionych. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. R. Chrobak. **O sztucznej niepłodności.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 21). Piśmiennictwo tego przedmiotu jest stosunkowo skąpe z powodu, że ci, którzy wykonywują zabieg bez dość ścisłego wskazania, nie chcą narażać się na krytykę i wolą nie ogłaszać swych przypadków. Wycięcie trąbki na dużej nawet przestrzeni i obszycie kikuta nie zapewnia skutku operacyi, gdyż drożność łatwo powraca. Najpewniejszem jest jeszcze wycięcie klina z rogu macicy; lecz nawet w takim przypadku wytworzyć się może przetoka maciczno-otrzewnowa, przez którą niekiedy jaje znachodzi drogę do jamy macicy. C. nie może usprawiedliwić ubezpłodnienia, jako zabiegu, stosowanego przy przyszyciu macicy do pochwy dlatego jedynie, że chora nie zgadzała się na otwarcie jamy brzusznej; odmówiłby raczej w takim razie operacyi wogóle. Jeżeli ubezpłodnienie jest rzeczywiście wskazane, to powinno być wykonane samo dla siebie, a nie przy sposobności, tembardziej, że zabieg pozbawiony jest większego niebezpieczeństwa. Ze względu na trudność w określeniu wskazań do sprowadzenia niepłodności wymaga C. w każdym przypadku narady przynajmniej 2 lekarzy. Częściej, aniżeli z trudnością uzyskania zezwolenia na zabieg, spotyka się lekarz z natarczywą a nieuzasadnioną dostatecznie prośbą chorej o wykonanie go. Przed zabiegiem powinno się oboje małżonków pouczyć o wszystkich możliwych zbiegach okoliczności, aby się nie spotkać kiedyś w przyszłości z jakimkolwiek zarzutem. Wskazanie do bezpłodności upatruje C. w stanach chorobowych, niedających się inaczej wyleczyć, lub w niebezpieczeństwie, na jakie chora mogłaby być narażoną na przypadek ciąży; nie liczy się natomiast, jak to Kehrer czyni z tem, czy chora ma już dzieci lub nie. C. zgadza się ogólnikowo na żądanie Kehrera, że po kilkakrotnem sztucznem poronieniu z powodu ścieśnienia III. stopnia lub, co rzadziej bywa, po porodach przedwczesnych przy ścieśnieniu II. stopnia, należy kobietę uczynić niepłodną, aby jej nie narażać na dalsze niebezpieczeństwa. Określenie atoli, po której ciąży ma to nastąpić, jest rzeczą nieuchwytną, która w każdym poszczególnym przypadku wymaga osobnego zastanowienia się. Dobre wyniki po cięciu cesarskiem, nawet kilkakrotnem, ścieśniają wprawdzie wskazania do ubezpłodnienia, liczyć się atoli potrzeba z życzeniem chorej, jeżeli zgadza się na ponowne cięcie cesarskie pod warunkiem zapobiegnięcia dalszym ciążom. O ile możności dążyć powinien lekarz do tego, by nie uczynić kobiety niepłodną zaraz przy pierwszem cięciu cesarskiem, szczególnie, jeżeli życzenie swe wypowiada kobieta w chwili porodu, gdy jest pozbawioną zupełnej równowagi umysłu. Nie należy też spuszczać z oka okoliczności, że kobieta może nawet po kilku sztucznych poronieniach zapragnąć nagle dziecka żywego, n. p. wskutek wyjścia zamąż. Wówczas powinna jej być daną sposobność do urzeczywistnienia pragnień. Wszyscy zgodnie uważają przewlekłe zapalenie nerek za powód do sprowadzenia niepłodności, inne natomiast stany (przewlekła niedokrwistość, uwiąd, podupadła czynność gruczołów krwiotwórczych, wady serca, a w szczególności zwyrodnienie mięśnia sercowego, choroby żołądkowe, jelit i wątroby, rozedma płuc i t. d.) wówczas chyba wskazanie dać mogą, gdy są w okresie nieuleczalności. Określenie tej chwili jest trudnem i wówczas tylko ma znaczenie praktyczne, gdy stan ogólny pozwala jeszcze na wykonanie zabiegu, a zarazem istnieją warunki do zastąpienia. Trudnem bardzo jest wskazanie do sprowadzenia niepłodności w przypadkach psychozy, tem więcej, że zapatrywania co do wpływu ciąży na te przypadki są dotąd tak nieustalone. Ewentualność ta tylko wyjątkowo się zdarza, a głos rozstrzygający powinien być pozostawiony psychiatrze. Kehrer uważa nieuleczalną gruźlicę płuc, przewodu pokarmowego i kości za wskazanie do ubezpłodnienia. Zdaniem C. należy tu rozważyć równocześnie kwestyę sztucznego poronienia. Wychodząc z zapatrywania, że gruźlica jest chorobą uleczalną lub dającą się w postępie powstrzymać, jakoteż że ciąża stanowczo zły wpływ na nią wywiera, jest C. za rozszerzeniem wskazań do przerwania ciąży w tych przypadkach i to natychmiast, bez względu na to, czy płód w danej chwili jest do życia zdolnym, czy nie. W przypadkach gruźlicy początkowej lub takiej, która stanęła w rozwoju, uważa C. także ubezpłodnienie za dozwolone, jeżeli stosunki płciowe nie dają się uniknąć, a środki zapobiegawcze zawodzą, lub gdy ich chora stosować nie chce. Za wyraźne wskazanie do ubezpłodnienia uważa C. wreszcie blizny macicy po przebytem zupełnem lub niezupełnem przedarciu macicy lub wyłuszczeniu włókniaków; pęknięcie bowiem macicy w czasie jednego z następnych porodów, lub nawet w ciąży, nie należy do zbytnich rzadkości. *B. Wojciechowski.*

H. Füth. **O cięciu cesarskiem na umierającej.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 23). Wieloródka 35-letnia z ciężką wadą sercową znajdowała się w okresie końcowym ciąży. Bez bolów porodowych wystąpiły nagle objawy groźne: duszność, sinica, plwocina pienista, różowa, potem tętno coraz słabsze, wreszcie utrata przytomności, brak tętna, bezwładność i oddanie bezwiedne kału i moczu. Wszystko to odbyło się w ciągu kwadransa. W interesie płodu wykonał F. cięcie cesarskie. Płód donoszony, ważący 3700 grm., urodzony z wolnem tętnem, wkrótce docucono. Bezpośrednio po wydobyciu płodu pojawiło się u matki znowu tętno i ustało rzężenie. Przez 3 dni tętno pozostało wysokie mimo środków sercowych; ciepłota nie przekraczała 38·2. W 4 dniu ciepłota się podniosła, a w 5-tym nastąpiła nagła śmierć. Sekcya wykazała ciężką wadę sercową zastawkową, zwyrodnienie mięśnia sercowego i zatory w nerkach; rana pooperacyjna bez odczynu. F. jest za tem, by ze względu na płód nie wyczekiwać śmierci matki, lecz operować z chwilą, gdy wszystko będzie przemawiać za tem, że chorą należy uważać za umierającą; statystyka bowiem cięć cesarskich na zmarłych wykazuje na 331 operacyi tylko 6 płodów uratowanych. Lekarz na prowincyi znajduje się w trudniejszem położeniu, gdyż narada 2-ch kolegów jest z wielu względów wskazaną. To też najczęściej będzie on musiał czekać zejścia śmiertelnego chorej. Przejściową poprawę stanu tłómaczy F. nagłem zmniejszeniem się pracy serca, dodając, że spostrzeżenie to nie jest odosobnionem. *B. Wojciechowski.*

Rissmann. **Metody sprowadzenia niepłodności u kobiety.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 23). R. badał osobę, u której przed 2 laty wyciął, celem sprowadzenia niepłodności, maciczne odcinki trąbek wraz z klinem miąższu macicznego w rogach, poczem pokrył rany otrzewną. Mimo wszelkich innych sprzyjających okoliczności chora nie zastąpiła. R. podnosi wyższość tej metody nad innemi. *B. Wojciechowski.*

Seigneux. **W sprawie rozszerzania ujścia macicznego.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 23). Z kliniki Leopolda ogłoszono dotąd 80 przypadków, w których stosowano metodę Bossiego. Liczba ta świadczy wymownie o racyonalności metody i to w pierwszym rzędzie wobec drgawek porodowych; na 36 bowiem przypadków tego rodzaju stracono zaledwie 6 chorych. Złe wyniki sprowadza albo zła technika, albo wadliwe narzędzie. Odstępując cokolwiek od oryginalnego rozszerzadła Bossiego, zrobił S. narzędzie, które ma tę zaletę, że do tej samej rączki zakładać można z łatwością kolejno 3 garnitury czteroramiennych, coraz to szerszych, rozszerzadeł (pojedyncze ramię szerokości 6, 12 i 24 mm.). Narzędzie posiada wygięcie miednicowe i daje się łatwo oczyścić, a szerokość rozszerzających ramion zmniejsza niebezpieczeństwo przedarcia. Asystent tu zbyteczny. *B. Wojciechowski.*

S. Gaszyński. **Nowa teorya o wymierzaniu miednicy, oraz opis cyrkla, służącego do zdejmowania wszelkich wymiarów miednicy w ich długości i nachylenia do ścian miednicy.** (*Nowiny lek.*, 1895, zeszyt 6). Wzajemny stosunek wymiarów poprzecznych nie zawsze świadczy o typie miednicy, a obliczenie sprzężnej prawdziwej z przekątnej jest z wielu przyczyn zbyt niedokładnem. Chcąc zresztą nabrać pojęcia o rodzaju przeszkód, jakie główka ma przezwyciężyć, pożądaną jest znajomość wszystkich wymiarów miednicy, więc także n. p. wychodu. G. zrobił 2 przy-

rządy, z których jeden służy do określenia długości przekątnej, kąta nachylenia i wysokości spojenia łonowego, drugi do wymierzenia grubości spojenia łonowego, oraz wysokości wzgórka łonowego tylnego. Zapomocą tychże przyrządów daje się określić także stopień wygięcia kości krzyżowej i wszystkie inne wymiary, oraz kąty nachylenia płaszczyzn miednicy. Otrzymane długości przenosi G. na papier i wykreśla w ten sposób rzeczywiste wymiary danej miednicy, co wśród przebiegu porodu daje mu możność szybszego ułożenia wskazań. Także stopień zwiększenia się wymiaru prostego w położeniu Walchera daje się zapomocą tych przyrządów określić.

B. Wojciechowski.

A. Sołowij. **Nowy miednicomierz do bezpośredniego oznaczania sprzężnej prawdziwej.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 24). Oznaczanie pośrednie sprzężnej prawdziwej po zmierzeniu palcem przekątnej może wprawdzie dać wyniki, wystarczające dla celów praktycznych, wychodząc jednak z klinicznego stanowiska, odczuwamy ciągle jeszcze brak narzędzia prostego, zapomocą którego możnaby ten najważniejszy wymiar bezpośrednio otrzymać. W tym celu obmyślił S. narzędzie, złożone z 2 ramion, posiadające wygięcie miednicowe. Ramię tylne, dłuższe, jest jednolite, przednie zaś krótsze, złożone z 2 dźwigni, krzyżuje się 3 razy z tylnem. Przy zamykaniu rękojeści oddalają się końce ramion od siebie. Przy rękojeści jest skala, oznaczająca odległość guzików przy końcu ramion. Technika mierzenia bardzo łatwa. Po ustawieniu końca tylnego ramienia pod kontrolą 2 palców na wzgórku zaciska się rękojeść narzędzia, aż ramię przednie dotknie górnego brzegu tylnej ściany spojenia. Dzięki odpowiedniej budowie narzędzia dzieje się to automatycznie, można jednak położenie przedniego ramienia skontrolować wskazicielem, podczas gdy palec średni pozostaje na wzgórku. Wymiary są zupełnie ściśle, a czem mniejsze, tem łatwiej je otrzymać. Narzędzie odpowiada wymaganiom aseptyki. W klinice prof. Marsa zmierzył S. w ten sposób 20 miednic. Przeciętna różnica pomiędzy sprzężną prawdziwą a przekątną wynosiła 1½ cm. (nie 2), w przypadkach zaś o nizkiem i mało pochylonem spojeniu tylko 1 cm. (Narzędzie wyrabia firma Georgoon i Tropczyński we Lwowie).

B. Wojciechowski.

PEDYATRYA. Schick. **Rozpoznawczy odczyn tuberkulinowy w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde* 1905, czerwiec). Autor zestawił z klinik Eschericha i Pfaundlera 120 przypadków. We wszystkich przypadkach klinicznie pewnej gruźlicy otrzymano odczyn dodatni; w 42 przypadkach cierpień, nie branych klinicznie za gruźlicę — 12 razy dodatni (26%), w 35 przypadkach wątpliwych — 14 razy dodatni (40%). Odczyn w wielu przypadkach przyczynił się do rozjaśnienia sprawy. Mianowicie wynik ujemny próby wyklucza gruźlicę z wielką pewnością; w przypadkach autora okazało się zawsze, że wykluczenie to odpowiada rzeczywistości. Co do wyniku dodatniego, to on oczywiście dowodzi tylko, że pacyent jest zakażony gruźlicą, nie zaś, że rozważana zmiana jest przyrody gruźliczej, odczyn może bowiem zależeć od innego ogniska. Z tą możliwością jednak tem bardziej możemy się nie liczyć, im młodsze dziecko, i to stanowi niewątpliwie znaczną wyższość próby tuberkulinowej u dzieci. Wstrzykiwano zawsze na przedramieniu. Dawka wynosiła (według Eschericha) u dzieci całkiem małych 0,2—0,5 mg., u starszych 0,5—1,0 mg. Dwa szczegóły nadają odczynowi tuberkulinowemu u dzieci odrębny charakter: o wiele częstsze zdarzanie się odczynu, przeciągającego się na kilka dni i wielka liczba (27 przyp.) przypadków z odczynem miejscowym, niekiedy bardzo wybitnym i potrzebującym kilka dni do ustąpienia. W najgorszych przypadkach przedstawiał się odczyn miejscowy („Stichreaktion") w postaci obrzęku opuchlinowego wysokiego stopnia całej kończyny z różycowatem zaczerwienieniem i znaczną tkliwością. Ten odczyn miejscowy uważa autor zgodnie z Epsteinem i Escherichem za swoisty, gdyż w przypadkach wolnych od gruźlicy nigdy go nie otrzymywano, a w przypadkach gruźliczych, jeżeli pojawiał się bez ogólnego odczynu, przy podwyższeniu dawki otrzymywano odczyn ogólny. Przytem nie można stwierdzić stałej i zupełnej równoległości pomiędzy oboma odczynami. W pewnych przypadkach otrzymywano odczyn ogólny nadzwyczaj gwałtowny; wysoka gorączka do 40·0°, zapad, sinica. Chodziło o świeże zakażenia, lub zaostrzenia i o umiejscowienia płucne: świeżo przebyte zapalenie płuc, lub opłucnej wątpliwej przyrody. W podobnych przypadkach trzeba postępować bardzo oględnie i rozpocząć od dawki małej.

Lewkowicz.

Quest. **Przyczynek do leczenia płonicy.** (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, Nr. 25). Autor stosował w klinice prof. Czernego surowicę Bujwidowską w 11 przypadkach, Moserowską w 10, przyczem nie ograniczał się jedynie do przypadków cięższych. Co się tyczy pierwszej surowicy, to z wyjątkiem jednego przypadku nie stwierdzono jej wpływu na przebieg gorączki. Dwa razy wystąpiła osutka surowicza, dwa razy białkomocz i tyleż razy zapalenie nerek. Obrzęki gruczołów spostrzegano kilkakrotnie; w dwóch przypadkach rozwinęło się zapalenie ucha. Dwa przypadki skończyły się śmiercią. Jeden okazywał przebieg ciężki, przeciągający się, w drugim na miejscu wstrzyknięcia rozwinęło się zapalenie tkanki podskórnej z paciorkowcami prawie w czystej hodowli. Nacieki w miejscu wstrzyknięcia po surowicy Bujwidowskiej rozwijały się wogóle w przeważnej liczbie przypadków, niekiedy ustępowały pod okładami, innym razem trzeba było je otwierać.

Co do surowicy Moserowskiej, to autor miał trzy przypadki śmierci. Jednak 2 z nich bezpośrednio po wstrzyknięciu, a jeden powikłany z gruźlicą. Korzystny wpływ na przebieg gorączki można było przyjąć w dwóch przypadkach, zresztą nie było pod tym względem żadnego wpływu. Wysypki surowicze spostrzegano w trzech przypadkach. Wyraźną poprawą stanu ogólnego można było zauważyć tylko w niewielu przypadkach. Wysypki płoniczej nie można było powstrzymać, owszem, w niektórych przypadkach przy obu rodzajach surowicy stawała się bardziej nasiloną. Także zmiany w gardle przebiegały mimo wstrzyknięcia swoim torem. Przebieg choroby u trojga rodzeństwa, z których jedno leczone było surowicą krakowską, drugie wiedeńską, trzecie bez surowicy, nie okazywał wybitnych różnic. Autor kończąc zaznacza, że nie może na podstawie swych przypadków wypowiadać ostatecznego zdania co do skuteczności leczenia surowiczego w płonicy i sądzi, że i w przyszłości można w przypadkach rozpaczliwych próbować tego leczenia w braku lepszego. O pożytecznem działaniu surowicy Bujwidowskiej i Moserowskiej dotychczas jednak przekonanym nie jest.

Lewkowicz.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Varese badał w klinice lekarskiej w Cagliari działanie **ferratyny.** Przytoczywszy szereg swych spostrzeżeń (*Annali di Farmacother. e Chim.*) dochodzi on do wniosku, że ferratyna dobrze działa w różnych postaciach niedokrwistości, wzmagając ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych; chorzy zyskiwali na wadze, nie doznawali dolegliwości, wywoływanych czasem przez inne przetwory żelaza; lek zażywali chętnie.

Ct.

VI. Lekarze krakowskiej kapituły katedralnej.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Ciąg dalszy).

II.

Przystępując do wymienienia lekarzy przy katedrze krakowskiej w porządku chronologicznym i sięgając w tym celu jak najbardziej wstecz, napotykamy postać, wprawdzie historyczną, o której jednak do dzisiejszego dnia jeszcze nie wiele stanowczego powiedzieć możemy. Mamy tu na myśli mistrza Radzława[26]). Postępując za Święża wskim i streszczając, co ten o Radzławie podaje, możemy jedynie powiedzieć, że żył w drugiej połowie XIII. i z początkiem XIV-go wieku, że był kanonikiem krakowskim, lekarzem Bolesława Wstydliwego i Kunegundy i że zakupiwszy majątek ziemski za czterdzieści grzywien, zapisał go na uposażenie ołtarza Matki Boskiej w katedrze krakowskiej. Rok jego śmierci przypada prawdopodobnie na czas pomiędzy 1302 a 1304.

Drugim z rzędu lekarzem przy kapitule katedralnej był magister Wacław[27]) z Księża, prebendarz u Maryi Magdaleny i rektor kościoła w Gorzycach, który wypróbował swoją wiedzę lekarską w czasie zarazy, srożącej się w r. 1371 i 1372. Umarł w roku

[26]) Łętowski: Katalog. T. III. str. 536 i T. IV. str. 3. — Świeżawski: Radzław, lekarz Bolesława księcia na Krakowie w „Pam. Tow. lek. warsz. z r. 1877. — Kośmiński: Słownik lekarzów polskich. Warszawa 1883.

[27]) Łętowski: Katalog. T. IV. str. 195 i 259. — Świeżawski: Medycy, o nich opinija i ich honoraryja w XIV i początku XV wieku w „Pam. Tow. lek. warsz." z r. 1877. — S. Oettinger: Rys dawnych dziejów wydz. lek. Uniw. Jag. Kraków. 1878. str. 11. — Kośmiński: Słownik.

1389, a podług Łętowskiego, — który rozróżnia aż dwóch Wacławów kanoników i lekarzy, — wcześniej, bo w r. 1383. Więcej szczegółów nie zdołali o nim zebrać, ani Łętowski, ani Swieżawski, a Gąsiorowski nie wspomina o nim wcale.

Równocześnie z Wacławem był jeszcze i inny lekarz przy katedrze, a mianowicie Jan Radlica, zwany także Johannes minor[28], którym się również Swieżawski nieco bliżej zajął. Historya zachowała nam o nim nieco więcej szczegółów. Nie wiemy wprawdzie dokładnie, kiedy wszedł do kapituły, będziemy jednak bardzo blizkimi prawdy, jeżeli przyjmiemy, że w czasie pomiędzy r. 1377 a 1379. W roku bowiem 1377 leczył króla Ludwika, a w r. 1379 został już archidyakonem[29]. Skoro zaś wiemy, że Ludwik odwdzięczając się Radlicy za wyleczenie, przeprowadził jego wybór na kanonika, natenczas wyda się nasze określenie bardzo prawdopodobnem. Po śmierci Zawiszy został Radlica jego następcą, jako trzydziesty pierwszy z rzędu biskup krakowski. Sława jego, jako biegłego lekarza, była prawdopodobnie nie małą, skoro go król francuzki Karol V polecił Ludwikowi królowi polskiemu i węgierskiemu. Nagrobek w kościele katedralnym, odnowiony przez Jana Łaskiego, arcybiskupa gnieźnieńskiego, podaje, że Radlica umarł w r. 1392, którą to datę przyjmują także Gąsiorowski i Łętowski, gdy przeciwnie Swieżawski i Kośmiński podają rok 1391, jako rok śmierci i to sam jego początek.

Postępując za dotychczas ogłoszonymi źródłami lekarskiemi, musielibyśmy zaliczyć w poczet lekarzy kapituły katedralnej doktora medycyny Bernarda Hessego[30]. Co Rostafiński o nim przed kilku laty powiedział, można w całej pełni jeszcze i dziś podtrzymywać, gdyż jak wtedy, tak i dziś jeszcze „nic się o nim nie wie“. Majer i Oettinger utrzymują wprawdzie na podstawie aktów uniwersyteckich, że Hesse posiadał altaryę przy kościele katedralnym, wnosząc stąd, że on był stanu duchownego, czego jednak Rostafiński wcale nie uważa za bezwzględny dowód. Opierając się na aktach katedralnych, musielibyśmy się raczej przechylić do zdania Rostafińskiego, gdyż z aktów tych nie wynika bynajmniej, by Hesse był stanu duchownego, lub wogóle pozostawał w jakimkolwiek stosunku do kościoła katedralnego. Obok nazwiska Hessego nie znajdujemy bowiem w aktach tytułu „altarista“, coby niezawodnie miało miejsce, gdyby nim Hesse był rzeczywiście w r. 1456, t. j. wtedy, kiedy się spotykamy[31] z nazwiskiem jego jako z egzekutorem testamentu Benedykta Hessego. Przeciw przypuszczeniu zaś, że Hesse później nim został, przemawia okoliczność, że w aktach nie uwidoczniono, by w r. 1465, t. j. po jego śmierci, osieroconą altaryę nadano komu innemu.

[28]) S. Starovolscius: Monumenta Sarmatarum. Cracoviae 1655 p. 19. — L. Gąsiorowski: Zbiór wiadomości do hist. sztuki lek. Poznań. 1839. T. I. str. 88. — Łętowski: Katalog. T. I. str. 297—309. — Swieżawski: Jan Radlica, doktór medycyny, biskup i kanclerz, w „Pam. Tow. lek. lek. warsz.“ z r. 1878. — Kośmiński: Słownik.

[29]) Ponieważ w toku niniejszej pracy będziemy się często spotykali z rozmaitemi dostojeństwami i urzędami kapitulnymi, nie od rzeczy będzie kilku słowami wspomnieć, jak one po sobie następowały i w jakim stosunku zostawały do siebie, tembardziej, że Kraków pod względem tego ustroju przedstawia pewne oryginalne właściwości. O tych dostojeństwach powiada Abraham, jak następuje: „Naprzód na czele kapituły stanął dziekan, nie proboszcz, który to urząd niemal powszechnie był pierwszym.... Po dziekanie szedł archidyakon, a po nim dopiero proboszcz; może więc pierwotnie godności proboszcza wcale nie było, a zastąpił go archidyakon, tembardziej, że archidyakonat z probostwem prawie powszechnie łączono. Później dopiero, może w XII w., utworzono osobną godność proboszcza. Z innych dostojeństw wymienia jeden z dokumentów późniejszych z r. 1166 (Kod. dypl. katedry krak. Nr. 1) dalsze godności w tym porządku: scholastyk, kustosz, kantor. Do dziekana należało przestrzeganie statutów i karności w kapitule i w jego ręku znajdowała się pieczęć kapituły...; proboszcz zajmował się zarządem wspólnego majątku....“ (W. Abraham: Początek biskupstwa i kapituły katedralnej w Krakowie. Rocznik krakowski. T. IV. Kraków 1900).

[30]) Rocznik Wydz. lek. Uniw. Jag. T. II. str. 43 i T. III. str. 437. — Wiszniewski: Hist. lit. pol. T. IV. str. 334. — Muczkowski: Liber promotionum: p. 15 et 17. — Łukaszewicz: Historya szkół. T. IV. str. 88. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 27. — Majer: Wiadomości z życia professorów wydz. lek. w Uniw. Jag. — Oettinger: Rys dawnych dziejów wydz. lek. Uniw. Jag. str. 50 i 84. — Kośmiński: Słownik. — Rostafiński: Medycyna na Uniw. Jag. — Morawski: Historya Uniw. Jag. T. I. str. 236 i 398. t. II. str. 109.

[31]) Acta actorum: vol. I. f. 42 et i. v.

Bez porównania więcej zajmującą pod względem lekarsko-przyrodniczym, aniżeli lekarze dotychczas wymienieni, jest postać Jana Stanki. Gdyśmy do niedawna jeszcze wiedzieli o nim jedynie tyle, że żył w roku 1470, będąc wtedy kanonikiem krakowskim i wrocławskim, a zarazem i lekarzem królewskim[32]), że leczył Długosza z powodu kamienia pęcherza moczowego[33]), i że w roku 1470 stawał przed rektorem uniwersytetu krakowskiego w sprawie z „Piotrem Rychtenszteyn de Swijnycz, lipskim bakałarzem“ „in artibus“[34]), pozostanie zasługą prof. Rostafińskiego[35]), że wyprowadził osobę Stanki z półmroku, w którym się przez tyle wieków ukrywała. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności znalazł Rostafiński w Bibliotece Jagiellońskiej rękopis Stanki, którym się wraz z innym rękopisem tegoż autora, poprzednio już przez ks. Polkowskiego w Archiwum kapitulnem odszukanym, bliżej zajął. Na podstawie tego rękopisu, przedstawiającego bogaty bardzo spis środków lekarskich, nie mógł niestety Rostafiński dużo wysnuć wniosków odnośnie do samej osoby Stanki; jednak wynik swoich badań samego rękopisu streszcza w słowach, „że to był bardzo niepospolity i nad swój wiek uczony przyrodnik; znakomity znawca flory i fauny, a zwłaszcza flory krajowej“. (Sredniowieczna hist. nat. T. I, str. 50), któremu wyznacza miejsce „między Albertem Wielkim, a Konradem Gessnerem“ (Medycyna na Uniw. Jagiel. str. 79). Tych zaś kilka szczegółów, które Rostafiński podał o Stance, oparł jedynie na kombinacyach. Na podstawie naszych poszukiwań w aktach kapituły krakowskiej możemy do tego dodać jeszcze kilka szczegółów. Już Rostafiński twierdził, że Stanko był Ślązakiem. Akta kapituły potwierdzają w zupełności to przypuszczenie, gdyż akt z 25-go kwietnia r. 1488[36]), którym kapituła krakowska oznajmia wybór Fryderyka Jagiellończyka na biskupa krakowskiego, nazywa Stankę „de Lobyn“. Jan, zwany powszechnie „Stanko“, był synem Stanki (Johannes Stanconis) i był jeszcze przed przybyciem do Krakowa kantorem sandomierskim i kanonikiem wrocławskim. Do Krakowa przybył nie w roku 1470, jak twierdzi Rostafiński, lecz wcześniej, a w każdym razie nie po roku 1469, gdyż członkowie kapituły katedralnej zażądali już wtedy od niego, — a nie od jego prawnego zastępcy, — złożenia taksy, przepisanej dla nowo wstępujących kanoników[37]). Zdaje się jednak, że Stanko zwlekał z wypełnieniem tego warunku, gdyż znajdujemy go po raz pierwszy w poczcie kanoników dopiero w roku 1470, — a nie w roku 1474, jak twierdzi Łętowski[38]). — Kanonię, którą przy wstąpieniu do kapituły otrzymał, odstąpił już w roku 1472 Janowi ze Słupczy, obejmując równocześnie inną, która się opróżniła z powodu rezygnacyi kanonika Bernarda z Grocholic. Aktu jego instalacyi na tę nową kanonię dokonał Mathias de Rogow[39]). Tego samego roku zostaje prowizorem domu kanoników po Jakóbie z Szadka, a w roku 1475 otrzymuje wieś Borkow, którą mu pozostawiono aż do roku 1488, nadając mu w zamian za nią opróżniony z powodu śmierci Jana ze Słupczy Grębałów. Jeszcze krócej zawiadował Grębałowem, bo już w następnym roku otrzymał Dziekanowice, gdy Grębałów przydzielono kanonikowi Arnolfowi z Myrzenic. O działalności jego w kapitule akta katedralne nie wiele wspominają. Tu wymienimy jedynie, że objął w roku 1471 wspólnie z innym kanonikiem (Jacobus de Rudeschewnycza) administracyę dóbr biskupich, należących do klucza lelowskiego, że należał do tych kanoników, którzy obrali kanonikiem lekarza Jakóba z Zalesia i że był za oddaniem kanonii jeszcze innemu lekarzowi, a mianowicie Jakóbowi z Bokszyc. W roku 1490 otrzymuje z powodu zatargu z Sebaldem z Norymbergii wezwanie do stawienia się w Rzymie, od czego zgłosił za pośrednictwem legata apostolskiego przy tronie węgierskim odwołanie, do którego się i inni członkowie kapituły przyłączyli. Jak się sprawa dla Stanki skończyła, jakoteż nie mniej, czy wyjechał do Rzymu, akta nie wspominają.

Zdaje się, że Stanko i po za katedrą piastował godności kościelne w Krakowie. Pod rokiem 1487 czytamy bowiem w aktach

[32]) Album studiosorum universitatis cracoviensis. Cracoviae 1887. p. 199.

[33]) M. Wiszniewski: Historya literatury polskiej. Kraków, 1842. T. IV. str. 44 i 192.

[34]) W. Wisłocki: Acta rectoralia p. 45 § 209.

[35]) J. Rostafiński: Średniowieczna historya naturalna. Kraków, 1900. T. I. str. 33 i nast. Tenże: Medycyna na uniwersytecie Jagiellońskim w XV w. str. 79.

[36]) Acta actorum: v. II. f. 194.

[37]) Acta actorum vol. II. f. 51 v.

[38]) Katalog. t. IV. str. 78.

[39]) Acta actorum: vol. II. f. 67.

naszych „ad permutandum ecclesiam parochialem in Rudawa pro altari sancti Allexii in ecclesia sanctae Mariae virginis in Cracovia siti, *quem venerabilis dominus Johannes Stankonis obtinebat*, etc.“, co zarazem dowodzi, że owej godności już wtedy nie piastował[40]). Tyle możemy się z aktów katedralnych dowiedzieć o Stance. Dalszych szczegółów z jego życia nie można na podstawie tych aktów przytoczyć, gdyż po r. 1490 nie wymieniają więcej nazwiska Stanki, aktów zaś od roku 1492 aż do roku 1500 wogóle brak tak, że ani nawet roku jego śmierci nie jesteśmy w stanie podać na podstawie tych aktów. Rostafiński powiada ogólnikowo, że Stanko w roku 1494 już nie żył, przyjmując widocznie ten rok jako najdalszy możliwy kres życia Stanki. Tu nam jednak przychodzą w pomoc krakowskie akta biskupie, które pozwalają oznaczyć rok śmierci Stanki z bardzo wielką ścisłością. Pod dniem bowiem 29-go kwietnia roku 1494 czytamy, że o kanonię krakowską, opróżnioną przez śmierć Jana Stanki ubiega się „venerabilis dominus Osvaldus Straubinger utriusque iuris doctor, cantor et canonicus vratislaviensis, clericus ratisponensis“, lecz jej nie otrzymał, gdyż za staraniem biskupa krakowskiego kardynała Fryderyka nadano ją Janowi Konarskiemu[41]). Jeżeli zaś uwzględnimy, jak szybko kanonie, osierocone przez śmierć kanoników, nadawano ich następcom, i że „vacans“ zazwyczaj kilka tylko dni wynosił, natenczas możemy z największem prawdopodobieństwem powiedzieć, że Stanko zmarł w roku 1494 i to w miesiącu kwietniu.

Z tego samego źródła dowiadujemy się, że Stanko miał w roku 1487 jakiś zatarg z Łukaszem, wikarym kolegiaty św. Maryi w Sandomierzu[42]) i że on piastował urząd „collectoris denarii sancti Petri in regno Poloniae“.

Egzekutorem jego testamentu był kardynał Kazimierz Jagiellończyk.

Kiedy się w roku 1484 opróżniła kanonia z powodu śmierci Mikołaja de Senno, członkowie kapituły obrali jego następcą lekarza Jakóba z Zalesia[43]) (*Jacobus de Zaleschye*), syna Galla, który według „album studiosorum“ (str. 138) zapisany był w roku 1454 na uniwersytet krakowski; wedle Muczkowskiego[44]) zaś osiągnął stopień bakałarza filozofii w roku 1456, a w sześć lat później, już jako doktor medycyny i lekarz króla Władysława czeskiego (str. 56), stopień magistra artium. Pomimo, że już w roku 1485 wybór padł na Jakóba z Zalesia, nie wstąpił on przecież zaraz do kapituły, co akta zaznaczają następującymi słowy. „Venerabilem dominum Jacobum de Zaleschye medicinae doctorem canonicum creatum vigore processus executorialis pro tituto mgri Nicolai de Inatowicz can. plocensis...... receperunt“.... [45]). Zdaje się, że wybór jego napotykał na trudności, gdyż trzeba było do jego przeprowadzenia wstawienia się kustosza kapitulnego Jana i kanonika Bernarda Wapowskiego, którzy „coniuncta manu“ zobowiązali się złożyć za Jakóba przepisaną taksę. Wybór ten umieszcza Łętowski błędnie pod rokiem 1526. W roku 1494 został powołany na lekarza kapituły gnieźnieńskiej, obejmując tamże kanonię doktoralną po śmierci Adama z Dąbrowy[46]), w tymże samym roku nadano mu probostwo wiślickie, a w roku 1495 znowu kanonię włocławską[47]). (C. d. n.)

(C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 6 lipca.

* Warszawskie Towarzystwo higieniczne na wniosek dr. Bregmanna zorganizowało w swem łonie wydział przeciwalkoholiczny, na czele którego stanął sam wnioskodawca.

* Zakład chemii lekarskiej Uniw. Jag. zyskał nowe pomieszczenie. Dotychczasowy budynek już od lat wielu był najniewłaściwszym przybytkiem dla nauczania i badań naukowych. Obecnie zakład chemii lekarskiej zajął cały budynek po klinice lekarskiej i chociaż architektonicznie może ma wady starej budowli, natomiast co do ilości światła, przestronności i liczby sal, oraz oddalenia od ruchu ulicznego — jest on bez zarzutu i wynagrodzi prof. Stopczańskiemu wszelkie a tak liczne niedogodności dotychczasowego pomieszczenia. W akcie przeniesienia wzięli udział: rektor Uniw., dziekan Wydziału lekar. i ucząca się młodzież.

* Z Paryża otrzymujemy następujące doniesienie: „W końcu roku 1905 opuści tłocznię drukarską pierwszy zeszyt (objętości 5 ark.) wydawnictwa, poświęconego wiedzy bibliotecznej, bibliografii i lubownictwu książek, p. t. Książnica. Cena egzemplarza: na papierze zwyczajnym 3 fr., z przesyłką 3 fr. 25 cent.; na papierze czerpanym, prążkowanym 5 fr., z przesyłką $6^1/_2$ fr. — Zamówienia i listy adresować należy: Mr. Strzembosz, Paris, Bibliotèque polonaise, 6, Quai d'Orléans.

* *Otrzymujemy następującą odezwę z prośbą o umieszczenie:*

„Komitet, wybrany przez sekcyę pedyatryczną Towarzystwa medycyny wewnętrznej i pedyatryi (*Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde*) w Wiedniu, w celu propagowania karmienia dzieci piersią matek, zająć się musiał z natury rzeczy także sprawą mamek. Komitet ten uprasza przeto kolegów, praktykujących w takich okolicach, z których kobiety często idą na mamki, by zechcieli poprzeć dobrą sprawę, wypełniając na podstawie swych spostrzeżeń odpowiedni kwestyonaryusz. Komitet prosi więc tych pp. kolegów, by zechcieli podać swe nazwisko i adres podpisanemu prezesowi Komitetu, poczem wysłane im będą odpowiednie blankiety do wypełnienia.

Prof. Dr. Teodor Escherich,
Wien, Schutzstelle IX/2,
Zimmermannplatz.

* Dowiadujemy się, iż w najbliższych dniach rozpocznie swoje istnienie nowa instytucya humanitarno-lekarska pod nazwą „Kropli mleka“ Zadaniem i celem instytucyi tej, stworzonej na wzór francuskich „Goutte de lait“, jest zaopatrywanie niezamożnych matek we wzorowe mleko dla niemowląt tam, gdzie zachodzi konieczność sztucznego lub mieszanego żywienia; dalej czuwanie nad tem, aby żywienie to przeprowadzone zostało zgodnie z zasadami higieny wieku niemowlęcego; wreszcie wpajanie i popularyzowanie tych zasad wśród mniej wykształconych warstw ludności. Dostarczania i przygotowywania mleka dla niemowląt pod kontrolą i według przepisu lekarza podjęła się „mleczarnia Łuczanowicka“. Zarząd mleczarni przeznaczył na ten cel zupełnie oddzielną salę, urządzoną według wszelkich wymagań czystości i higieny. Mleko, pochodzące z pierwszorzędnej obory w okolicach Krakowa, wyłącznie z porannego udoju, dostawione będzie zaraz po wydojeniu do mleczarni i tu po odpowiedniem przyrządzeniu natychmiast poddane pasteryzacyi. Pasteryzacya (systemem Contant) wykonaną będzie po rozlaniu mleka do małych hermetycznie zamykanych flaszeczek, z których każda zawierać będzie jednorazową porcyę posiłku dziecka. Każda matka, korzystająca z „Kropli mleka“, otrzymywać będzie codziennie mały koszyczek, zawierający tyle flaszeczek z mlekiem, ile razy w ciągu doby dziecko ma się posilać. Wszystkie matki, korzystające z wzorowego mleka, obowiązane będą raz na tydzień zgłaszać się z dziećmi do wagi i kontroli lekarskiej. Stosownie do wyniku badania dziecka mleko będzie według szczegółowego przepisu lekarza przed pasteryzacyą przyrządzone i rozlewane do flaszeczek. Ilość zatem i rozcieńczenie mleka stosować się będzie ściśle do wieku i do indywidualnych potrzeb każdego dziecka. Jakkolwiek koszt przyrządzania mleka dla niemowląt w sposób powyżej opisany jest znaczny, mleko to będzie dostarczane matkom po najniższej cenie surowego materyału. Korzystać będą z niego tylko te matki, które będą zapisane w poczet stałych odbiorczyń.

Lokal instytucyi będzie się mieścił w pałacu spiskim przy Rynku głównym. Kierownictwo lekarskie objął dr. Tadeusz Żeleński.

* Kierownictwo zakładu leczniczego w Ojcowie po ś. p. dr. Niedzielskim obejmie dr. Kozłowski z Nałęczowa.

* W nakładzie Braumüllera wyjdzie 10-tomowe dzieło p. t.: „Handbuch der aerztlichen Sachverständigentätigkeit“. Na czele wydawnictwa stoi prof. Dittrich (z Pragi) z współudziałem wybitnych specyalistów.

---

[40]) Acta actorum: vol. II. f. 189.

[41]) Acta episcopalia cracoviensia: vol. IV. f. 114 v.

[42]) Acta episcopalia: vol. III. f. 337 v.

[43]) Gąsiorowski: Zbiór wiadomości do hist. sztuki lek. Poznań, 1839.—Rocznik wydz. lek. w Uniw. Jag. T. III. str. 436.— Majer: Wiadomości z życia profesorów, str. 16. — Oettinger: Rys., str. 87. Kośmiński: Słownik. — J. Korytkowski: Prałaci i kanonicy katedry Gnieźnieńskiej. T. IV. str. 400—402.

[44]) Statuta nec non liber promotionum philosophorum ordinis. Cracoviae, 1849.

[45]) Acta actorum: vol. II. fol. 181 et 189.

[46]) L. Gąsiorowski. Rozprawa wyświecająca historyę zaprowadzenia kanonikatu doktora medycyny w Roczniku Tow. Przyj. Nauk Pozn. T. I. str. 307.

[47]) Ks. S. Ch. Medycy kapituły włocławskiej.

* Kol. prymaryusz Bogdanik zawiadamia nas, że w sprawozdaniu z przychodu i rozchodu na sprawienie portretu ś. p. prof. Trzebickyego zaszła pomyłka: kol. Mikucki z Serajewa przysłał na ręce kol. dr. Branda nie 10, lecz 20 koron. Pozostałość kasowa zatem wynosi 21 koron 46 hal., którą to kwotę złożono w kasie szpitala św. Łazarza, celem wsparcia kilku biednych chorych opuszczających szpital.

* Komitet wykonawczy XV-go międzynarodowego Kongresu lekarskiego, który odbędzie się w r. 1906 w Lizbonie od 19 do 26 kwietnia, rozesłał karty przystąpienia, regulamin Kongresu i wezwanie do wzięcia udziału.

* Rosyjskie dzienniki donoszą, że Zjazd lekarzy Królestwa Polskiego dla obmyślenia sposobów zwalczania zagrażającej cholery — nie odbędzie się. Rząd rosyjski nie udzielił pozwolenia na zwołanie.

* Austryackie ministeryum spraw wewnętrznych zabroniło rozprzedaży „środków Morisona", oraz rozpowszechniania broszury „Darstellung des neuen Systems der Medicin", w której zostały bardzo zachwalone przetwory Morisona, jako leki uniwersalne.

* Między 18 a 24 czerwca stwierdzono w 8 gminach galicyjskich, należących do 8 powiatów, 9 nowych przypadków nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych.

* Między 11 a 17 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy: w Chrzanowie 2 przyp. i w Tarnowie 1 przypadek. — W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim, buczackim (po 1 gm.), brzeżańskim, cieszanowskim (po 2 gm.), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (3 gm.), horodeńskim (2 gm.), grodeckim (1 gm.), kamioneckim (2 gm.), kołomyjskim (3 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), mieleckim (1 gm.), nadwórniańskim (3 gm.), przemyskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), sanockim, skałackim, stryjskim (po 1 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tłumackim (1 gm.), zborowskim (2 gm.), żółkiewskim (1 gm.), złoczowskim (2 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Napoleon Milicer, wychowanek b. warszawskiej Szkoły Głównej, znakomity chemik i zasłużony obywatel, zmarł w Warszawie, licząc lat 63.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 25. Palmirski: O cholerze ze stanowiska bakteryologii, biologii i higieny publicznej (dok.). Bregman: Przyczynek do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 13 zawiera: W sprawie przedkładania rachunków lekarskich. — Partactwo lecznicze w Galicyi. — Dla czego nam źle? — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. — Odcinek.

— *Gazeta lekarska* Nr. 24. Sommer i Kijewski: Zgorzel płuc. Pneumotomia. Wyzdrowienie. Wretowski: Przyczynek do kazuistyki kataru siennego (c. d.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 7 zawiera: Rymanów-Zdrój. Skórczewski: Wspomnienia historyczne w drodze do Krynicy (c. d.). — Jakiemi wodami polskiemi można zastąpić wody obcokrajowe?

— *Časopis lekařů českých* Nr. 26. Švehla: O nových příznacích poruch sliznice konečníku, zejména o trhlinkach řitních s přizaky koxitickými. Slavik: Zločin krádeže. Simulace duševni choroby. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých organů žlazových při vrozené příjici (c. d.). Tušovský: Paprsky Roentgenovy ve službách lékařstvi (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 49. Deniker i Dézarnaulds: O złamaniu nadkłykciowem kości ramieniowej u dziecka. Pautrier: Leczenie chorób skórnych policzków u dzieci i młodych kobiet.

Nr. 50. Luys: Cystoskopia w widzeniu bezpośredniem. Gaulejag: Nowa patogeneza żylaków.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 26. Dunbar: Etyologia i swoiste leczenie gorączki siennej. Sasaki: Doświadczalne badania wpływu digalenu na serce żaby. Hoffmann: Zapalenie skóry po izoformie u osoby nieznoszącej jodoformu. Leuk: Łagodząca operacya przy dobrotliwem zwężeniu jelita odchodowego. Köppen: Wyleczenie gruźliczego zapalenia otrzewnej w jednym przypadku samoistnego wyzdrowienia. Nenadovics: O zakresie działania wodoleczenia w ginekologii. Bendersky: O pierwotnym małym żołądku. Posner: Balneoterapia w chorobach moczowych (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 26. Lupu: O rumieniu lombardzkim bez rumienia. Porges: Zdolność aglutynacyjna otoczkowców. Preindlsberger: Dalsze uwagi nad znieczuleniem rdzeniowem. Dumas: Przypadek wciśnięcia się więzadła obrączkowatego do stawu ramiennosprychowego.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 26. Schridde: O ziarninie limfocytów we krwi. Weichardt: Toksyna znużenia i jej antytoksyna. Schlachta: Teorya biologicznego działania promieni. Merkel: Przyczynek do nauki o przeistaczającem się tworzeniu kości w narządach chłonnych. Schrötter: Kliniczny przyczynek do bronchoskopii. Schäfer: Leczenie wnętrostwa. Reich: Intubacya rurką celuloidową. Stegmann: Leczenie wola promieniami Röntgena. Schatz: Skrócenie następowego leczenia po operacyi wyrostka sutkowego przez wypełnienie jamy parafiną. Theilhaber: Nauka o powstawaniu krwotoków macicznych. Klienenberger: O moczu i osadzie moczowym w przewlekłych i miejscowych zastojach, w stanach końcowych i zapadzie (c. d.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 26. Lingelsheim: Sprawozdanie stacyi higienicznej w Beuthen z bakteryologicznych badań przypadków nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Radmann: Dalsze uwagi nad nagminnem zapaleniem opon mózgowordzeniowych. Herxheimer i Hübner: Otrzymanie i znajdowanie krętka bladego w kile. Giemsa: Uwagi nad barwieniem krętka bladego. Friedrich: Leczenie ran podejrzanych o zakażenie i zakażonych wraz z leczeniem zanokcicy, ropówki, czyraków. Hippel: Operacya przy krótkim wzroku i oderwaniu siatkówki. Albu: Rozpoznanie i leczenie przewlekłego zapalenia okątniczego (dok.).

Redakcya otrzymała. Pawiński i Jadwiga Korzon: O działaniu teocyny w chorobach serca i nerek. Hochheim: Klinische Erfahrungen mit Digalen.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 26 (od dnia 25/VI do 1/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 31, dziew. 35; nieżywo: chł. 3, dz. — — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 19; zamiejscowych: męż. 14, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 13, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 4, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 3, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. 1. **Razem:** miejscowych 37, obcych 22.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr. **Brodzki Jan.**

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakl.
Dr. **Riedmüller B.**, b. asyst. klin. chir. Uniw. Jag., lekarz oddziału dermatol. szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Dr. **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr. **Czop Zygm.**, kierow. Zakl., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr. **Askenazy Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr. **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „Pod Kosynierem").
Dr. **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).
Dr. **Jasiński Stanisław**, lekarz zakładowy.

Rabka.
Dr. **Cholewicz F.**
Dr. **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Regiec Jan.**
Dr. **Wajgiel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakladowy (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attylą").
Dr. **Kołaczkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu na Miedziusiu.
Dr. **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr. **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr. **Pelczar Zenon.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.
Dr. **Dłuski Kaz.**, Dyr. Sanat. dla piersiowo chorych (4—5 g.).
Dr. **Dłuska Bron.**, Sanatoryum (wtorek, czwartek, sobota 5—6 g.).

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz.
Dr. **Bohdanowicz A.**, (Villa Enia) (zimą **Nizza** 11. Boulv. Victor Hugo).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr. **Wobr**, lekarz zakł. (zimą **Lussinpiccolo**).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen").

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie, słoneczne i piaskowe).
Dr. **Oransz M.**, (Polak), specyalista chor. dzieci i ortopedyi.

Gries obok Bozen (Sezon: 1/IX—1/VI).
Dr. **Nazarkiewicz**, kierown. „Sanatoryum" i „Sonnenhofu".

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kostecki**, (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva") (przez cały rok).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr. **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr. **Weissenberg**, (zimą w **Nervi**).

Marienbad.
Dr. **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr. **Kaufmann Michał**, („Villa Lissa").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder R.**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Wiesbaden.
Dr. **Simon Aleks.**, (z Warszawy), właściciel lecznicy fizyk.

Rok XLIV. Kraków 15 Lipca 1905. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O bolu międzymiesiączkowym.

Napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Cierpienie, zwane bolem międzymiesiączkowym (*Mittelschmerz*, *douleurs intermenstruelles*, *intermenstrual pain*, *dolor intermenstrualis*) nie jest jednostką chorobową, podobnie jak nią nie jest ból miesiączkowy (*dysmenorrhoea*). Jest to objaw, względnie szereg objawów, stwarzający pewien obraz chorobowy, który nie różni się w samej istocie i treści od zwykłych objawów innych cierpień narządów kobiecych. Cechą zasadniczą i jedyną, która mu nadaje piętno odrębnego obrazu chorobowego, jest czas, w którym się pojawia. Na cierpienie to, o ile ono jest rozwinięte w całej pełni, składają się trzy objawy: ból, upławy i krwawienia, a więc te same objawy, które towarzyszą różnym cierpieniom kobiecym. Uderzającem jest, jak powiedziałem, to, że zjawiają się one w czasie niezwykłym. I tak zauważyć możemy, że niektóre kobiety żalą się na napadowo występujące bole w dolnej części brzucha, pojawiające się stale w środku między miesiączkami, a więc mniej więcej na 14 dni przed rozpoczęciem miesiączki. Bole te występują co miesiąc, zwykle nadzwyczaj punktualnie i z tem samem nasileniem i powtarzają się uporczywie przez całe lata. Trwają one rozmaicie długo, najczęściej 1 do 2 dni, czasem jednak znacznie dłużej, bo nawet do rozpoczęcia miesiączki. Jakość i siedzibę tego bolu opisują nasze chore rozmaicie; najczęściej odczuwają one w dolnej części brzucha i nad pachwinami ból tępy, gniotący, stały, jednostajny. U niektórych chorych bole występują napadowo, przyczem napady przedzielone są od siebie okresami względnie niebolesnymi. Czasem jeden bok (częściej lewy) jest boleśniejszy, rzadziej zajmuje ten ból i okolicę krzyżów. Nasilenie jego bywa bardzo rozmaite. Niektóre chore doznają zaledwie uczucia jakiegoś niemiłego ciążenia w dolnej części brzucha i oddają się przytem zwykłym domowym zajęciom; inne są wprost ciężko chore, leżą bez ruchu, niezdolne do jakiejkolwiek pracy, a na twarzy ich widnieje obraz gwałtownego cierpienia. O ile można się od chorych tych dowiedzieć, ból ten występuje nagle, bez zwiastunów, i szybko dochodzi do szczytu; równie szybko ustępuje po dłuższem lub krótszem trwaniu. Dotykanie i przygniatanie dolnej części brzucha nie zwiększa bolu, przynajmniej w przeważnej liczbie przypadków; podobnie i chodzenie nie pogarsza stanu. Niektórzy autorowie twierdzą, że ból ten ma cechę bolów miesiączkowych. Z zapatrywaniem tem, przynajmniej odnośnie do większości przypadków, nie mogę się zgodzić. Znam chore bardzo rozumne, które stanowczo utrzymują, że ból ten jest zupełnie inny od bolu miesiączkowego i że różnica ta nie leży w natężeniu, tylko właśnie w jakości i siedzibie bolu. Zresztą i bole miesiączkowe miewają różne cechy.

U większości chorych zjawia się równocześnie z bolem odpływ z części płciowych. Bywa on zwykle wodnisty, bezbarwny, czasem atoli przybiera barwę różową, lub mieści w sobie żyłki krwi. Nierzadko pojawia się wprost krew tak, jak podczas miesiączki, tylko w mniejszej ilości Pochodzi stąd ludowa nazwa tego cierpienia w Niemczech: *Die kleine Periode* (Hegar i Kaltenbach).

Odpływ z części płciowych towarzyszy zwykle bolom i trwa w przeważnej liczbie przypadków tak długo, jak i one; może jednak wystąpić bez bolów i być wówczas jedynym objawem cierpienia tak, jak z drugiej strony bole pojawiać się mogą bez towarzyszących upławów. Jeżeli chora cierpi na stałe upławy, to wówczas wśród bolu międzymiesiączkowego stają się one obfitsze i więcej wodniste, lub zabarwiają się krwawo; utrzymują się one naturalnie wówczas i po przejściu bolu. W nielicznych przypadkach może się utrzymywać odpływ różowy lub krwawy dłuższy czas po ustaniu bolu; trwać on może nawet, jak twierdzi Bouilly, aż do rozpoczęcia miesiączki.

Choroba przedstawia zwykle u jednej i tej samej chorej typ bardzo jasny i stanowczy i ten sam zbiór objawów, zwykle z tem samem nasileniem powtarza się miesiąc w miesiąc bez względu na zmieniające się warunki, w jakich chora się znajduje i niestety, często i bez względu na leczenie. Tylko w bardzo nielicznych przypadkach spostrzegamy pewne zboczenia od typu. Nawroty choroby bywają wówczas do siebie niepodobne, różnią się od siebie nasileniem objawów, długością trwania, a czasem mija nawet kilka miesięcy bez nawrotu, mimo, że nie stosowano żadnego leczenia. Zdarzają się też czasem niezwykłe postacie chorobowe. I tak: u jednej z moich chorych występują od blizko dwóch lat miesiąc w miesiąc dwa napady: pierwszy trwa dwa dni i pojawia się 14 dni przed rozpoczęciem miesiączki, drugi występuje 7 dni przed miesiączką i trwa zwykle aż do jej wystąpienia.

Cierpienie, o którem mowa, nie jest częstem Na 2350 chorych przychodnich zgłosiło się do mnie 12 z bolami międzymiesiączkowemi. Były to, co prawda, przypadki wybitne o sporem nasileniu objawów. Należy przypuszczać, że przypadki o przebiegu lekkim są daleko częstsze.

Patogeneza tego cierpienia jest dotychczas mimo licznych hipotez, zgoła ciemną, a co za tem idzie, i leczenie nie może się poszczycić dodatnimi wynikami. Przyznał to w zeszłorocznym wykładzie o bolach miesiączkowych Olshausen, a tego samego dowodzą liczne, najczęściej jednak czysto objawowe sposoby leczenia.

Chcąc rzucić nieco światła w tę ciemną dziedzinę naszej wiedzy, zastanowić się trzeba nasamprzód nad tem, co

chore nasze o sobie mówią i co u nich wybadać możemy. Prócz moich 12 przypadków zużytkuję tu 25, zebranych w pracy Fassina. Żałuję, że nie mogłem tu zużytkować pracy Malcolma Storera, której mimo starań nie otrzymałem i nie czytałem. Naprzód wiek. Z 35 chorych, których wiek znamy, 22 było między 25 a 35 rokiem życia, 6 poniżej 25, a 7 powyżej 35 lat; jednem słowem ogromna większość chorych znajdowała się w latach, w których najwięcej widujemy chorób kobiecych, zwłaszcza zawdzięczających swoje powstanie porodom lub poronieniom. Ważniejsze jest pytanie, czy chore te rodziły? Otóż z liczby 37 odrzucić musimy 4 niezamężne i 11 takich, o których z powodu niedokładnych opisów nie wiemy, czy rodziły. Z pozostałych 22 osób, ośm nie rodziło i nie roniło, 6 przebyło jeden poród, 5 dwa, dwie trzy, a jedna cztery porody. Uderza tu duża liczba tych, które nie rodziły wcale, a wogóle mała płodność pozostałych. Chcąc odpowiedzieć na pytanie, czy cierpienie to powoduje niepłodność, względnie czy jest z niepłodnością w jakimkolwiek związku, nie możemy się zadowolnić temi liczbami, tylko powinniśmy się starać rozstrzygnąć pytanie, czy i te osoby, które rodziły, nie były w następstwie porodów niepłodne. Zapytajmyż więc naprzód, ile lat upłynęło u tych osób od ostatniego porodu aż do chwili, w której zgłosiły się do lekarza. Opisy choroby dostarczają nam na to odpowiedzi w 13 przypadkach. Brzmi ona: Od ostatniego porodu upłynęło u 1 chorej — $1^1/_2$ roku, u 1 ch. — 2 lata, u 2 ch. — 3 lata, u 1 ch. — 4, u 3 ch. — 6 lat, u 2 — 7 l, u 1 ch. — 8 l., u 2 ch. — 10 lat. Stwierdzić więc możemy, że u przeważnej liczby naszych chorych upłynął długi czas od ostatniego porodu, co każe nam się domyślać, że mamy tu do czynienia z przypadkami t. zw. poporodowej niepłodności. Uwzględnić przytem musimy, że były to przeważnie osoby mające mało dzieci, nieużywające więc zapewne sztucznych sposobów przeciw zapłodnieniu. Tylko dwie moje chore przyznały się do tego. Nie wyklucza to naturalnie ich niepłodności; możliwem jest, że zadawały sobie ten trud niepotrzebnie.

Kiedy u chorych tych rozpoczęły się napady bolu międzymiesiączkowego? Co do tego mamy wiadomości o 13 chorych, które przebyły porody. U jednej tylko bole zaczęły się 3—4 lat przed zamążpójściem, u pozostałych 12-tu cierpienie rozpoczęło się po ostatnim porodzie, i to u dwóch w rok po porodzie, u pięciu zaraz po porodzie, u pozostałych zaś nie znamy dokładnie czasu pierwszego napadu. Wiadomość ta jest ważna, gdyż pozwala nam stwierdzić, że u ogromnie przeważającej liczby chorych, które rodziły, cierpienie wystąpiło po porodzie razem z poporodową niepłodnością. Nie chcę tu bynajmniej przesądzać, co było pierwotnem, co następowem — w każdym razie jednak ból międzymiesiączkowy skojarzył się tu z poporodową niepłodnością.

Nasuwa się naturalnie myśl, że osoby te przebyły po ostatnim porodzie jakąś chorobę połogową, która pozostawiła po sobie niepłodność i bole międzymiesiączkowe. Tymczasem tylko jedna chora Priestleya opowiada o zapaleniu otrzewnej po ostatnim porodzie; w opisach pozostałych 12 chorych nie znajdujemy żadnej o tem wzmianki, niektóre nawet przeciwnie podają, że były w połogu zdrowe. Nie wyklucza to naturalnie choroby połogowej o lekkim przebiegu.

Również i te chore, które nie rodziły i nie roniły, nie wspominają zgoła o przebytych zapaleniach w okolicy macicy. Nie bez znaczenia jest pytanie, czy u tych chorych, które nie rodziły, bole międzymiesiączkowe zaczęły się równocześnie z pierwszą miesiączką. Otóż co do tego zdołałem zebrać zapiski, odnoszące się do 13 chorych. Tylko u jednej chorej (Pauly) ból międzymiesiączkowy rozpoczął się razem z miesiączką, co prawda późno, bo w 20 roku życia; u 11-tu rozpoczęły się bole znacznie później, niż miesiączka (3 do 13 lat później), u jednej wreszcie chorej Crooma miała się rozpocząć choroba 2 lata przed pojawieniem się pierwszej miesiączki. Co do tego przypadku można mieć naturalnie wątpliwości, czy to wogóle były bole międzymiesiączkowe, czy tylko „*molimina ad menstruationem*“. W każdym razie zestawienie powyższe dowodzi, że choroba, o której mowa, zaczyna się zwykle znacznie później, niż miesiączkowanie.

Czy u chorych, cierpiących na bole międzymiesiączkowe, jest i miesiączkowanie bolesne, czy cierpią one na t. zw. „*dysmenorrhoea?*“ Z zestawień moich wynika, że u większości chorych tak jest w istocie, choć znaczny jest odsetek takich, które wyraźnie zaznaczają, że w okresie peryodu nie doznają żadnych dolegliwości. Co do innych cech miesiączki, mianowicie jej obfitości, to nie można wykryć żadnego prawidła. Z 23 chorych, 9 — podało, że ma miesiączkę co do ilości krwi zupełnie prawidłową, 10 żaliło się na wielkie utraty krwi, u czterech zaś odpływ był krótki i skąpy. U dwóch przezemnie leczonych osób odchodziły podczas miesiączki strzępy błony śluzowej (*dysmenorrhoea membranacea*).

Ciekawy szczegół podaje Priestley. Leczona przez niego osoba miała miesiączkę skąpą, krótką, ale zupełnie niebolesną, natomiast wyraźne napady bolu międzymiesiączkowego. Chora ta nie miesiączkowała przez pewien czas wcale i wówczas ból międzymiesiączkowy był znacznie silniejszy.

Co do upławów, nie można również powiedzieć nic stanowczego. Mniej więcej połowa chorych cierpiała na upławy, niezależne od napadu bolu międzymiesiączkowego. U kilku pojawiały się obfite wodniste odpływy tylko bezpośrednio przed miesiączką.

Ważniejsze od wywiadów są wiadomości, dotyczące anatomicznego stanu części płciowych osób, dotkniętych bolem międzymiesiączkowym.

I tu niestety nie mamy spostrzeżeń ścisłych, dokładnych, niewątpliwych, — gdyż chodzi tu przeważnie o chore przychodnie. Rozstrzygnąć musimy przedewszystkiem pytanie zasadnicze: czy u chorych tych znajdujemy wogóle jakiekolwiek zmiany przedmiotowe? Rzecz to ważna, gdyż Olshausen wypowiedział w ubiegłym roku zdanie, że u osób, cierpiących na bole międzymiesiączkowe „brak najczęściej wszelkich przedmiotowych zmian chorobowych“ („Meistens fehlt jeder objective pathologische Befund“), stanął więc w sprzeczności z zapatrywaniem Priestleya, który twierdzi, że chore te okazują prawie bez wyjątku chorobowe zmiany w częściach płciowych. Na podstawie własnych spostrzeżeń przychylić się muszą do tego ostatniego zapatrywania. Z dwunastu chorych, które zgłosiły się do mnie z powodu bolów międzymiesiączkowych, jedenaście okazywało wyraźne zmiany w częściach płciowych, a z 17 chorych, przytoczonych przez Fassinę, piętnaście miało części rodne schorzałe. Stwierdzenie tego jest rzeczą ważną i nie jest napewne przypadkowym zbiegiem okoliczności. Nasuwa się myśl, że i u tych trzech osób (zbieram tu razem przypadki

Fassiny i moje w liczbie 29) mogły być zmiany chorobowe, których przy jednorazowem badaniu nie odkryto i na tej podstawie byłbym skłonny do przyjęcia, że niema bólów międzymiesiączkowych przy zupełnie zdrowych częściach płciowych.

A teraz z kolei przyjdzie nam zastanowić się nad tem, jakie to były zmiany chorobowe?

W ocenianiu tych zmian postępować musimy bardzo ostrożnie, chcąc wprowadzić w związek przyczynowy anatomiczny stan części płciowych z objawami bolu międzymiesiączkowego. Łatwo przewidzieć, że u jednej lub drugiej chorej znajdziemy zmiany, nie pozostające w żadnym bezpośrednim związku z zajmującem nas tu cierpieniem. Z całego więc szeregu zmian przedmiotowych wyszukać musimy te, które się u naszych chorych powtarzają najczęściej i w których, bez narażenia logiki rozpoznawczej na szwank, można szukać przyczyny bolów międzymiesiączkowych.

Oprzeć się tu zamierzam przedewszystkiem na spostrzeżeniach własnych, zaznaczając, że są one w głównych cechach zgodne z zapiskami, przytoczonymi przez Fassinę. Otóż, jak wspomniałem, z 12 moich chorych jedna tylko miała prawidłowe części płciowe. Z pozostałych 11, tylko u jednej znalazłem macicę prawidłowo wielką, reszta (t. j. 10) okazywała wyraźne powiększenie macicy. Nadmienić muszę, że tę jedyną chorą, stanowiącą wyjątek, badałem tylko raz i to w niekorzystnych warunkach tak, że nie mogę uważać wyniku badania za zupełnie pewny.

Jaką była przyczyna powiększenia macicy u moich 10 chorych? Odrazu zaznaczyć muszę, że żadna z nich nie okazywała objawów cierpienia zapalnego (*metritis chronica*), jakie pozostawia po sobie zakażenie połogowe lub rzeżączkowe.

Tak przedmiotowy obraz, jak i przebieg choroby, sprzeciwiał się rozpoznaniu przewlekłego zapalenia macicy. Żadna z nich nie wspomina w wywiadach o przebyciu zapalnego cierpienia po porodzie lub poronieniu, u żadnej przeszłość chorobowa nie przemawia za rozpoznaniem zakażenia rzeżączkowego, żadna nie cierpi na nawroty ostrego zapalnego zadrażnienia otrzewnej.

Richelot w znakomitej swojej książce (*Chirurgie de l'utérus*, 1902) stworzył nowy rozdział, który nazwał: *„congestion et sclérose"*. Przedstawił w nim nowy typ chorobowy, polegający na przeroście macicy bez udziału jakiegokolwiek zakażenia lub zapalenia, typ niezmiernie częsty, a mimo to prawie nieznany.

Z wyjątkiem prac Dolerisa, Petita, Brioudea i A. Siredeya, nie zajmowano się tem cierpieniem.

Z uderzającą bystrością i w sposób przekonywający szkicuje Richelot różnice między tem cierpieniem a przewlekłem zapaleniem macicy, za które dotąd chorobę tę powszechnie się uważa. Wykazuje on, że ta *„congestion et sclérose"* jest blisko spokrewniona z włókniakami, że więc ma w sobie raczej coś z nowotworu, niż ze sprawy zapalnej.

Przeczytawszy dzieło Richelota, zwracałem baczną uwagę na podane przez niego cechy rozpoznawcze i nabrałem przekonania, że stworzony przez niego obraz chorobowy — uchwycony został genialnie i jest rzeczywiście bardzo częstym Nie tu czas i miejsce na rozwodzenie się nad tą dla ginekologii niezmiernie ważną, wprost epokową sprawą; wspominam o niej tylko dla tego, ażeby módz zaznaczyć, że moje chore okazywały właśnie ową Richelotowską *„congestion et sclérose"*, czyli przekrwienie i przerost macicy bez objawów zapalenia. Jedna z nich miała nadto nieliczne śródmiąższowe włókniaki.

Również i dwie chore, opisane przez Addinsela, i jedna Holliday Crooma cierpiały na włókniaki.

Powiększenie macicy u moich chorych pochodziło więc z rozlanego chorobowego przerostu macicy, lub jak u jednej chorej z miejscowego, ogniskowego przerostu, t. j. włókniaków.

Przejdźmy do przydatków macicznych. U żadnej z moich chorych nie znalazłem guzów trąbkowych, wypełnionych płynem (*sactosalpinx*), u żadnej nie znalazłem wypociny. Tylko u jednej wybadałem zrosty koło jajnika prawego. Mimo to u większości moich chorych przydatki nie były prawidłowe, a nieprawidłowości odnosiły się głównie do jajników. Polegały one w części na nadmiernej tkliwości jajników zresztą prawidłowych, w części zaś na powiększeniu ich i obniżeniu. Wogóle badanie przydatków było trudne z powodu bolesności podobnej do tej, jaką spotykamy u niektórych kobiet bezpośrednio przed miesiączką. Nieprawidłowości te spostrzegałem u 10 chorych; tylko u dwóch nie było ich wcale.

Ten stan przydatków macicznych utwierdza mnie w przekonaniu, że powiększenie macicy nie było u chorych moich następstwem przebytego zapalenia. Powiększenie i tkliwość jajników odpowiada sklerozie ze zwyrodnieniem drobnotorbielkowem, a zmiana ta, zdaniem Richelota, towarzyszy stale chorobowym przerostom macicy. (*„L'utérus scléreux est toujours accompagné d'ovaires scléreux"*).

Są to bezwątpienia te same zmiany, które opisał Bulius w jajnikach osób, mających włókniaki macicy, a więc cierpienie, spokrewnione z ogólnym chorobowym przerostem macicy.

Podobnie jak zmiany maciczne nie miały u chorych naszych cech zapalenia (*metritis*) tak i te zmiany w przydatkach nie odpowiadały temu, co nazywamy zapaleniem jajnika (*oophoritis chronica*).

Prócz tych zmian znajdowałem u niektórych chorych zboczenia inne, najprawdopodobniej czysto przypadkowe, nie mające z bolem międzymiesiączkowym żadnego związku przyczynowego.

I tak u jednej chorej macica była zgięta w tył, u jednej obniżona. U dwóch chorych była świeża nieżytowa nadżerka koło ujścia zewnętrznego, u jednej zmiany po dawnym nieżycie szyi. Zmiany te chorobowe spotykamy wogóle tak często, że nie zadziwia nas, iż znalazły się przypadkowo i u naszych chorych; wszak chorobowy przerost macicy i bole międzymiesiączkowe nie chronią przed nieżytem szyi lub zmianą w położeniu macicy.

Na osobne uwzględnienie zasługuje zmiana chorobowa, którą znalazłem u p. G. L. 34-letniej wieloródki. W obu więzach szerokich wymacać mogłem miękkie, niebolesne, pod uciskiem znikające opory, które uważać musiałem za żylakowate rozdęcie żył. Chora ta miała nadto krwawnicę i żylaki na udach i podudziach. Takie zmiany w żyłach przymacicza (*parametrium*) widziałem kilka razy po otwarciu jamy brusznej u chorych z włókniakami macicznymi. Czy u chorej mojej G. L. były one w związku z rozlanym chorobowym przerostem macicy, nie chcę rozstrzygać, uważam to jednak za możliwe. (Dok. nast.).

II. Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. Prof. Kadera.

O zachowaniu się morfologicznych składników krwi w przebiegu bezgnilnego gojenia się ran czystych.

Podał

Dr. Mieczysław Staszewski.

(Praca częściowo wygłoszona na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1902).

(Ciąg dalszy).

Trudno jest rozstrzygnąć, który z czynników, mogących wpływać podniecająco na zwiększenie się leukocytozy, wywiera wpływ najsilniejszy. Czas trwania operacyi, obfitość krwawienia i rodzaj zastosowanego znieczulenia są to czynniki, które działały zawsze jednocześnie w tych wszystkich przypadkach, gdzie występowała bardziej wzmożona leukocytoza. Sądzę jednak, że udało mi się znaleźć dowody wpływu niektórych z tych czynników na leukocytozę.

Uderza nas przedewszystkiem nieraz b. znaczne powiększenie się liczby białych ciałek we krwi po operacyi w przypadkach zabiegów bardzo nieskomplikowanych, które się udało przeprowadzić z minimalną utratą krwi w warunkach najzupełniej aseptycznie przeprowadzonej operacyi i aseptycznego przebiegu pooperacyjnego. — (Tabl. I—XII).

Z rzędu czynników, mogących mieć wpływ na powstanie leukocytozy, wykluczamy w przypadkach tych zakażenie i wpływ pooperacyjnych krwiaków. — To ostatnie dlatego, że były to operacye, pozwalające na dokładne zoryentowanie się w stosunkach anatomicznych i z tego powodu na bardzo dokładne zatamowanie krwi. Pozostaje więc znieczulenie i sam zabieg operacyjny, uraz mechaniczny jako taki.

Co do znieczulenia, to na podstawie 3 przypadków (tabl. f, g), w których zabieg ograniczał się li tylko do uśpienia chorych chloroformem, operacyi zaś żadnej nie wykonano, — tabl. IX, X — muszę wykluczyć wpływ chloroformu na zwiększenie liczby białych ciałek. W przypadkach tych w 2 godz. po dokonaniu uśpienia, — to znaczy w czasie, kiedy w przypadkach takiego samego znieczulenia, związanego z dokonaniem zabiegu operacyjnego, znajdowałem największą leukocytozę, — liczba ciałek białych nietylko się nie zwiększyła, ale spadła w 3 godz. w pierwszym z liczby 18.00, wykazanej przed uśpieniem, do 13.700; w drugim — stosunki okazały się podobne, a mianowicie w przypadku *H. I.* (tabl. X) przed uśpieniem ciał. białych 11.000; w ciągu 45 minut trwającego uśpienia zużyto 40 grm. chloroformu, uśpienie głębokie; badanie krwi we 2 godz. wykazuje liczby ciał białych 9.400, w 7 godz. 7.600, we 24 godz. 8.000. W trzecim przypadku (tabl. IX) *S. M.*, liczba ciał. biał. przed uśpieniem 6.200, — uśpienie trwało 1 godzinę, podczas którego zużyto 45 grm. chloroformu; we 2 godz. 8.000, w 7 godz. 6.400, w 24 godz. 8.000.

Rzecz się ma jednak inaczej z dwoma innymi czynnikami, t. j. tropakokainą i zabiegiem chirurgicznym jako takim. W dwóch przypadkach użyliśmy znieczulenia tropakokainowego, bez wykonania jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego. Badanie krwi dało następujące wyniki:

W pierwszym przypadku *j*) — *hydrocele* — przed znieczuleniem liczba ciał. biał. 6.600; wstrzyknięto 0.07 tropakokainy. Badanie krwi po 2 godzinach wykazuje liczbę ciał. biał. 6.800; w 7 godz. 12.600, w 24 godz. 13.200 i dopiero po 48 godz. stosunki wróciły do stanu przedoperacyjnego.

W drugim przyp. *h*) — *hernia inguinalis* przed wstrzyknięciem tropakokainy ilość ciał. biał. 5.200; — wstrzyknięto 0.08 tropakokainy; we 3 godz. potem białe ciał. wynosiły 7.000; w 7 godz. 12.000; we 24 godz. 11.400; w 48 godz. 11.200; w 72 godz, 12.200; w 96 godz. 5.400.

W danym więc przypadku powrót do stanu przedoperacyjnego dokonał się w 5 dób.

Wobec faktu tego musimy przyznać tropakokainie własności chemotaktyczne i pewną część pooperacyjnej leukocytozy należy jej wpływowi przypisać, naturalnie tylko tam, gdzie ona była użyta. Doświadczenia w celu kontroli składników krwi przeprowadziłem na 2 osobnikach, robiąc wstrzykiwania rdzeniowe z wyjałowionej wody przekroplonej, w ilości odpowiadającej używanej u nas ilości roczczynu tropakokainy, t. j. 4 cm^3.

Otrzymałem wyniki następujące:

1) *M. F.* l, 22. L. Cz.. 904/5. *Coxitis dextra sanata.* D. 25/V na czczo rano wykazano c. białych 4.800 c. w 1 mm^3, c. czerwonych 3 200 000. Dokonano wstrzyknięcia 4 cm^3 wody przekroplonej, wyjałowionej — We 2 godz. po wstrzyknięciu znaleziono c. białych 5·800, c. czerwonych 3.600.000; w 7 godz., t. j. wieczorem, c. białych 6 000, c. czerw. 3·500.000. D. 26/V, a więc we 24 godz.: rano na czczo c. białych 5.000, c. czerw. 4·648.000.

2) *H. M.* l. 35. — L. dz. 904/V. *Hernia abdomin.* D. 25/5 rano na czczo c. białych 8·600, c. cz. 4·400·000; we 2 godz. c. b. 6·000, c. cz. 3 900.000; w 7 godz., t. j. wieczorem, c. b. 14 200, c. cz. 3·200.000. D. 26/5, t. j. we 24 godz. chorą badano na czczo z rana — miała 9·800 c. białych w 1 mm^3.

Spostrzeżenia te dowodzą niezbicie, że wstrzyknięcie samej wody przekroplonej, wyjałowionej, w ilości 4 cm^3 nie sprowadza hiperleukocytozy, a naodwrót wywołuje tylko przemijającą, pojawiającą się we 2 godz po zabiegu — hypoleukocytozę. Zwiększenie liczby c. białych, spostrzegane po upływie 7 godz., stanowi objaw fizyologiczny, t. zn. leukocytozę trawienną, albowiem obie chore po dokonaniu pierwszego badania nie były poddane żadnemu ograniczeniu w jedzeniu.

Najsilniejszym czynnikiem, wywołującym leukocytozę, jest sam zabieg operacyjny, jako taki. Do uzasadnienia tego twierdzenia posiadamy liczne dowody, które się dają ująć w 3 następujące kategorye: 1) wyniki badania hematologicznego przypadków, operowanych w znieczuleniu miejscowem; 2) wyniki badania hematologicznego przypadków, operowanych w znieczuleniu chloroformowem i 3) przypadki, operowane w znieczuleniu tropakokainą. Do pierwszej kategoryi należy przypadek *W. W.* — *Hydrocele dextr.* (patrz Tabl. *k*), operowany w znieczuleniu miejscowem chlorkiem etylu.

Badanie krwi przed operacyą wykazało liczbę ciałek białych 7400; w 2 godz. po operacyi liczba ta podniosła się do 11,200, a w 7 godz. do 11,600; we 24 godz. do 10,600, w 48 godz. powrót do stanu prawidłowego; liczba ciałek białych wynosiła 6800 i mniej więcej na tym poziomie utrzymywała się w ciągu 3 dni następnych, wykazując kolejno następujące ilości ciałek białych: 7800, 6600, 8600. Nie byłem w stanie tej kategoryi przypadków uzupełnić większą liczbą spostrzeżeń. Sądzę jednak, że w szeregu innych dowodów, które niżej przytoczę, nawet jedno spostrzeżenie, szczegółowo przeprowadzone, w znieczuleniu, przy

którem żadna obca substancya nie dostaje się do ustroju, stanowi poważny dowód na korzyść twierdzenia, że sam zabieg operacyjny jako taki wywołuje w operowanym ustroju zwiększenie liczby ciałek białych, nawet wówczas, kiedy

Tablica *k*.

L. dc. 86/904/5. *W. W.*, l. 36. wyrobnik. — *Hydrocele dext. major. gradus.*

Przed operacyą:					
Data	% hemoglob.	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Tętno	Ciepłota
X/II na czczo	110	3,600.000	7,400	64	36·2
15/II. *Operatio modo Winkelmann* w znieczuleniu miejscowem zapomocą chlorku etylu Cięcie skórne bezbolesne; dalszy przebieg operacyi bolesny.					
Po operacyi:					
w 2 godziny	105	5,600,000	11.200	—	—
w 7 godzin	90	4,000,000	11,600	60	36·8
16/II	90	5,464,000	10,600	72	37 37·4
29/II	88	4,050,000	6,800	64	37·4 37·2

Przebieg pooperacyjny z lekko podniesioną ciepłotą Zmiana opatrunku dnia 20/II wykazuje silny krwiak w worku mosznowym, szwy czyste.

się ogranicza do rozmiarów minimalnych. Chlorkowi etylu oddawałem pierwszeństwo przed innymi sposobami miejscowego znieczulenia, albowiem zastrzyknięcie podskórne tego lub innego środka wkładałoby ponownie doświadczenie, które, ze względu na otrzymanie rozstrzygającej odpowiedzi, chciałem przeprowadzić w warunkach jak najprostszych.

Co do przypadków, operowanych w uśpieniu chloroformowem, to, jak już wyżej zaznaczyłem, chloroform sam przez się leukocytozy nie wywołuje; owszem, spostrzegałem nawet spadek liczby ciałek białych po chloroformie. Jeżeli więc uwzględnimy, że we wszystkich przypadkach, operowanych pod chloroformem, spostrzegałem leukocytozę, a nieraz nawet bardzo wybitną, to fakt ten wytłómaczyć będziemy mogli tylko w ten sposób, że zwiększenie liczby ciałek białych wywołane zostało samym zabiegiem operacyjnym, dzięki czemu nietylko został pokryty ubytek liczby ciałek białych, mogący się zdarzyć po chloroformie, ale jeszcze okazała się znaczna jej nadwyżka w porównaniu ze stanem przedoperacyjnym.

H. J. Tabl X. — *Hernia inguin dextr.* — Przed uśpieniem chloroformem ciałek białych 11,000, w 2 godz. 9,400, w 7 godz. 7.600, w 24 godz. 8.000. Ten sam przypadek przed operacyą w znieczuleniu chloroformowem: *c.* biał. 8,000, w 3 godz. po operacyi 14,000, we 24 godz. 14.800.

S. M. Tabl. IX. — *Struma parenchym.* Przed uśpieniem chloroformem ciałek białych 6.200, w 2 godz. 8.000. w 7 godz. 6.400, w 24 godz. 8,000. Ten sam przypadek przed operacyą w uśpieniu chloroform. ciałek biał 8,000, w 1½ godz. po operacyi 10,400, we 24 godz. 22,800.

Największą jednak leukocytozę spostrzegałem w przypadkach, operowanych w znieczuleniu tropakokainą. Wynika to z sumowania się wpływu na leukocytozę wstrzyknięcia tropakokainy i samego zabiegu operacyjnego jako takiego.

N. p. w przypadku *G. P. Hernia inguin.*, jak to ilustruje tabliczka poniżej umieszczona: leukocytoza po samej tropakokainie wyniosła z 5200 przed operacyą, 7000 w trzy godziny po wstrzyknięciu samej tropakokainy i 22.600 po wstrzyknięciu tropakokainy i wykonaniu zabiegu operacyjnego; 11,400 na 24 godzin po samem wstrzyknięciu tropakokainy, a 21,000 po operacyi w znieczuleniu tropakokainą.

L. dz. 114/904/5. *G. P.*, l. 26 *Hernia inguin. dext. obl.*

Przed wstrzyknięciem tropakokainy na czczo:					
Data	% hemoglob.	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Tętno	Ciepłota
24/V	98	5,450.000	5.200	80	36
24/II wstrzyknięto 0·08 tropakokainy w rozczynie 2% w ilości 4 cm.³ rozczynu wodnego.					
Po wstrzyknięciu 0·08 tropakokainy:					
w 3 godziny	98	5,600.000	7,000	72	36
w 7 godzin	96	5,200,000	12.000	—	36 36
25/II na czczo	95	4,296,000	11,400	64	36·2 36
26/II na czczo	98	3.896.000	11,200	64	36·2 37
1/III. Operacya doszczętna sposobem Bassiniego w znieczuleniu lędźw. 0·08 tropakokainy.					
w 3 godz. po operacyi	98	4,766.400	22.600	80	37·2
w 6 godz. po operacyi	90	4,500.000	22,000	—	35 2 37·2
2/III	110	4,500,000	21,000	—	36·8

Przychodzimy więc do przekonania, że w przypadkach zabiegu operacyjnego, dokonanego zupełnie aseptycznie o przebiegu pooperacyjnym również aseptycznym, leukocytozę wywołał sam zabieg operacyjny jako taki.

Leukocytozę tę o typie wyżej opisanym nazwał prof. Kader leukocytozą ran aseptycznych, albo w skróceniu aseptyczną leukocytozą. Który właściwie z czynników, składających się na całość, ujętą w nazwę — zabieg operacyjny, powoduje powstawanie leukocytozy, niepodobna obecnie rozstrzygnąć. Wchodzi tu w grę uraz tkanek przyoperacyjny, wessanie pierwiastków tkanek obumierających pod wpływem zaburzeń w krwiobiegu, wywołanych przecięciem dużej liczby naczyń lub też ucisku, wywołanego podwiązkami albo szwami, w końcu towarzyszący każdemu zabiegowi operacyjnemu wstrząs.

Nadmieniam jednak, że z prac niektórych autorów (Maclean) wynika, że wstrząs nerwowy sam przez się nie jest w stanie wywołać znaczniejszych zmian w morfologicznych składnikach krwi.

Operacyjna fizyologiczna leukocytoza nie jest prawdopodobnie identyczną z leukocytozą, powstającą wskutek zakażenia rany operacyjnej.

Leukocytoza ta nazwaną została przez prof. Kadera leukocytozą ran septycznych, względnie w skróce

niu septyczną leukocytozą; trwa ona dłużej, niż fizyologiczna i jej największe natężenie leży poza tym czasem, w którym fizyologiczna dosięga swego *maximum*. Mogłem to z bezwzględną pewnością stwierdzić w przypadkach, gdzie zakażenie nastąpiło w czasie operacyi samej, t. j. w czasie działania przyczyn, powodujących fizyologiczną leukocytozę.

Skądinąd wiemy jednak, że każda rana i każda operacya, przeprowadzona wśród warunków najbardziej aseptycznych, podlega conajmniej zakażeniu drobnoustrojami różnorodnymi z powietrza.

O cechach tej patologicznej leukocytozy operacyjnej będę mówił w następnej pracy.

Co do zależności stopnia leukocytozy od części ustroju, na której operacya była przedsięwziętą, mogłem zauważyć największą po operacyach kostnych i wola, — stosunkowo zaś małą po laparotomiach, wykonanych z powodu różnorodnych chorób (z wyjątkiem operacyi śledziony).

Wreszcie należy podnieść wpływ na leukocytozę dużego krwawienia, różnice, jakie zachodziły w zachowaniu się przy dużych utratach krwi ciałek czerwonych, a ciałek białych. Jak to widzimy z tabliczek *a*, *b*, *c*, powyżej przytoczonych, — w czasie pierwszych godzin po operacyi ciałka czerwone albo pozostawały na poziomie przedoperacyjnym, albo się zmniejszały i zmniejszenie to postępowało, potęgując się w ciągu pierwszych 24—48 godzin.

Zupełnie inaczej rzecz się miała z ciałkami białemi, a mianowicie: pomimo dużej ich utraty współcześnie z utratą ciałek czerwonych, — ilość ich już po upływie 2 godzin znacznie się zwiększała i zwiększenie to trwało w czasie najniższego poziomu ilościowego ciałek czerwonych.

Birnbaum (10), badając krew noworodków i ciężarnych, znajdował po dużych krwotokach leukocytozę do 35,000 z przewagą leukocytów wielojądrzastych i myelocytów. Sądzi on, że już sam ubytek krwi jest dostateczną przyczyną, aby przez podrażnienie, głównie szpiku kostnego i innych narządów krwiotwórczych, wywołać silniejszy dopływ i spotęgowaną wytwórczość ciałek białych. Przy krwotokach dłużej trwających, przewlekłych, spostrzegał zmniejszenie się ilości leukocytów.

Wybitnej zależności stopnia leukocytoz od wieku chorego nie mogłem zauważyć; w przeważnej liczbie przypadków najsilniejszą leukocytozę spotykałem jednak w wieku młodzieńczym; z wzajemnego obliczenia odsetkowego stosunku poszczególnych rodzajów ciałek białych wynika, że najwybitniejsze różnice wykazują ciałka białe o ziarnistości neutrofilnej.

Ilość ich przedoperacyjna, wahająca się w granicach od 56% do 81%, wzrastała po operacyi nieraz aż do 90%, wzmagając się w stosunku do ilości pooperacyjnej od 7% do 35%. Np. przypadek Tabl. A. *Hernia inguinalis* z 56% we 4 godz. po operacyi neutrofile wzrosły do 87%, a we 24 godz. do 91%. Zresztą patrz tablice.

W stosunku odsetkowym przedoperacyjnym wracają neutrofile w porównaniu do ilości innych rodzajów ciałek białych, w przypadkach gojących się przez rychłozrost, nieraz już w trzecim dniu, w większości jednak przypadków dopiero na 4—5 dzień.

Już po zakończeniu badań moich wyszły r. 1904 z druku prace Arnetha (2, 3, 4, 5, 6); są one poświęcone głównie budowie neutrofilów. Główne wyniki jego badań są następujące: Na podstawie 233 badań ułożył on tabelę, w której stosownie do zachowania się jądra, jakoteż ich ilości dzieli leukocyty na pięć klas z różnemi odmianami:

Do I-szej klasy zalicza neutrofile o jednem jądrze okrągłem, t. zw. myelocyty i neutrofile o mało lub głęboko wrębionem jądrze. Do II-giej leukocyty neutrofilne o 2 jądrach, względnie o 2 cząstkach jądra. Do III ciej, do IV-tej o czterech, do V-tej o pięciu lub więcej jądrach.

Autor badał te neutrofile najpierw u osobników zdrowych i znalazł u nich przeważnie neutrofile II i III klasy, a więc o dwóch i o trzech jądrach.

Najmniej znajdowanych ciałek neutrofilnych było w I i V klasie. Zupełnie podobny obraz napotykał on w leukocytozie trawiennej.

Inaczej zaś ma się rzecz w leukocytozie przy sprawach zakaźnych. W tych ostatnich przypadkach znajdował on, że komórki III, IV i V klasy ulegały w walce z procesem zakaźnym i były uzupełnione przez młodsze komórki, należące do I i do II-giej klasy. Autor rozróżnia izo- i anizocytozę; pierwszem mianem nazywa leukocytozę, przy której skład neutrofilów jest taki, jaki jest prawidłowo (II, III, IV klasy); anizocytoza zaś wtedy, gdy stosunek ten się zmienił, t. j. gdy formy, należące do II, III, IV klasy znikają, lub znacznie się zmniejszają ich ilości, a w miejsce ich występują inne I i II klasy. W chorobach zakaźnych znajdował on stale przy leukocytozie anizocytozę, tak samo przy hipocytozie. Jest on zdania, że wobec tego zjawiska musi upaść pojęcie dodatniej i ujemnej „chemotaksis", gdyż idzie tu o sprawy niszczenia neutrofilów w obiegu krwi; — tylko w tem znaczeniu może być utrzymane pojęcie „chemotaksis", — które podczas całego czasu trwania sprawy chorobowej pomnażają się, aby potem uledz zniszczeniu. Ten proces niszczenia jest zależny od różnych czynników. Wielkość zmian w składzie neutrofilów nie odpowiada ciężkości samej sprawy chorobowej. O ile się zdaje anizohipocytoza występuje wówczas, gdy w krążącej krwi znajdują się bakterye, podczas gdy anizohipercytoza wtedy, gdy we krwi krążą toksyny.

Tenże autor (3) badał stosunek odsetkowy neutrofilów o różnych jądrach w różnych sprawach zakaźnych ze względu na izo- i anizocytozę.

W przypadku ostrej gruźlicy prosówkowej, zakończonej śmiercią, znalazł on znaczną anizocytozę z hipo-, potem normo- i w końcu hipercytozę. Tu przeważała pierwsza i druga klasa neutrofilów.

O doniosłości spostrzeżeń Arnetha nie można jeszcze nic stanowczego powiedzieć. Uwzględnić ich w pracy mojej już nie mogłem. Sądzę jednak, że odkrywają one pod niektóremi względami nowe pola widzenia i mogą przyczynić się również i do bliższego poznania zmian, zachodzących we krwi pod wpływem zabiegów operacyjnych.

Co do zachowania się ciałek eozynochłonnych, to znikały one zupełnie we wszystkich badanych przezemnie przypadkach już we 2 godziny po operacyi. W przypadkach z przebiegiem zupełnie aseptycznym wracały one do normy bardzo powoli, dopiero na 5—8 dzień po operacyi, — bez wahań.

Wyjątek stanowił przypadek *hernia scrotalis* u dziecka 2-letniego, gdzie po zabiegu operacyjnym i odsetkowo i bez-

Tablica A.

L. dz. 277/901/2. *C. F.*, lat 19. nauczyciel: Rozpoznanie: *Hernia inguin. dextra libera.* Chory dobrze zbudowany. Przyjęty 26/VI 1902.

Data	Ciałka białe	Ciałka czerwone	Stosunek	% hemoglobiny	mikrocyty	makrocyty	poikilocyty	Limfocyty duże %	Limfocyty duże il. bezwg.	Limfocyty małe %	Limfocyty małe il. bezwg.	Limfocyty przejśc. %	Limfocyty przejśc. il. bezwg.	Neutrofile	Eozynofile %	Eozynofile il. bezwg.	Cienie neutrofil.	Cienie eozynofil.	Ciepłota	Tętno
Przed operacyą:																				
—	9,200	5,920.000	1/643·4	78	brak	brak	gdzieniegdzie	29	2668	0	0	13	1196	56	2	184	—	0	36·2	76
27/VI operacya sposobem Bassiniego w znieczuleniu lędźwiowem (0,06 tropakokainy). Krwawienie minimalne. Czas trwania 30 min.																				
27/VI w 4 g. po op	18,000	6,360.000	1/353·3	78	często	ciałka czerw. jądrz.	b. często	9	1620	0	0	4	420	87	0	0	0	0	36·6	60
28/VI	12,000	6,000.000	1/495·8	85	często	—	b. często	6	720	0	0	1	120	91	0	0	2	0	36	60
29/VI	12.600	7.500.000	1/594·7	85	gdzieniegdzie	—	mało	10	1260	0	0	14	1764	71	2	252	3	0	36·2	72
30/VI	11,800	7,000.000	—	78	—	—	—	15	1770	10	1180	5	590	69	1	118	0	0	36·2	72
1/VII	8,800	7,260.000	1/825	80	często	—	—	22	1936	1	88	6	528	69	0	0	2	0	36·4	64
2/VII	10,000	6,980.000	1/698	87	—	—	—	6	600	0	0	16	1600	41	0	0	37	0	36·2	76
4/VII	10,200	7,280.000	—	88	—	—	—	14	1428	4	408	11	1122	69	3	306	5	0	36	76
5/VII	9.600	6,800.000	—	85	—	—	—	9	288	0	0	5	480	70	0	0	21	1	36·2	76
6/VII	9,700	6,700.000	—	80	dość często	—	brak	12	1164	0	0	5	485	85	0	0	0	0	—	—
7/VII	10,100	7,000.000	—	82	—	—	—	9	909	0	0	4	404	74	2	202	10	0	—	—
8/VII	9.800	7,320.000	1/740	85	—	—	—	14	1372	0	0	12	1176	70	2	196	2	0	—	—

Przebieg pooperaryjny bezgorączkowy, rana zagojona przez rychłozrost.

względnie zwiększyła się ilość eozynofilów z 1% i 162 w 1 mm.³ na 3% i 336 w 1 mm.³ w 24 godz.; 2% i 264 w 1 mm.³ w 48 godz. i 12% i 1440 w mm.³ w 10 dni po operacyi.

Zachowanie się limfocytów jest wręcz odwrotne do neutrofilów.

W pierwszych dwóch godzinach po operacyi zmniejsza się odsetek limfocytów do połowy, a nawet do 1/3 pierwotnego stanu. Zmniejszenie to utrzymuje się jeszcze w dniu następnym, mimo opadania ogólnej liczby leukocytów. Liczba limfocytów wracała do normy zwykle w 4—5 dniu po operacyi. W przypadkach z aseptycznym przebiegiem odsetek limfocytów zwykle wracał do normy na czwarty dzień po operacyi. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

O nowszych sposobach oznaczania refrakcyi.

Zestawił

Doc. Dr. K. W. Majewski.

Do oznaczenia rodzaju i stopnia wad refrakcyi służy nam cały szereg metod, zarówno podmiotowych, jak i przedmiotowych. Do pierwszych należy w pierwszym rzędzie klasyczna metoda doboru szkieł. opracowana przez Dondersa, dalej wyszukiwanie zapomocą różnych sposobów położenia *puncti remoti*, zastosowanie rozmaitych optometrów (optometr Badala, myoptometr Hegga i t. d.); do przedmiotowych: oznaczanie refrakcyi zapomocą wziernika w obrazie prostym, oznaczanie wyższych stopni myopii w obrazie odwrotnym (Burckhardt i Mauthner), wreszcie nieoceniona skiaskopia, którą zawdzięczamy Cuignetowi. Do tego doliczyć należy różne metody i przyrządy, służące specyalnie do wymierzania astygmatyzmu, jak astygmometr Javala i Schioetza, przyrząd Weckera, Langiego i t. d. Jak widać z tego wyliczenia, nie mamy prawa żalić się na brak

1) Holth: Kinéscopie, nouvelle méthode dedétermination de la réfraction oculaire. *Ann d'Ocul* 1902. Nr. 4. — 2) Holth: Quelques considérations sur l'historique de la kinéscopie. *Ann. d'Ocul.* 1903. Nr. 3. — 3) Van den Bergh: Skiascopie subjective Procédé original de détermination de la réfraction. *Ann. d'Ocul.* 1903. Nr. 10. — 4) Holth: Nouveau procédé pour determiner la réfraction oculaire. *Ann. d'Ocul.* 1904. Nr. 6. — 5) Fromaget: Mesure de la réfraction par la méthode de Scheiner. *Ann. d'Ocul.* 1903. Nr. 3. — 6) K. W. Majewski: O ametropometryi i astygmoskopii. *Postęp Okulist.* 1905. Nr. 1.

[1]) Według odczytu wypowiedzianego na posiedzeniu krak. Tow. lek. dnia 5 kwietnia b. r.

sposobów badania. Jeśli mimo tego witamy chętnie każdą metodę, oczywiście pod warunkiem, że jest dobrą, to dzieje się to dlatego, że jest rzeczą wielce pożądaną mieć możność skontrolować wyniki, uzyskane zapomocą jednego sposobu, sposobem innym, opartym na zupełnie odrębnej zasadzie. Nie należy zapominać, że chociaż oko nasze co do swej budowy jest tylko przyrządem optycznym, jest ono jednak zarazem żywym, ruchliwym, zmiennym, nieraz kapryśnym i nerwowym narządem, że zatem zadania okulisty, który ma oznaczyć wadę refrakcyi, nie można porównywać z zadaniem fizyka, mającego zapomocą środków laboratoryjnych wykonać pomiar optyczny, ale raczej chodzi tu o postawienie rozpoznania lekarskiego, często niełatwego, od którego wymaga się w dodatku liczbowej, niemal matematycznej dokładności. Z tych to powodów praktyk-okulista, który rozporządza większym wyborem dobrych metod rozpoznawczych, może temu zadaniu lepiej sprostać i łatwiej.

W ostatnich czasach podano szereg nowych metod, które nietylko budzą interes teoretyczny, ale i w praktyce mogą być z korzyścią zastosowane.

Holth (z Chrystyanii) podał w r. 1902 sposób oznaczania refrakcyi, który nazwał *kineskopią*, polegający na zjawisku już dawniej znanem i opisywanem. Nikomu jednak na myśl nie przyszło zużytkować to zjawisko do celów okulistycznych. I tak już w r. 1837 opisał Jan Mile następujące spostrzeżenie: Jeśli patrzymy przez mały otwór w kartonie na dwie szpilki, umieszczone w nierównej odległości i wpatrujemy się w bliższą, wtedy poruszając z lekka kartą z otworkiem widzimy, że dalsza szpilka porusza się pozornie w kierunku zgodnym z ruchem zasłony. Jeśli natomiast wpatrujemy się w szpilkę dalszą, wtedy bliższa wykonywa pozornie ruchy odwrotne, przeciwne poruszeniom otworu stenopeicznego. Szpilka, do której w danej chwili akomodujemy, nie porusza się wcale. Hermann Mayer w swem dziele „Zur Physik des Auges" (1851) przytacza szczegółowo to spostrzeżenie Milego. Zjawisko to pozornych ruchów, zależne od chwilowych zmian refrakcyi oka, wyzyskał Holth do oznaczenia stałych wad refrakcyi w następujący sposób:

Oko badane patrzy przez wązką szparę stenopeiczną, ustawioną np. pionowo, na biały krążek (5—10 cm średnicy), umieszczony na czarnem tle w odległości 5—6 metrów. Jeśli zaczniemy szparą lekko poruszać w kierunku prostopadłym do jej osi, t. j. poziomo, wtedy w razie, jeśli oko jest miarowe, badany nie zauważy żadnych pozornych ruchów krążka; w razie zaś najmniejszej ametropii poda natychmiast, że krążek porusza się także i to zgodnie z ruchami szpary stenopeicznej, jeśli zachodzi myopia, a przeciwnie, jeśli hipermetropia. Te pozorne ruchy przedmiotu odległego ustają dopiero po przedłożeniu odpowiedniego szkła wklęsłego, względnie wypukłego, wyrównywającego daną wadę refrakcyi. Krążek biały na tle czarnem jest dlatego najodpowiedniejszym przedmiotem, że nie pobudza akomodacyi, a jest wystarczająco widziany nawet przy znacznie obniżonej bystrości wzroku.

Zapomocą kineskopii można również zupełnie dokładnie oznaczyć niezborność oka. Javal był pierwszym, który zauważył zjawisko kineskopii, zależne od niezborności. W roku 1862 przedsięwziął on na sobie szereg doświadczeń, mając sam *As. hp. inversus.* Przekonał się mianowicie, poruszając szparę stenopeiczną w kierunku pionowym (t. j. równolegle do południka refrakcyi nadmiarowej), że przedmioty widziane poruszają się pozornie i to zgodnie z ruchami szpary. Poruszając szparę pionową poziomo (równolegle do południka refrakcyi miarowej), nie dostrzegał żadnych ruchów pozornych. Analogiczne spostrzeżenia poczynili też: Czermak, Chauvel (1883), Sagnac i Schoute (1898).

Główne osie astygmatyzmu dadzą się, zdaniem Holtha, z wszelką dokładnością określić przy pomocy kineskopii dzięki temu, że jeśli szpara stenopeiczna ustawiona jest równolegle do jednej z nich, a prostopadle do drugiej, wtedy pozorne ruchy krążka, zgodne, czy przeciwne, odbywają się w kierunku równoległym do kierunku poruszeń, jakie nadajemy szparze. We wszystkich natomiast położeniach pośrednich oba kierunki ruchów tworzą między sobą kąt, największy wtedy, gdy szpara długością swoją leży w pośrodku (t. j. pod kątem 45^0) pomiędzy jednym a drugim południkiem głównym astygmatyzmu. Określiwszy położenie osi głównych można następnie przez wyrównanie ametropii w każdej z nich, oznaczyć zapomocą kineskopii stopień niezborności.

Dla ułatwienia badania obmyślił autor przyrząd, który nazwał kineskopem i który pozwala kierunek ułożenia szpary odczytać dokładnie na odpowiedniem kole, opatrzonem podziałką. Prócz tego posiada kineskop półksiężycowate ramki, w które wkłada się kolejno szkła korekcyjne.

Wyjaśnienie zjawisk kineskopii jest bardzo proste: Ponieważ w oku krótkowzrocznem promienie równoległe (a za takie możemy uważać promienie, odbite od białego krążka) gromadzą się przed siatkówką, a następnie rozbiegają się znowu, ażeby na siatkówce wytworzyć krąg rozproszenia, przeto, gdy szparę stenopeiczną przesuniemy przed źrenicą z góry ku dołowi, obrazek jej przesunie się po siatkówce takiego oka w kierunku przeciwnym, t. j. z dołu do góry. W oku nadmiarowem, w którem promienie równoległe spotykają siatkówkę, zanim się jeszcze przeciąć zdołały, ruch obrazka szpary stenopeicznej, względnie widzianego przez nią krążka, będzie zgodny z ruchem samejże szpary. Ponieważ jednak przy odnoszeniu na zewnątrz wrażeń, odebranych okiem, obowiązuje prawo odwrotnej projekcyi obrazków siatkówkowych, przeto myop poda nam, że w porównaniu z ruchem szpary stenopeicznej widzi zgodny ruch białego krążka, a hipermetrop, że widzi ruch przeciwny. Jeżeli oko jest miarowe, wtedy promienie równoległe przecinają się na samej siatkówce; gdziekolwiek zatem w obrębie źrenicy znajdzie się szczelina stenopeiczna, obrazek krążka pozostanie na tem samem miejscu siatkówki; dlatego to oko miarowe, lub, co na jedno wyjdzie, oko z wadą, wyrównaną zapomocą odpowiedniego szkła, nie widzi żadnych pozornych ruchów krążka, mimo poruszeń szpary.

Ujemną stronę kineskopii stanowi to, że wymaga ona od badanego pewnej bystrości spostrzegawczej. Zwłaszcza — jeśli chodzi o oznaczenie południków głównych astygmatyzmu, wtedy rzadko kiedy można ufać podaniom chorego. Dlatego to twórca metody sam przyznaje, że do oznaczenia osi astygmatyzmu uciekał się do dawnych sposobów (np. astygmometr Javala), a dopiero następnie oznaczał łamliwość w każdym z południków, ustawiając szparę kineskopu najpierw prostopadle do jednego z nich, a potem do drugiego. Kineskopia wykazuje pewne pokrewieństwo ze skiaskopią, przynajmniej o tyle, że tu i tam chodzi o zauważenie pewnego określonego ruchu, tylko, że rola spostrzegacza przy skiaskopii przypada lekarzowi, przy kineskopii zaś osobie badanej. To samo da się też powiedzieć o drugiej metodzie, podanej również przez Holtha (w r. 1904) i nazwanej skiakineskopią.

Skiakineskopia polega także na znanem już dawniej zjawisku, dotąd jednak w celach oznaczania refrakcyi nie wyzyskanem. Zjawisko to jest niejako odwrotnością, negatywą zjawiska kineskopii.

Patrząc na jasną, świecącą plamę, np. na płomień świecy lub lampy i przesuwając tuż przed okiem jakikolwiek pręcik cienki i nieprzeźroczysty, np. drucik, sondę, zapałkę i t. p., widzimy, jeśli oko nasze jest dotknięte wadą refrakcyi, cień bardzo wyraźny (i to tem wyraźniejszy, im wyższy stopień wady), przesuwający się w postaci czarnego paska przez rozmazany obraz płomienia, czy punktu świecącego. Ruch tego cienia jest zgodny z ruchem drucika, jeśli zachodzi myopia, a przeciwny w razie hipermetropii. W miarę, jak zapomocą szkieł wyrównywamy wadę refrakcyi i zbliżamy się coraz bardziej do pełnej korekcyi, ruch cienia staje się coraz mniej zdecydowanym, a wreszcie, gdy oko zostanie zapomocą odpowiedniego szkła sprowadzone do stanu mia-

rowego, badany mimo dalszego przesuwania drucika przed okiem nie widzi w obrębie plamy świetlnej żadnego cienia, ani żadnego ruchu Tak też zachowuje się także oko, z natury miarowe. Badanie polega zatem na wyrównaniu wady refrakcyi zapomocą szkła, na którem zatrzyma nas sam badany w chwili, gdy ruch cienia przestanie być dla niego widocznym. Gdy przedłożymy szkło zbyt silne, wtedy ruch cienia zmieni kierunek: ze zgodnego stanie się przeciwny, lub odwrotnie.

Dla wyjaśnienia zjawisk skiakineskopii posłużyć mogą te same wywody, co dla kineskopii, trzeba tylko wyobrazić sobie zamiast przesuwającej się szpary stenopeicznej przesuwający się wązki ekran, który rzuca cień w te miejsca, w które szpara rzucała jasny pasek światła. Ruchy cienia muszą być zatem w każdym przypadku identyczne z pozornymi ruchami przedmiotów przy kineskopii.

Skiakineskopia nadaje się bardzo dobrze do wyszukiwania głównych południków astygmatyzmu, o ile tylko badany umie nam dokładnie opisać, co widzi. Jeśli oko badane jest niezborne, wtedy cień linijny w obrębie jasnej plamy nie w każdem położeniu jest równoległy do drucika trzymanego, względnie poruszanego przed źrenicą. Takie położenie równoległe przyjmuje on tylko w tym przypadku, gdy drucik ustawiony jest wzdłuż jednego lub drugiego z dwóch głównych południków astygmatyzmu. We wszystkich innych połu'nikach ustawia się on skośnie do kierunku drucika i tworzy z nim kąt tem większy, im bardziej ustawienie drucika oddala się od obu osi głównych. Kąt ten zatem jest największy w przekroju pośrednim, odległym o 45° od tychże południków głównych. Na tej zasadzie oparł Holth swój mały przyrządzik (*cherche-méridien*), pozwalający u inteligentnego pacyenta wcale dokładnie oznaczyć położenie głównych osi astygmatyzmu, poczem można kolejno w każdej z nich oznaczyć osobno refrakcyę zapomocą skiakineskopii. Drucik musi być trzymany prostopadle do osi, a poruszany równolegle z jej kierunkiem.

Van den Bergh z Brukseli opisał (w r. 1903) metodę podobną do skiakineskopii i nazwał ją skiaskopią podmiotową. Różni się ona od skiakineskopii tem, że zamiast punktu świecącego używa Van den Bergh równoramiennego trójkąta z białego papieru na czarnem tle. Wysokość trójkąta powinna być kilka razy większa od długości podstawy. Przy poruszaniu drucika przed źrenicą badanego oka powstaje w obrębie tego trójkąta trochę skomplikowane zjawisko cienia: gdy drucik dojdzie do środka źrenicy, wtedy oko badane, o ile nie jest miarowe, widzi dwa obok siebie stojące i częściowo nakrywające się trójkąty. Między wierzchołki tych trójkątów wciska się z góry klin czarny. Im wyższy jest stopień ametropii, tem niżej sięga koniec tego klina. Położenie tego punktu może badany odczytać wprost na odpowiedniej, empirycznie sporządzonej podziałce, z czego się odrazu dowiadujemy, ile dyoptryi wynosi ametropia. Czy mamy do czynienia z myopią, czy z hipermetropią, o tem rozstrzyga zgodność, względnie niezgodność ruchu cienia (t. j. czarnego klina między trójkątami) w porównaniu z poruszeniami drucika. Przy skiaskopii podmiotowej Van den Bergha odpada potrzeba przedkładania szkieł przed oko badane, bo, jak wyżej wspomniałem, długość czarnego klina wskazuje na odpowiedniej skali wprost stopień wady refrakcyi w dyoptryach. Ale właśnie z powodu tego uproszczenia metoda ta wymaga od badanego bardzo ścisłej obserwacyi zjawisk i dlatego nie wydaje mi się tak wygodną i łatwą w zastosowaniu, jak skiakineskopia, lub inne nowe metody, o których jeszcze będzie mowa.

Krótka wzmianka należy się też „prisoptometryi“, podanej przez Culbertsona w r. 1894[1]). Nie jest to zatem jedna z najnowszych metod, ale dopiero przed niedawnym czasem zaczęto nadsyłać z Ameryki przyrządy, na tej zasadzie oparte. Prisoptometr taki miałem sposobność obejrzeć i wypróbować dzięki uprzejmości Prof. Wicherkiewicza. Przez dość duży okrągły otwór (kilka mm. średnicy) spogląda oko badane na biały krążek, umieszczony w ściśle określonej odległości, którą trzeba wyszukać dla danego przyrządu i dla oka idealnie miarowego. W otworze umieszczone są dwa szklane pryzmaty, złożone podstawami, których linia graniczna przypada na środek źrenicy. Promienie równoległe, odbite od białego koła, załamują oba pryzmaty ku swym podstawom. Z tego powodu badany widzi dwa koła. Otóż odległość ekranu z białem kołem i wielkość tegoż mogą być tak dobrane, że przy emmetropii obwody obu widzianych kół stykają się w jednym punkcie. Rzecz jednak zmienia się, gdy oko nie jest miarowe Wtedy przedewszystkiem koła widziane są niewyraźnie, w zatartych zarysach. Przytem wiadomo, że myopowi, nieuzbrojonemu w szkła, wszystkie przedmioty wydają się nieco większymi, a hipermetropowi nieco mniejszymi, niż emmetropowi. Ponieważ odstęp śr dków obu kół zależy od siły pryzmatu i od oddalenia ekranu od badanego oka, a nie zależy prawie wcale od refrakcyi, przeto przy myopii skutkiem pozornego powiększenia obrazów, białe koła zajdą na siebie częścią swej powierzchni. Ta część, gdzie się koła wzajemnie przykrywają, wyda się badanemu podwójnie białą. Przy hipermetropii, skutkiem pozornego pomniejszenia obrazów, koła muszą się rozstąpić tak, że między ich obwodami pojawia się przerwa tem szersza, im wyższy jest stopień hipermetropii. Korekcya, dokonywana zapomocą szkieł, wkładanych w odpowiednie ramki, musi polegać zatem na doprowadzeniu obu kół do kontaktu ściśle w jednym tylko punkcie stycznym, o czem nas oczywiście zawiadamia sam badany.

Zapomocą odpowiedniego urządzenia można pryzmaty, umieszczone w otworze prisoptometru, tak okręcać, że linia, łącząca środki obu kół widzianych przez oko badane, ustawia się równolegle do coraz to innych południków oka. Jeśli przy takiem okręcaniu jedno koło ślizga się wciąż po obwodzie drugiego, to stanowi to dowód, że niema niezborności. Jeżeli oko jest niezborne, wtedy rzecz ma się inaczej: gdy koła stoją obok siebie, co odpowiada południkowi poziomemu, sprowadzamy je w razie potrzeby do zetknięcia zapomocą odpowiedniego szkła, a następnie okręcamy pryzmaty tak, aby koła ustawiły się nad sobą, co odpowiada południkowi pionowemu. Jeśli w tym południku łamliwość oka jest silniejsza, niż w poziomym, — koła zajdą na siebie obwodami, jeśli słabsza, wtedy się rozstąpią. W pierwszym razie doprowadzimy je ponownie do kontaktu zapomocą szkła wklęsłego, w drugim zapomocą szkła wypukłego. Ze siły użytej soczewki wnioskujemy o stopniu astygmatyzmu.

W ten sam sposób można też oznaczyć refrakcyę w każdym południku skośnym, jeśli osie astygmatyzmu są skośne.

Pozostaje do omówienia jeszcze jedna z najnowszych metod badania, mianowicie tak zwana ametropometrya. Polega ona na zastosowaniu znanego doświadczenia Scheinerowskiego do oznaczania refrakcyi. Hassler, lekarz szpitala wojskowego w Bordeaux, był pierwszym, który doświadczenie to zużytkował w celach optometryi, a za jego przykładem Le Mehauté, profesor w szkole higieny morskiej, również w Bordeaux, oparł na tej samej zasadzie swój ametropometr i wypróbował ten przyrząd w ostatnich trzech latach w klinice i pod kierunkiem Fromageta Jest to płytka nieprzeźroczysta z dwoma otworkami, których wzajemna odległość jest mniejsza od szerokości średnio rozwartej źrenicy. Oko badane patrzy przez oba te otworki na oświetlony otwór prostokątny w czarnym ekranie, odległym o 5 m. Oko miarowe widzi ten świetlny prostokąt pojedynczo, ponieważ promienie równoległe, wpadające przez oba otworki, przecinają się w jednem miejscu i wytwarzają jeden obrazek. W razie myopii prostokątne okienko widziane jest podwójnie, ponieważ promienie równoległe, przechodzące przez oba otworki, gromadzą się przed siatkówką, a na siatkówce wytwarzają dwa oddzielne obrazki. Obrazki te są

---

[1]) Flavel B. Tiffany: „Anomalies of refraction and of the muscles of the eye“. Kansas city, 1894, p. 94—95.

skrzyżowane, ale dzięki odwrotnej projekcyi wrażeń siatkówkowych, badanemu przedstawią się one tak, że prawemu otworkowi będzie odpowiadał obrazek prawy, a lewemu lewy (*diplopia monoocularis homonyma*), o czem z łatwością możemy się przekonać, zasłoniwszy jeden z otworków ametropometru jakiemkolwiek szkłem barwnem. Jeśli zachodzi hipermetropia, wtedy równoległe wiązki promieni, przechodzące przez oba otworki, przecinają się poza siatkówką, a na siatkówce wytwarzają dwa obrazki równoimienne, z czego wynika dwuwidzenie skrzyżowane (*diplopia monoocularis cruciata*). Otóż, jeśli zapomocą odpowiedniego szkła wyrównamy dokładnie zachodzącą ametropię, wtedy równoległe wiązki promieni przetną się na samej siatkówce tak, jak w oku miarowem i jasny prostokąt znów będzie widziany pojedynczo. W tem się też streszcza zasada ametropometryi, która wymaga zatem kolejnej zmiany szkieł korekcyjnych przed okiem badanem. Zamiast wyjmować każde szkło z osobna z kasety okulistycznej i ustawiać je przed okiem badanem, możemy szybką i wygodną zmianę szkieł uzyskać bądź to zapomocą optometru Coopera, t. j. dużego koła, dającego się obracać i opatrzonego skalą soczewek wklęsłych lub wypukłych, bądź to zapomocą listwy z szeregiem soczewek, przesuwalnej przed otworkami ametropometru, bądź wreszcie przez połączenie płytki ametropometru z tarczą Rekossa z jakiegokolwiek wziernika refrakcyjnego. W miarę, jak obracamy tarczę Rekossa, przesuwając przed okiem coraz to silniejsze szkła, stosownie do potrzeby wklęsłe lub wypukłe, rozstęp zdwojonych obrazków się zmniejsza, aż wreszcie przy szkle wyrównywającem wadę refrakcyi oba prostokąty świetlne nakrywają się wzajemnie.

W styczniu b. r podałem w „Postępie Okulistycznym" opis zmodyfikowanego ametropometru. Modyfikacya polega na tem, że zamiast dwóch są trzy, bardzo blizko siebie położone otworki w czarnej płytce. Oba boczne otworki zasłonięte są małemi szkiełkami walcowatemi, środkowy zaś jest wolny. Osie silnych płaskowypukłych szkiełek walcowatych ułożone są wzdłuż linii, na której leżą wszystkie trzy otworki. Jeden z tych walców zrobiony jest ze szkła czerwonego, a drugi z zielonego. Oko badane spogląda przez wszystkie trzy dziurki już nie na prostokąt świetlny, lecz na punkt świecący w ciemnym pokoju (oświetlony otwór w ekranie). Dzięki temu urządzeniu oko niemiarowe widzi przy poziomem ułożeniu otworków, punkt świecący w środku, a po obu bokach dwie pionowe linie barwne, powstałe przez rozciągnięcie punktu świetlnego cylindrycznem działaniem szkiełek; po kolorach linii można natychmiast poznać, czy dwuwidzenie jest zgodne, czy skrzyżowane, a więc, czy mamy do czynienia z myopią, czy z hipermetropią. Jeśli oko jest miarowe, lub jeśliśmy zachodzącą wadę refrakcyi już zapomocą odpowiedniego szkła wyrównali, wtedy badany widzi jednę linię koloru mieszanego, przecinającą punkt świetlny. W razie ślepoty barwnej porozumienie z badanym co do wzajemnego ułożenia kolorowych smug jest niemożliwe, w takim przypadku więc zasłaniamy zapomocą małej zasuweczki jeden z bocznych otworów tak, że badany widzi obecnie tylko jeden punkt świetlny, (przez dziurkę środkową) i jedną linię świetlną, której barwa już nie wchodzi wcale w rachubę, bo wystarczy nam dowiedzieć się, czy linia ta przebiega po prawej, czy po lewej stronie punktu świetlnego, żebyśmy poznali, czy badany jest myopem, czy hipermetropem. Otworek środkowy oddaje nam i wtedy dobre usługi, gdy źrenica oka badanego jest tak wązka, że wszystkich trzech dziurek naraz objąć nie może, a z jakichkolwiek powodów nie chcemy lub nie możemy rozszerzyć źrenicy. W takim razie punkt świetlny środkowy i którakolwiek z linii bocznych – wystarczą zupełnie do oznaczenia refrakcyi.

Jak wyżej wspomniałem, ametropometr wskazuje refrakcyę zawsze w jednym tylko południku, mianowicie w tym, który odpowiada linii, łączącej trzy otworki stenopeiczne — i to jest właśnie jego zaletą. Płytkę można okręcać i linię otworków ustawiać kolejno w różnych południkach, których położenie odczytujemy na mosiężnej obręczce, otaczającej płytkę optometru i opatrzonej podziałką ze stopniami łukowymi. Możemy zatem w każdym południku z osobna oznaczyć refrakcyę zapomocą szkieł sferycznych, a tem samem w danym razie wymierzyć astygmatyzm. Jeśli chodzi o oznaczenie kierunku głównych osi astygmatyzmu — to, jakkolwiek można dokonać tego przy inteligentnem współdziałaniu osoby badanej zapomocą samej tylko ametropometryi, praktyczniej jednak jest uciec się do jednego z licznych umyślnie w tym celu podanych sposobów i przyrządów (keratoskop, astygmometr Javala i Schioetza, skiaskopia zwyczajna i t. d). Można też do tego celu posłużyć się małym przyrządzikiem, który nazwałem astygmoskopem. Jest to krążek z poczernionego metalu, 4 cm. średnicy, osadzony na rączce. W tarczce tej porobione są małe dziureczki, ułożone w szeregi, które tworzą dwunastoramienną figurę gwieździstą. Badany, trzymając przyrząd w ręku, zwraca go ku światłu (np. ku lampie żarowej ze szkła mlecznego). Jeśli oko jest niezborne i przynajmniej w jednym przekroju okazuje myopię takiego stopnia, że *punctum remotum* daje się ręką dosięgnąć, wtedy w tej odległości wszystkie dziureczki astygmoskopu przedstawią się, jako krótkie świetlne kreseczki, prostopadłe do tego przekroju. Z tego powodu promień prostopadły do południka myopii, a więc odpowiadający drugiej głównej osi astygmatyzmu, przedstawi się jako jednostajna ciągła linia świetlna, bo poszczególne kreseczki nakryją się dachówkowato i zleją się ze sobą. Poza obwód tarczy przyrządu wystają druciki z główkami, w przedłużeniu poszczególnych promieni i służą do tego, aby badany, trzymając w jednem ręku trzonek astygmoskopu, mógł palcem drugiej ręki wskazać drucik, odpowiadający temu promieniowi, który widzi jako ciągłą, litą linię świetlną. W przypadkach, gdzie *punctum remotum* nie leży w pobliżu oka badanego, możemy je doń z łatwością zbliżyć zapomocą odpowiednio silnego wypukłego szkła sferycznego, które, jak wiadomo, nie wpłynie ani na stopień niezborności, ani na ustawienie jej południków głównych. Astygmoskop pozwala w przypadkach niezborności, przekraczającej 1,0D, na szybkie i wystarczająco dokładne oznaczenie położenia osi astygmatyzmu, w których następnie wymierzyć możemy refrakcyę bezpośrednio zapomocą ametropometryi.

Wszystkie, w tem krótkiem zestawieniu omówione nowe sposoby oznaczania refrakcyi, podobnie zresztą, jak i wszystkie dawniejsze metody, mają tę jednę wspólną ujemną stronę, że dokładność ich pozostaje niejako na łasce akomodacyi oka badanego i zależy od zupełnego zwolnienia tej akomodacyi. Ponieważ akomodacya polega na chwilowem wzmożeniu siły łamliwej oka, więc jasną jest rzeczą, że zwiększa ona myopię, a zmniejsza lub nawet znosi hipermetropię. O jej szkodliwym wpływie na ścisłość oznaczenia refrakcyi nie wolno okuliście nigdy zapominać i musi on nieraz czerpać ze swego osobistego doświadczenia wskazówki, jak ma uniknąć błędów, pochodzących z tego źródła.

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTZNA. E. Grawitz. **Choroby krwi i balneologia.** (*Berl. kl. Wochenschrift*, Nr. 19, z r. 1905). Na wstępie podnosi autor, jakie przyczyny wywoływać mogą choroby krwi. Przedewszystkiem należą tu sprawy chorobowe, toczące się w narządach krwiotwórczych, — a szczególnie w szpiku kostnym, potem przewlekła utrata soków żywotnych, przewlekła utrata białka, przewlekłe, ostre utraty krwi, ropienia i zapalenia nerek; choroby krwi mogą dalej powstawać pod wpływem przeróżnych trucizn i to takich, które dostają się do ustroju z zewnątrz, albo takich, które w ustroju się wytwarzają n. p. przez rozkład białka w przewodzie pokarmowym. Wszystkie te przyczyny prawie wyłącznie szkodzą krwinkom czerwonym, liczba ich się zmniejsza, ulegają przeobrażeniom wstecznym i wytwarza się ów stan, który zwiemy od wieków niedokrwistością. Do leczenia chorób krwi nadają się w pierwszym rzędzie miejsca kąpielowe, których źródła zawierają żelazo i arsen, przyczem doniosłego jest znaczenia, że w takich

miejscach kąpielowych chory znajduje i inne dla zdrowia korzystne czynniki, jak długotrwały pobyt na świeżem powietrzu, sposobność do ruchów ciała, odpowiednią dyetę itd. Podczas gdy żelazo działa głównie u osobników młodych, to arsen, bardzo często w parze z żelazem w wodach się znajdujący, korzystnie działa na niedokrwistość dorosłych, na białaczkę, oraz na choroby skórne. Dla leczenia niedokrewnych, u których tłem choroby jest kiła, wybitnego znaczenia są wody jodowe; chorym na przewlekłe cierpienia gruczołów dobrze robią solanki, tam zaś, gdzie niedokrewność wywołały zaburzenia w jelitach, spowodowane ich niedowładem i samozatruciem, wody wypróżniające jelita z odpowiednią dyetą sprowadzą wyleczenie. *Stahr.*

L. Steinsberg. **O leczeniu miażdżycy.** (*Berl. kl. Woch.*, Nr. 19, 1905). Autor daje na początku określenie miażdżycy, nazywa ją „Abnutzungskrankheit" (choroba powstała ze zużycia); w leczeniu kładzie główny nacisk na zapobieganie i wyraża nadzieję, że rokowanie w chorobie tej na przyszłość mogłoby z gruntu się zmienić na znacznie korzystniejsze, gdyby się udawało wpadać na trop tej choroby już wtedy, kiedy jeszcze w ustroju nie jest wyraźnie rozwiniętą, a więc w ustroju młodym i wtedy już stosować należne przepisy higieniczne, względnie zabiegi lecznicze. Najważniejszą rzeczą dla chorego jest uregulować jego sposób życia, uchronić go przed czynnikami wprost lub pośrednio szkodliwymi, żywić go odpowiednio ilościowo i jakościowo, zabronić mu używania alkoholu i tytoniu, polecić mu unikanie wstrząśnień psychicznych i t. d. Należy polecać żywność ubogą w chlor, jadać mało mięsa; należy równie przestrzegać przed pożywieniem wyłącznie jarskiem. Z leków skutecznych w początkach miażdżycy zaleca autor ergotynę i jod. Bardzo gorąco poleca gimnastykę leczniczą, leczenie terenowe nie przesadzone, zabiegi wodolecznicze, kąpiele z kwasu węglowego i t. d. Dobre wyniki daje także leczenie skombinowane z jodu i kąpieli obok przestrzegania ogólnych powyższych przepisów. Bardzo dobre wyniki dają również kąpiele z kwasu węglowego w połączeniu z kąpielami borowinowemi; autor zaleca dlatego Francensbad i stosuje tam na miejscu kąpiele borowinowe rzadkie o obojętnej ciepłocie i tylko do wysokości serca. Są to tak zw. francensbadzkie kąpiele borowinowe normalne. Autor kończy pracę apelem, by w miażdżycy, o ile się da, zaczynać od zapobiegania już w młodym wieku chorych. *Stahr.*

Prof. Noorden. **Leczenie otyłości.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 19). Leczenie otyłości należy stosować według ścisłych wskazań. Wysokiego stopnia otyłość jest prawie zawsze wskazaniem do przeprowadzenia leczenia; 4—6 tygodniowe okresy kuracyjne należy przerywać dłuższemi pauzami. Zwłaszcza trzeba postępować w ten sposób u dzieci. U starców zbyt często leczenie pociąga za sobą zupełny upadek sił, więc należy go bezwarunkowo zaniechać. Średniego stopnia otyłość (waga 15—20 kg. przekraczająca wagę przeciętną, odpowiadającą wiekowi, płci i wysokości) jest u osobników młodych i w wieku średnim, ze względu na zbyt wczesną możność wyczerpania się serca, bezwzględnem wskazaniem do leczenia, zwłaszcza przy szybkim postępie otyłości; u osobników na schyłku lat średnich otyłość średnia nie stanowi wskazania do leczenia, należy tylko uregulować tryb życia. Nizki stopień otyłości (5—15 kg. nad normę) stanowi wskazanie tylko przy szybkim rozwoju otyłości; pewne choroby nakazują również przeprowadzenie kuracyi nawet w lżejszych przypadkach otyłości, jako to: choroby narządu krążenia i przewlekłe choroby narządu oddechowego, śródmiąższowe zap. nerek, przewlekły gościec stawowy i inne schorzenia narządów ruchowych, wyprzenie, niektóre postacie nerwobolów. W skazie moczanowej ostrożne przeprowadzenie leczenia nie szkodzi; po kuracyi forsownej częstokroć dna zaostrza się lub na nowo wybucha. W cukrzycy jest autor również za leczeniem, które może dobrze wpłynąć na sprawność mięśni i serca. Ze względu, że chorobowe zmniejszenie energii utlenienia może być powodem otyłości tylko w wyjątkowych przypadkach, że doświadczalnie go nieudowodniono, a w największej liczbie przypadków otyłość jest wywołana nieprawidłowym trybem życia, zbyt wielkim dowozem energii lub zamałem zużywaniem, t. j. zbyt obfitem odżywianiem lub brakiem ruchu, podstawą leczenia będzie: 1) ograniczenie dowozu energii i 2) zwiększenie jej użycia. Stosowanie drugiego czynnika leczniczego niejednokrotnie ogranicza brak siły mięśni lub konieczność szanowania sił pacyenta przy powikłaniach. Tem ważniejszy jest czynnik pierwszy, t. j. dyeta. Otyłemu należy zapewnić 100—140 grm. białka dziennie, a ograniczyć bezazotowe substancye (tłuszcze, węglowodany i alkohol), albo równomiernie, albo ze szczególnem uwzględnieniem jednego rodzaju pokarmu aż do pewnej ilości kaloryi. Ze względu, że węglowodany mało dają pokarmu, a łatwo sycą, lepiej podawać więcej tych ostatnich, a tłuszcz ograniczyć; taką dyetę z reguły lepiej znoszą pacyenci, choć zdarzają się wyjątki. Pokarm, potrzebny dla utrzymania w równowadze otyłego człowieka średniego wzrostu, powinien wynosić 2,500 kaloryi dziennie (u kobiet o 300 kaloryi mniej); tę ilość kaloryi należy przy przeprowadzeniu leczenia ograniczyć według 3 stopni: I. Zmniejszenie pokarmu do $^4/_5$, a zatem do 2000 kaloryi. Dyeta stosowna dla silnych ludzi, mogących intenzywnie pracować fizycznie. Ubytek na wadze 3—4 funty, potem 2—3 miesięcznie. II. Zmniejszenie pokarmu do $^3/_5$, czyli 1500 kaloryi. U słabych, mało fizycznie pracujących, ubytek na wadze 2 do 4 funty miesięcznie; u pracujących n. p. 2 godz., chodzących po górach, ubytek na wadze 5—7 funtów miesięcznie. Dyetę można długi czas bez przerwy stosować. III. Więcej niż $^2/_5$ pokarmu normalnego t. j. 1000—1500 kaloryi. Taką jest dyeta Bantinga. Oertla itd. Nie należy jej nigdy stosować u chorych na serce, również w praktyce prywatnej; natomiast w sanatoryach można uzyskać 6 do 12 funtów ubytku na wadze miesięcznie, przy pracy fizycznej 20—30 funt. bez szkody dla ustroju. Czas trwania tego forsownego leczenia należy ograniczyć do kilku tygodni. Ograniczenie płynów bezpośrednio nie działa leczniczo, gdyż nie wpływa na szybsze utlenienie tłuszczu, jak sądzono; ale działa energicznie pośrednio, zmniejszając łaknienie.

Zwiększenie przemiany energii. Przez 3 godz. wspinania się na wyniosłość pod kątem 10° można wydatek energii zwiększyć w dwójnasób w porównaniu z wydatkiem energii podczas spoczynku, a ludziom silnym można z łatwością taki ruch zalecić. Przeszkodę może stanowić słabe serce, wątłe mięśnie i silne poty. Obok tego leczenia terenowego Oertla można stosować wiosłowanie, choć to ostatnie nieda się tak ściśle stopniować. Jazda na kole wskutek łatwej przesady i działania szkodliwego na serce jest przeciwwskazana. Jazda konna i gimnastyka lecznicza działają bardzo słabo. Mięsienie jest bez wpływu. Przetwory gruczołu tarczykowego zwiększają utlenienie o 15—20 prc. Zbyt często jednak działają toksycznie, powodując rozpad białka ustrojowego, osłabienie serca, cukromocz. aby je wogóle można było stosować. Zwiększenie przemiany materyi w górach odpowiada, zdaje się, tylko wzrostowi pracy serca i oddychania. Zwiększenie przemiany materyi nad morzem jest co najmniej problematyczne. Działanie leczenia zdrojowo-kąpielowego w Homburgu, Karlsbadzie, Kissingen itd. nie polega na piciu wód, ale na większym ruchu i mniej obfitem odżywieniu, niż w domu. Obficie pite wody podnoszą rozpad białka tylko o 5—12 prc. i to tylko na 2 godz. Kąpiele podnoszą rozpad białka tylko o kilka odsetków i to tylko przez czas trwania kąpieli; natomiast podniecają układ nerwowy i krążenie. Łaźnie parowe i elektryczne kąpiele świetlne zwiększają wydatek energii tylko na czas swego trwania i to tylko wówczas, gdy ciepłota krwi się podnosi (na każdy 1° o 3 prc.). Samo pocenie się niema żadnego wpływu. Kąpiele słoneczne działają, o ile są połączone z ruchem. Najważniejszą stroną leczenia jest nauczyć chorego w sanatoryum, jak ma przepędzić cały następny rok i jak unormować sposób życia. *Mostowski.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. A. Markus. **Nowy sposób leczenia czyraków.** (*Mün. med. Woch.*, Nr. 21, 1905). Metoda leczenia czyraków, podana przez autora, polega na zastosowaniu w tym celu elektrolizy. Do takiego leczenia nadają się szczególnie czyraki, jeszcze nie zupełnie zropiałe. Postępowanie przy tej metodzie leczenia polega na wprowadzeniu w otwór zajętej torebki włosowej igły epilacyjnej, połączonej z biegunem ujemnym bateryi. Wskutek chemicznego działania prądu wywiązujący się wodór usuwa na zewnątrz, tworząc pianę, obumarłą część tkanki. Siła prądu, jakiej się przy tem używa, wynosi od jednego do dziesięciu miliamperów. Następnie zmienia się kierunek prądu i po wprowadzeniu do otworu igły, połączonej teraz z biegunem dodatnim, wywiązujący się tlen działa zabójczo na bakterye i rozkłada schorzałą część tkanki. Leczenie tym sposobem przewyższa pod względem wyników kosmetycznych leczenie chirurgiczne, a ma tę zaletę, że już po jednorazowem zastosowaniu zabiegu elektrolitycznego bolesność ustępuje i przy czyrakach usadowionych w miejscach bardzo tkliwych, jak n. p. na wardze górnej i końcu nosa chorzy doznają zaraz od początku leczenia znacznej ulgi. *Stopczański.*

Schlachta. **Chemiczne naśladowanie biologicznego działania promieni.** (*Münchener med Wochenschrift*, Nr. 19). Punktem wyjścia badań, wykonanych w celu poznania chemizmu działania biologicznego promieni radu i X-promieni, była znana własność utleniania tych promieni. Exner wykazał, że przy naświetlaniu X-promieniami lecytyny powstaje cholina, która, wstrzyknięta pod skórę, wywołuje podobne zmiany, jak lecytyna naświetlona. Autor starał się wykazać, czy przy samem utlenianiu można z lecytyny otrzymać cholinę. W tym celu użył ozonu i zapomocą odpowiedniego przyrządu nasycał roztwór lecytyny ozonem. Po wstrzyknięciu tego roztworu lecytyny pod skórę u świnki morskiej po 8 dniach powstawał w miejscu wstrzyknięcia wrzód przy równo-

czesnem wypadaniu włosów. Rozczyn lecytyny, nasyconej ozonem, różni się nieco własnościami od lecytyny naświetlanej, która ma zapach o wiele silniejszy kłujący, jak również inne zabarwienie. Autor sądzi, że możnaby uniknąć rozkładaniu się lecytyny przy naświetlaniu, jeżeliby rozczyn lecytyny naświetlany był przy braku tlenu, a więc w próżni. *Stopczański.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. O. Israel. **O czynnej limfocytozie i mechanizmie wędrowania.** (*Berl. kl. Wochenschrift*, Nr. 18, 1905). Bodźcem do tej pracy były badania Almkvista, ogłoszone w „Archiwie Virchowa“ (Tom 169, Str. 1 ff.) pt. „Ueber die Emigrationsfähigkeit der Lymphocyten“ i doniesienie A. Wolffa i A. v. Tordaya w Nr. 49 z r. 1904. „Berl. kl. Wochenschrift“, poświęconym Senatorowi z okazyi jego 70-rocznicy urodzin, p. t. „Ueber die experimentelle Erzeugung von Lymphocytenexsudaten. Zugleich ein Beweis für das Vorhandensein einer aktiven Lymphocytose“. Israel twierdzi na podstawie swoich doświadczeń, że dowód jeszcze nie jest przeprowadzonym bez zarzutu, że zatem nie można na pewno twierdzić, że limfocyty mają zdolność wędrowania wśród tkanek i wychodzenia z naczyń. Do wypocin błon surowiczych bezwątpienia (według Israela) dostają się tylko biernie z prądem krążącej limfy, nigdy zaś (czynnie) nie emigrują do wypocin z naczyń. Zdolność kurczenia się jest zasadniczą własnością ich pierwoszczy. Na to godzi się autor, że niezwykle wielkie limfocyty z nadzwyczaj obfitą pierwoszczą komórkową mogą przechodzić przez ściany naczyń ciężko uszkodzonych, — jednak nie ma dotąd jeszcze niezbitego dowodu, że dzieje się to drogą czynną. — To wszystko pozostawia nienaruszalnym ten pewnik, że właściwie czynnymi są wśród powstawania ropy wyłącznie krwinki wielojądrzaste, posiadające wszelkie warunki fizyczne do wędrowania. *Stahr.*

H. Schridde. **O ziarninie limfocytów.** (*Münch. med. Wochen.*, 1905, Nr. 26). Autor podaje sposób barwienia krwi, który uwydatnia wszystkie rodzaje ziarniny w krwinkach białych, prócz krwinek zasadochłonnych, których ziarninę poznać można przez wynik ujemny barwienia. Ciałka zasadochłonne wyglądają jakby zasiane wakuolami. (Szczegóły barwienia trzeba przeczytać w oryginale). Nową rzeczą jest to, że i w limfocytach autor zawsze znajdował ziarninę, przeciętnie w 60—80 egzemplarzach w jednym limfocycie. Cechuje się ta ziarnina tem, że leży gęsto obok siebie w koło jądra, zwykle jednak gromadzi się po jednej stronie jądra. Ziarnina ta odróżnia się od ziarniny leukocytów i tem, że nie jest okrągła, ale przeważnie podłużna, przypomina grube wydęte laseczki. Autor zastrzega się, że przez niego wykryta ziarnina nie ma nic wspólnego z ziarniną, opisywaną pod nazwą „Azurgranula“ przez Michaelisa i Wolffa (über Granula in Lymphocyten, Virch. Arch. T. 167, 1902) i przez Wolffa w Zeitschr. f. kl. Med. T. 52, 1904 (über Leukocytengranulationen), którą równie, jak Ehrlich, uważa za artefacta. *Dr. E. Stahr.*

Doc. Dr. I. Lemberger. **O rozkładzie chloroformu podczas stosowania go przy narkozie.** (*Nowiny lekarskie* za kwiecień i maj, 1905). Autor badał rozkład chloroformu podczas parowania z powierzchni porowatych w atmosferze powietrza lub innych gazów, przy różnych rodzajach oświetlenia. Przyrząd, który umożliwił badanie tego rozkładu w warunkach, odpowiadających warunkom zwykłego znieczulania, składał się z następujących części: Dwie flaszki: górna bez dna, dolna o dwu szyjkach, stojąca dnem na podstawie, połączone były lejkiem, przechodzącym przez korki, zamykające szyjkę górnej i jedną z szyjek dolnej flaszki. Na lejku spoczywała maska, na którą powoli wkraplano chloroform z naczynia, opatrzonego kurkiem, umocowanego w korku, zamykającym flaszkę górną w miejscu brakującego dna; przez ten sam korek przechodząca, kolankowato zgięta rurka doprowadza do opisanej flaszki, a przez nią do dalszych części przyrządu powietrze, względnie inne gazy. Dolna flaszka zbiera spływający z lejka nadmiar niemogącego się ulotnić chloroformu, który można poddać dalszemu badaniu, a przez drugą szyjkę łączy się ta flaszka z trzema obok siebie stojącemi flaszkami zapomocą kolankowato zgiętych rurek. Pierwsza z trzech flaszek zawiera czuły niebieski papierek lakmusowy, druga małą ilość stężonego kwasu siarkowego, trzecia rozczyn skrobi z jodkiem cynku. Ostatnia flaszka połączona jest z aspiratorem, przeciągającym przez cały przyrząd powietrze lub inny gaz z gazometru, połączonego z flaszką bez dna. Rozkład chloroformu uwydatnia się zaczerwienieniem lub odbarwieniem papierka lakmusowego, wywołanem kwasem solnym lub wolnym chlorem, zbłękitnieniem skrobi przez wydzielenie jodu, wywołanem również chlorem, wreszcie zabarwieniem brunatno-żółtem kwasu siarkowego, wywołanem przez inne, po części nieznane wytwory rozkładu chloroformu. Doświadczenia te wykazały, 1) że w atmosferze wodoru lub azotu chloroform, zarówno chemicznie czysty, jak i chloroform zaprawiony 0·5—1% wyskoku, nie ulega rozkładowi bez względu na oświetlenie; 2) że chloroform chemicznie czysty, nie zaprawiony wyskokiem, a zatem zarówno chloroform Picteta, jak chloroform *ad hoc* sporządzony w pracowni z chloralu, jak niemniej chloroform Anschütza, po wypłókaniu alkoholu wodą i następowem odwodnieniu i w podobny sposób od alkoholu uwolniony chloroform marki „E. H.“ (oba te chloroformy stale zawierają dodatek alkoholu), — ulega już podczas parowania w rozpuszczonem świetle dziennem rozkładowi. W atmosferze powietrza jest ten rozkład bardzo mały, — w atmosferze tlenu natomiast jest on wcale wybitny; 3) chloroform zaś, zawierający alkohol, bez względu na pochodzenie i sposób otrzymania, a więc zarówno chloroform Anschütza i marki „E. H.“, jak mieszanka Billrotha, lub chloroform, otrzymany w pracowni z chloralu i zaprawiony 1% wyskoku, — w świetle dziennem rozproszonem ani w atmosferze powietrza, ani w atmosferze tlenu nie ulega zupełnie rozkładowi. Rodzaj maski, z której paruje chloroform, nie ma żadnego znaczenia; 4) w świetle lipcowego, południowego słońca, parując, ulega chemicznie czysty chloroform znacznemu rozkładowi; papierek lakmusowy zostaje wybielony, uchodzą gryzące dymy tlenochlorku węgla, — w tlenie jest ten rozkład znowu silniejszy, niż w powietrzu; 5) dodatek alkoholu przeciwdziała i w tych warunkach silnemu rozkładowi, ale zupełnie przed nim nie chroni, zwłaszcza gdy parowanie odbywa się w tlenie. 6) W osłoniętem świetle Auera, parując, nie ulega chloroform chemicznie czysty rozkładowi ani w powietrzu, ani w tlenie. Tem więcej zapewne nie rozkłada się chloroform, zaprawiony alkoholem.

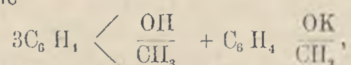
Wnioski praktyczne dla chirurga, obok dawniej znanych, że chloroform należy przechowywać w ciemnem miejscu w ciemnych, zatkanych szklanym korkiem flaszkach (kawałki korka drewnianego przyspieszają katalitycznie rozkład), dokładnie osuszonych (soda odciąga chloroformowi alkohol, którego rola konserwująca polega na wiązaniu wytworów rozkładu chloroformu, t. j. kwasu solnego i chloru i przeprowadzenia ich w ciała dla ustroju nieszkodliwe, jak chloral i chlorek etylu), są te głównie, że do usypiania powinno się używać tylko chloroformu, zawierającego 0·5—1% alkoholu, wszystkie zaś preparaty chloroformu, o ile są czyste i ten dodatek zawierają, są równorzędne i niczem się między sobą nie różnią. *S. M.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Gonosanu w kamicy nerkowej i pęcherzowej używał Lavaux (*Monatss. für Harnkr. und sex. Hyg.*, Heft 4 u. 5) jako środka, uśmierzającego bóle. L. zwraca uwagę na działanie gonosanu, który nie tylko zmniejsza dolegliwości w rzeżączce, ale również wywiera ten wpływ w chorobach górnej części dróg moczowych. Merzbach (Nr. 5 *Münchener med. Wochenschr.*, 1905) na dwudziestu chorych, leczonych **gonosanem**, w jednym przypadku ostrej rzeżączki otrzymał wyleczenie przy samem tylko podawaniu gonosanu, w innych przypadkach zauważył, że wydzielina rzeżączkowa w krótkim czasie staje się skąpą i przechodzi z ropnej w śluzową, a ilość gonokoków bardzo prędko się zmniejsza. *Stopczański.*

Jothion. Firma „F. Bayer i Ska“ w Elberfeld wprowadziła niedawno w handel apteczny nowy przetwór jodu, noszący tę nazwę. Jest to ciecz oleista, barwy żółtawej, zawierająca 70 prc. jodu, w wodzie trudno rozpuszczalna, łatwiej w oliwie i glicerynie. Jothion, zastosowany zewnętrznie, ulega łatwo i w znacznej ilości przez skórę wessaniu, około 50 prc. dostaje się tą drogą do ustroju, jak wykazały liczne doświadczenia Wesenberga (*Therapeutische Monatshefte*, 1905, kwiecień). Przy leczeniu kiły późnej pędzlowaniami czystym jothionem otrzymał Lipschütz (*Wiener med. Wochenschrift*, Nr. 28) bardzo pomyślne wyniki i w żadnym przypadku, leczonym w ten sposób, nie zauważył objawów ubocznego działania jodu. To samo stwierdzili C. Ravasini i U. Hirsch (*Archiv für Dermatolog.*) stosując z bardzo dobrym skutkiem jothion w maści lanolino-wazelinowej przy leczeniu rozpadających się kilaków i zapaleniu rzeżączkowem przyjądrza. *Stopczański.*

Mydła kresolowe, dotychczas używane, miały dwie wady: niewygodną postać płynu, i co ważniejsza, zmienny skład, a stąd i zmienne działanie, nie dające się z góry oznaczyć. Obecnie wytworzyła fabryka Bayera w Elberfeld nowe połączenie kresolowe podwójne, o składzie



$$3C_6H_4 \begin{cases} OH \\ CH_3 \end{cases} + C_6H_4 \begin{cases} OK \\ CH_3 \end{cases},$$

zawierające 91·9% metakrezolu, który jest najmniej trujący i najsilniej przeciwgnilnym wśród krezolów. 80 części tego związku z 20 częściami stałego mydła tworzy przetwór, znajdujący się w handlu pod nazwą

metakalin, a zawierający 73·5% metakresolu. Według badań Wesenberga (*Centralbl. f. Bacter.*, 1905) działa 0·5% rozczyn metakalinu znacznie silniej od 0·5% rozczynu lysolu i nizolysolu na bakterye, znacznie zaś mniej od nich drażni skórę. Ten 0·5% rozczyn metakalinu zabija gronkowce i prątki durowe już po 2½ minutach, a paciorkowce po pięciu minutach. *B.*

Isopral przez skórę próbował stosować u 38 chorych Foerster w klinice psychiatrycznej w Bonn (*Münchener med. Wochs.*, 1905, 20). Najpraktyczniejszy jest rozczyn: *Ol. Ricini, Alc. absol.* āā 10·0, *Isopral* 30·0, którego odmierzoną ilość (zawierającą 1—5·0 isopralu) wciera się niezbyt długo w przedramię lub w udo, pokrywając miejsce wtarcia natychmiast gutaperkowym płatkiem, którego nie zdejmuje się przed upływem 1—1½ godzin. Zadrażnienia skóry, ani żadnych skutków ubocznych F. nie zauważył. Skutek nasenny nastąpił w ⅓ przypadków (sen 4—7 godzinny), w dalszej ¼ skutek był niepewny, u reszty chorych skutku nie było. *B.*

VI. Lekarze krakowskiej kapituły katedralnej.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Ciąg dalszy).

W r. 1488 ubiega się o kanonię przy kapitule krakowskiej Jakób z Boksyc syn Piotra[48]) (de Boxicze, Boxiczye, Boczxycze, Boxijcza, zwany zwykle Bokszycą, „magister artium“, profesor medycyny i teologii przy uniwersytecie krakowskim[49]), dziekan wydziału filozoficznego i prokurator uniwersytetu, kanonik przy kościele św. Floryana (od roku 1474)[50]) przy pomocy upełnomocnionego prokuratora swojego Jana Bosławskiego, kustosza wiślickiego i kanonika krakowskiego. Kanonicy kapituły, pośród których się znajdował i Stanko, dokonali jego wyboru, lecz chwilowo nie nadali mu kanonii, przyrzekając mu jedynie nadać najbliższą kanonię, która się tylko w przyszłości opróżni. („Venerabilem dominum Jacobum de Boziczye can. gnesnensem... in canonicum eccl. cathedr. crac. creatum sub expectatione susceperunt, receperunt, admiserunt et induxerunt in forma consueta ac stallum in choro... vocemque in capitulo.... cum possesione futurae praebendae vacaturae assignauerunt....[51]). Do spełnienia tego przyrzeczenia nie przyszło. Więcej szczęścia miał Bokszyca w kapitule gnieźnieńskiej i poznańskiej. Najwcześniej osiągnął kanonikat doktorski w pierwszej, jakkolwiek go Gąsiorowski wcale nie wymienia pomiędzy kanonikami lekarzami gnieźnieńskimi[52]). Jako czas, w którym został lekarzem kapituły gnieźnieńskiej, podaje Kośmiński[53]) rok 1478, gdy Muczkowski[54]), wymieniając go pod r. 1462, dodaje obok nazwiska słowa: „canon. Gnesnen. et S. Floriani“. Kanonię poznańską nadano mu wtedy, kiedy krakowskiej osiągnąć nie mógł, t. j. w r. 1488[55]).

Najbliższym lekarzem, którego członkowie kapituły powołali do swojego grona, był magister Stanisław Selig, znany także pod nazwą Stanisława z Krakowa (Stanislaus Selig, Zelig, Zelyg, Selik, Selyk, Seligk), krakowianin, rektor szkół przy kościele Bożego Ciała na Kazimierzu, senior bursy Jeruzalem, którego w roku 1482 Jan z Reguł promował na bakałarza medycyny[56]). Gąsiorowski nie wspomina o nim wcale, a Kośmiński[57]), Oettinger[58]), Morawski[59]) podają o nim jedynie, że był bakałarzem medycyny i dziekanem wydziału filozoficznego, nie wiedząc bynajmniej, że był i kanonikiem krakowskim. Z powodu braku aktów kapitulnych z odpowiednich lat, które, — jak powyżej wspomnieliśmy, — zaginęły, nie jesteśmy w stanie podać faktów z lat 1492 aż do 1500, odnoszących się do jego osoby. Jedynie w aktach episkopalnych czytamy o nim pod r. 1493 „ven. Stanislaus Selig de Cracovia Dr. medic. archidiaconus unieoviensis[60]), z czego wynika, że wtedy jeszcze nie był kanonikiem krakowskim. W roku 1501 tytułują go już akta kapitulne kanonikiem kanonii i probendy krzesławickiej, co wskazuje na to, że już poprzednio doszedł do tej godności i że błędnem jest twierdzenie Łętowskiego[61]), jakoby Selig dopiero w r. 1507 został kanonikiem. W tymże roku uczyniono go prowizorem domu kanoników, gdy z niego zrezygnował Mikołaj Krzycki, a w następnym roku nadano mu wieś Wolę, z której już w roku 1503 zrezygnował na rzecz Mikołaja Łąckiego (Lanczki), by w r. 1504 samemu objąć Węgrzyce. W roku 1506 uwolniła go kapituła, w uznaniu ofiar, poniesionych około odbudowania domu kanoników, od opłaty rocznej, w wysokości 20 grzywien, do której na mocy statutu był obowiązany. Na dwa lata przed śmiercią odebrano Seligowi Węgrzyce, nadając mu w zamian za nie Brzezie, które wkrótce potem zamienił na Rudawę[62]).

Umarł r. 1512, a kapituła nadała opróżnioną z powodu jego śmierci prebendę krzesławicką kanonikowi Piotrowi Siennickiemu (Syennyczki), wieś Rudawę kustoszowi Maciejowi Gallowi de Indra, a dom kanoników Maciejowi Raciąż (Racziasch).

Te same powody, które nie pozwoliły na oznaczenie roku objęcia kanonii przez Seliga, są przyczyną, że nie możemy powiedzieć, kiedy współczesnego jemu Macieja Grodzickiego, (Mathias Grodziczki, Grodzyczki, Grodzyczky, Grodziczky), na kanonię lekarską powołano. Urodzony w Poznaniu w r. 1458, osiągnął w 20 lat później na uniwersytecie krakowskim pierwszy stopień nauk wyzwolonych[63]), a następnie w Rzymie stopień doktora filozofi i medycyny[64]), roku 1495 został kanonikiem poznańskim, w 1498 otrzymał pierwszą kanonię gnieźnieńską, w następnym roku drugą tamże, a jeszcze przed rokiem 1505 został kanonikiem krakowskim, otrzymując kanonię i prebendę dojazdowską, a potem wieś Gorlice, z której w r. 1505 zrezygnował, otrzymując w zamian za nią od kapituły wieś Wąsów, gdy z niej zrezygnował kanonik Andrzej Rapsztyński. Obok kanonii wraz z dochodami nadano mu i prowizyę domu kanoników. W r. 1507 wybrali członkowie kapituły Grodzickiego swoim generalnym prokuratorem; w roku 1508 i 1509 pełnił urząd „collectoris contributionis“, a w roku 1510 nadano mu wieś Grębałów. Posiadanie tak licznych kanonii pociągało za sobą z konieczności częste i dłuższe wyjazdy (jak n. p. w roku 1509) tak, że czynności jego prokuratorskie musiały na tem ucierpieć, a kapituła w uznaniu tego obrała w r. 1509 swoim prokuratorem kustosza katedralnego Bernarda Galla. Na dwa lata przed śmiercią ustanowił Grodzicki w r. 1515 anniwersarz dla siebie. Umarł w Krakowie r. 1517, mianując egzekutorami testamentu Tomasza Rożnowskiego i bratanka swojego Andrzeja Grodzickiego, kanonika poznańskiego, którzy stosownie do życzenia testatora złożyli wobec zebranej kapituły srebrny obraz Matki Boskiej, zapisany dla kościoła katedralnego; sumę 10 flor. „pro campana“ i takąż sumę „pro campanili aedificando“. Kanonię dojazdowską otrzymał po śmierci Grodzickiego kantor Bernard Wapowski, a prowizorem domu kanoników uczyniono Piotra Konarskiego (Petrus de Conary), a wieś Grębałów kantor Bernard Wapowski[66]).

W cztery lata po powołaniu na kanonię Grodzickiego, t. j. w r. 1509, prałaci i kanonicy, zebrani w kapitule katedralnej, nadali kanonię i prebendę, opróżnioną przez śmierć kanonika Andrzeja Rapsztyńskiego z Tenczyna, doktorowi medycyny i filozofii Leonardowi Pieczychowskiemu[66]), synowi Pawła herbu Gozdawa i Anny „de Dymytrowice de armis Korab“, lekarzowi króla Zygmunta I[67]), pod warunkiem złożenia przez niego kwoty

[48]) Oettinger: Rys dawnych dziejów itd. str. 87.

[49]) Wisłocki: Acta rectoralia p. 7. §. 34 et. p. 65. §. 291.

[50]) Acta episcopalia Cracoviensia. vol. III. — Majer: Wiadomości z życia prof. str. 16.

[51]) Acta actorum. vol. II. fol. 193.

[52]) Gąsiorowski: Rozprawa wyświecająca hist. kan. doktora medycyny. Tenże: Zbiór wiadomości. T. I. str. 99.

[53]) Słownik.

[54]) Statuta nec non liber promotionum.

[55]) Gąsiorowski: Hist. kan. doktora med. str. 317.

[56]) Wisłocki: Acta rectoralia. p. 184. §. 863.

[57]) Słownik.

[58]) Rys dawnych dziejów itd. str. 78.

[59]) Morawski: Historya Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków. 1900. T. II. str. 176—177 i 195—196.

[60]) Acta episcopalia Cracov. vol. IV.

[61]) Katalog. T. IV. str. 311.

[62]) Acta actorum: vol. II.

[63]) Muczkowski: Statuta nec non liber promotionum. p. 85.

[64]) Starowolski: Monumenta. str. 34. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 115. — Łętowski: Katalog. T. III str. 44. — Oettinger: Rys dawnych dziejów itd. str. 91. — Kośmiński: Słownik. — Korytkowski: Prałaci i kanonicy. T. II. str. 141 i 142. — Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne w „Pam. Tow. lek. warsz.“.

[65]) Acta actorum: vol. II.

[66]) Gąsiorowski: Zbiór wiadomości itd. T. I. str. 116. — A. Grabowski: Starożytnicze wiadomości o Krakowie. Kraków, 1852. str. 223.— Oettingor: Rys dawnych dziejów itd. str. 93.— Morawski: Hist. Uniw. Jag. T. II. str. 251.

[67]) Oryginalny dekret nominacyi Pieczychowskiego lekarzem królewskim, a wyznaczający mu rocznie 200 fl. na żupach kra-

14 marków „pro cappalibus et aliis iuribus ecclesiae in manus domini procuratoris". Zdaje się, że temu warunkowi Pieczychowski zadość uczynił, bo go wkrótce po wyborze spotykamy na kapitule tak, że niesłusznie twierdzi Łętowski[68]), gdy powiada, że nazwisko Pieczychowskiego napotykamy dopiero pod r. 1516, a ks. S. Ch.[69]), że Łętowski wogóle o Pieczychowskim nie wspomina. Zdaje się, że Pieczychowski nie otrzymał obok prebendy swojej żadnych dóbr kapitulnych, lecz czyniono go po koloi prowizorem całego szeregu domów kanoników. I tak oddano mu w r. 1510 prowizyę domu, w którym mieszkał Jan z Oświęcima, w r. 1512 dom, który aż do owego czasu miał Maciej z Raciąż, a w r. 1515 dom, opróżniony z powodu śmierci kanonika Galla, gdy Pieczychowskiego dom objął Andrzej Krzycki.

W r. 1511 powołano Pieczychowskiego do kapituły wrocławskiej, gdy się tam opróżniła kanonia po Piotrze Tomickim, wobec czego przeniósł się do Włocławka, nie rezygnując jednakowoż bynajmniej z kanonii krakowskiej. W rok później padł znowu na niego wybór na kanonika poznańskiego[70]), gdy się tam opróżniła kanonia z powodu rezygnacyi Andrzeja Krzyckiego. Do Poznania nie przeniósł się jednakowoż, ustanawiając tam jedynie opłacanego przez siebie zastępcę. Już w r. 1514 zrezygnował Pieczychowski z kanonii włocławskiej, lecz kapituła wybrała go jeszcze tego samego roku ponownie kanonikiem. Umarł z końcem roku 1516 lub też najpóźniej w pierwszych dniach stycznia r. 1517, a nie, — jak Gąsiorowski[71]) twierdzi, a za nim powtarza Kośmiński[72]) — w r. 1518, gdyż kapituła włocławska nadała opróżnioną po nim kanonię już 6-go stycznia r. 1517 Wawrzyńcowi Brzeskiemu. Tego samego dowodzą akta kapituły krakowskiej, gdzie czytamy pod 8-mym stycznia r. 1517 jak następuje: „Venerabilem dominum Petrum Conarsky canonicum cracoviensem ad praebendam et canonicatum *per mortem et obitum olim ven. Leonardy Pyeczychowsky* medicinae doctoris, ipsius immediati possessoris vacantem, venerabiles domini.... receperunt[73])". Dom zaś kanoników po Pieczychowskim otrzymał Jan Chojeński[74]). (C. d. n.)

---

kowskich i dwa futra, znajduje się obecnie w zbiorach Bolesława Rusieckiego w Wilnie. Jestto dokument pergaminowy, noszący na sobie ślady po pieczęci pod formą nacięć, w 6 miejscach nacięty (anihilowany). Pierwotnie należał do archiwum koronnego na zamku krakowskim (Palatinatus Crac. Nr. 247), a nieogłoszony jeszcze dotychczas drukiem, brzmi, jak następuje:

„Sigismundus Dei gratia Rex Polonie Magnus Dux Lytuanie Russie Prussieque etc. dominus et heres. Significamus tenore presencium Vniuersis Quia Venerabilem et Egregium Leonardum Pyeczychovsky Medicine Doctorem Canonicum Cracoviensem pro Phisico nostro accipiens, sibi salarium annum Ducentorum florenorum per mediam Sexagenam computando in Zuppis nostris Cracoviensibus ad singula anni Quatuortempora per quinquaginta florenos soluuntur, et duas item Vestes Pelliceam Videlicet Mardurinam et aliam Vestem de Axamento singulis annis assignauimus, per ipsum Doctorem Pyeczychovsky predictos Ducentos florenos, modo supradicto, hoc est ad singula Quatuortempora Anni cuiuslibet futuri Quinquaginta florenos cum supradictis Vestibus, interim percipiendis donec seruiuerit nobis, alias ad beneplacitum nostrum Quocirca tibi Magnifico Andree de Kosczyelecz Castellano Wyslicensi et Zuppario nostro Craconiensi, alysque Zuppariis pro tempore existentibus Committimus et Mandamus, ut de predicto Salario Ducentorum florenorum, ita ut dictum est supra, successiue, et de duabus Vestibus semel in Anno eidem Leonardo Pyeczychowsky respondeatis, et responderi faciatis cum effectu. Quittanciasque ab eo de perceptis recipiatis, sub titulo et Sigillo eius quas a uobis in racione ac si nostre proprie esset suscipiemus Harum quibus Sigillum nostrum est subappensum testimonio litterarum Datum Pyothrkovie feria secunda festi Pasche Anno domini Millesimo Quingentesimo nono Regni uero nostri anno tercio. — Mathias Drzewicki Episcopus et Vicecancellarius subscripsit. — J. V. Salarium 200 florenorum et duae Vestes quotannis Leonardo Medico in zuppis Bochnensibus assignatur per Regem Sigismundum Regem (sic!)

[68]) Katalog. T. III. str. 444.

[69]) Medycy kapituły wrocławskiej w Kwartalniku teologicznym. T. I. str. L.

[70]) Gąsiorowski: Historya kanonikatu doktora medycyny. str. 138.

[71]) l. c.

[72]) Słownik.

[73]) Acta actorum. vol. II. fol. 309.

[74]) Ibidem.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 13 lipca.

* Dnia 7 b. m. zakończył życie w Wiedniu prof. dr. Herman Nothnagel, głośnego imienia klinicysta i autor. Wczesne względnie zwapnienie tętnic, bo zmarły liczył zaledwo 64-ty rok, a już od trzech lat bardzo cierpiał na zaburzenia w krążeniu, położyło kres jego zasłużonemu życiu Jeśli Nothnagel, jako badacz i pisarz, należał do ludzi wybranych, to przyznać należy, że szczytem jego zasługi będzie na zawsze praca nauczycielska, którą tak sumiennie i tak długi szereg lat wykonywał z wielkiem powodzeniem, jak to świadczą imiona następujących jego uczniów: Wernicke, Rosenbach, Jaksch, Lorenz, Frankl v. Hochwart, Gottlieb, Meyer, Lode, Schlesinger, Hochenegg, Mannaberg, Pick, Obermayer i tylu innych, którzy pierwszorzędne piastują stanowiska w Austryi i Niemczech. Pogrzeb odbył się 9 b. m. Nad grobem przemawiali: dziekan Rosenstein, profesorowie: Chrobak, Leyden, Schrötter, Jaksch i inni.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 5 lipca posiedzenie zwyczajne, na którem koledzy: prof. dr. Jaworski i dr. Latkowski przedstawili chorych; kol. prof. Ciechanowski okazał preparaty anatomopatologiczne, w związku z czem dr. Fromer przedstawił chorego; kol. doc. Krzyształowicz i prof. Siedlecki przedstawili preparaty drobnowidowe ze zmian kiłowych, zawierające krętka bladego (*spirochaete pallida* Schaudin).

* D. 6-go b. m. wniósł rząd w Izbie posłów przedłożenie w sprawie wykonywania techniki dentystycznej. Rząd na przyszłość uważać będzie wszelkie zabiegi dentystyczne za czynność lekarską, wchodzącą w zakres działalności lekarza dyplomowanego. Obecnym technikom dentystycznym, którzy mocą koncesyi przemysłowej posiadają upoważnienie do wykonywania technicznych prac dentystycznych, daną będzie możność przez złożenie egzaminu nabycia prawa do wykonywania pomniejszych przygotowawczych zabiegów w zakresie dentystyki. To samo uprawnienie w związku z koncesyą, a po złożeniu wzmiankowanego egzaminu, może być przyznane tym pomocnikom dentystycznym, którzy w chwili wejścia w życie projektowanej ustawy uzyskali już kwalifikacyę do samoistnego wykonywania techniki dentystycznej. Po upływie wynikającego z tych postanowień okresu przejściowego technika dentystyczna nie będzie już nadal przedmiotem przemysłu, lecz wejdzie w zakres sztuki lekarskiej.

* Międzynarodowy Kongres „Kropli mleka" odbędzie się w Paryżu 20 i 21 października 1905 r. Na czele Komitetu organizacyjnego stanęli dr. Variot i dr. Dufour (prezesi), oraz kilka innych osobistości, należących do założycieli tyle pożytecznej instytucyi „Goutte de lait". Sekretaryat objęli: Roger (Paris, rue de Berry, 39), który jest jednocześnie i skarbnikiem, oraz dr. Grasset (Tours, rue de Clocheville, 20). Wpisowe wynosi 20 franków. Zgłoszenie się i wpisowe należy adresować do jednego z wyżej wymienionych sekretarzy. Komitet czyni starania w celu uzyskania dla biorących udział w Kongresie zniżki ceny jazdy na kolejach. Po skończonym Kongresie, dnia 22 października, odbędzie się zwiedzanie stowarzyszeń „Kropli mleka" w Normandyi. W tymże czasie odbywać się będą w Paryżu międzynarodowe zgromadzenia producentów mleczarstwa. W Kongresie „Kropli mleka" wezmą udział: filantropi, uczeni, lekarze, jakoteż technicy w zakresie mleczarstwa.

* W wielkiej sali Trocadero miał wykład dr. Charcot, syn ś. p. znakomitego profesora paryskiego, o swojej podróży do bieguna południowego. Paryżanie nadali tej prelekcyi charakter uroczysty, a prezydent Izby deputowanych powitał śmiałego podróżnika, podnosząc znaczenie tej ekspedycyi dla geografii i przyrodoznawstwa.

* Prof. Wollenberg z Tybingi posiada najwięcej widoków do objęcia katedry, opróżnionej przez śmierć Wernickego.

* W życiorysie ś. p. prof Mikulicza, ogłoszonym w Nr. 27 „Münch. med. Wochenschrift" przez dr Sauerbrucha, czytamy, że „Mikulicz nie władał polskim językiem, więc otrzymał pozwolenie wykładania po niemiecku do czasu przyswojenia sobie mowy polskiej". Wiadomość ta jest fałszywa: Mikulicz nie władał biegle polskim językiem, znał go jednak na tyle, że od pierwszej chwili wykładał po polsku i nigdy w audytoryum nie potrzebował posługiwać się niemczyzną.

* Profesor anatomii w Gradcu, dr. Holl, wybrany został na rektora tamtejszego Uniwersytetu.

* Między 18 a 24 czerwca doniesiono władzy o nowych dwóch

przypadkach ospy w Galicyi, mianowicie 1w Tarnowie i 1 w powiecie jarosławskim. W tymże czasie doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim (2 gm.), buczackim, cieszanowskim, horodeńskim, grodeckim (po 1 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (4 gm.), liskim (2 gm.), lwowskim, mościskim (po 2 gm.), nadwórniańskim, rawskim (po 2 gm.), sanockim, stanisławoskim, staro-samborskim (po 1 gm.), stryjskim (6 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim, turczańskim, zaleszczyckim, zborowskim (po 2 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. dr. Walter Scholtz, b. asystent prof. Neissera w Wrocławiu, mianowany został profesorem i kierownikiem kliniki dermatologicznej w Królewcu. Dr. Neufeld asystent w Instytucie chorób zakaźnych otrzymał tytuł profesora w Berlinie.

Nekrologia. Dr. Schech, prof. laryngologii, l. 60, zmarł w Monachium. Dr. Thorburn, b. profesor terapii i farmakologii, zmarł w Toronto.

Bibliografia:

— *Przegląd chirurgiczny* Z. IV. Tom V. Bogdanik: Skręt sznurka nasiennego. Dobrucki i Majewski: Przyczynek do chirurgii uwięźnięć wewnętrznych.

— *Gazeta lekarska* Nr. 25. Pruszyński: O zapaleniu opon mózgowordzeniowem nagminnem. Saks: Przypadek samodzielnego pęknięcia macicy u rodzącej przy czaszkowem położeniu płodu. Wretowski: Przyczynek do kazuistyki kataru siennego (dok.).

— *Zdrowie* Z. 7 Wernic· O epidemiach cholery ubiegłych i ostatniej z r. 1904. Palmirski: O cholerze ze stanowiska bakteryologii, biologii i higieny publicznej. Żurakowski: O odkażaniu w razie cholery. Białobrzeski: O kamerach desinfekcyjnych. Rakiewicz: Opis baraku dla 30 chorych zaraźliwych. Tolwiński: Wpływ elementów meteorologicznych na rozwój cholery.

— *Krytyka lekarska* Z. 7. Kramsztyk: Abstynencya. Wrzosek: Materyały do życiorysu Jędrzeja Śniadeckiego (c. d.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 11. zawiera: Narządy rodne kobiece i ich funkcye (c. d.). — Kilka słów o obrzęku białym bolesnym.

— *Medycyna* Nr. 26. Trzciński: Zapobieganie sprawom parasyfilitycznym. Bregman: Przyczynek do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 7. Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.). Bier: Ujemne strony higieniczne targu mlecznego w miastach większych i środki zaradcze przeciw nim (dok.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 7 zawiera: Kolonia letnia dla dzieci skrofulicznych w Połądze. — Przyszłość Krynicy· — Czego nie należy robić w czasie leczenia zdrojowego i kąpielowego.

— *Sbornik klinický* Č. 6. Pelnař: Orthostatická albuminurie.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 27. Vařbuchty: O jednostranne neschopnosti naučiti se čísti a psáti při dobré paměti. Švehla: O nových příznacích poruch sliznice konečniku, zejména o trhlinkach řitnich s příznaky koxitickými (dok.). Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrozené přijici (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 51. Antoniu: Torbiele bąblowca w kościach czaszki. Keim: Leczenie wywołujące ronienie (cukier i chinina).

— Nr. 52. Jonnesco i Grossman: Skurcz odźwiernika z nadmiernem wydzielaniem się i tężyczką. Studyum kliniczne i doświadczalne.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 27. Bumm: Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnicy porodowej. Budin: Ujście pochwowe a pochwica. Werth: Rozerwanie się starej blizny po cięciu cesarskiem przy następnej ciąży. Winter: Mięśniak a okres przekwitania. Küstner: Trudności sądowolekarskiego orzeczenia przy pozostaniu części popłodowych. Hofmeier: Przyczynek do patologii ciąży zamacicznej. Pfannenstiel: Jak dojść do najlepszych wyników przy leczeniu raka macicy drogą operacyjną? Veit: Białkomocz podczas ciąży i sztuczne spędzenie płodu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 27. Ludwig: Pierwotne złośliwe zwyrodnienie torbielowatego płodziaka w jajniku. Eisler: O antyhemolizynie. Nešpor: Przyczynek do etyologii i leczenia rozsianego stwardnienia. Bickel: Uwagi nad artykułem dr. Engstlera: „O odruchu podeszwowym i o objawie Babińskiego u 1000 dzieci w pierwszym roku życia".

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 27. Sahli: Uproszczenie butyrometrycznej metody badania żołądka i jego znaczenie dla praktyki lekarza. Kiolemenoglou i Cube: Krętek blady (Schaudinn a kiła. Rössle: Chemiczna indywidualność komórki płodowej. Bittolf: Przyczynek do nauki o niedowładzie zawodowym. Weyl: Czy lyzoform jest trujący? Naab: Nieco o panującej w Mezopotamii chorobie, zwanej „Jahresbeule". Reiche: Bacillus phlegmon. emphysemat." u chorego na dur. Wiener: Przypadek donoszonej ciąży zamacicznej z licznemi zmianami u płodu.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 27. Lassar: Leczenie wyprysku. Boas: Rozpoznanie i leczenie zapalenia okątniczego. Gauss: Zapalenie okątnicze a ciąża. Werner: Miejscowe uczulenie i uodpornienie tkanki przeciw działaniu radu. Maximow: Wielki zwieszający się tłuszczak prawej większej wargi sromowej.

Redakcya otrzymała. Spira: Bericht über die Thätigkeit des rhinootiatrischen Ambulatoriums des israelitischen Spitales in Krakau in der Zeit vom 1—I bis zum 31—XII 1904. Wal. Jaworski: Ueber die Behandlung mit Normalwässern.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 27 (od dnia 2/VII do 8/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 19, dziew. 27; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 15; zamiejscowych: męż. 14, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 1, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 12, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. 1. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 5, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 2. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 33, obcych 26.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co FRANKFURT a/M.

EUCHININA,

chinina pozbawiona gorzkiego smaku działa tak samo jak chinina w gorączkach, grypie, durze, krztuścu, zimnicy i nerwobolach.

VALIDOL

silne, a jednak niedrażniące analepticum, antihystericum, antineurasthenicum i stomachicum; dobry środek w chorobie morskiej.

Validol. camphor.

Znakomity lek podniecający w ciężkich stanach wyczerpania, nadto niezbędny w praktyce dentystycznej.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła się pp. lekarzom na żądanie darmo i opłatnie. 3. 1.

Prof. Dr. Ludomił Korczyński

ordynuje od 1 czerwca 194
w SZCZAWNICY

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6 — półrocznie „ 3 „ —

MEDYCYNA

Z przes. poczt. i zagranicą: rocznie rb. 7 k — półrocznie „ 3 „ 50

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

wychodzi w Warszawie co sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny hygieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych. 6) Wykłady kliniczne. 7) Sprawozdania z kongresów naukowych. 8) Krytykę i bibliografię. 9) Kwestye zawodowe. 10) Drobniejsze wiadomości. 11) Nekrologi 12) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 13) Wzmianki o dziełach nadesłanych do redakcyi. 14) Odpowiedzi od redakcyi. 15) Ogłoszenia i t. d.

Wydawca Dr. GURANOWSKI (Jasna 6). Redaktor Dr. med. SADOWSKI (Krak.-Przedm. Nr. 7). 103

Dr. KOSTECKI

ordynuje od 15 Maja jak co roku
w KARLSBADZIE
190 (zimą w Abbazyi).

Dr. Józef Zeitner

ordynuje jak zazwyczaj
w Franzensbadzie. 196

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syropie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^{1}/_{4}$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziale III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum". Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: **original Matula.** Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.

Rok XLIV. Kraków 22 Lipca 1905. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej i pracowni doświadczalnej Profesora Kadera w Krakowie.

Kora mózgowa w świetle badań chirurgii.

Przyczynek do nauki o umiejscowieniu i odnawianiu się ośrodków korowych.

Podał

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk

Asystent kliniki.

Celem niniejszej pracy jest omówienie najważniejszych poglądów, wypowiedzianych o korze mózgowej i o położeniu ośrodków w korze w zastosowaniu do celów chirurgii. Nawet najdokładniej opracowana nauka o umiejscowieniu ośrodków korowych nie może być dla chirurga zupełnie miarodajną, wymaga się bowiem od niego, by szedł ze swoim trepanem tam, gdzie ognisko chorobowe leży, a nie, gdzie leżeć powinno. Traktowanie sprawy li tylko ze stanowiska fizyologicznego nie może też nam wystarczać; przy operacyi liczyć się musimy nietylko z samą sprawą chorobową, odnosząc wprost do niej spotykane objawy, lecz i z wielu innymi ubocznymi czynnikami, mylącymi nieraz nasze rozpoznanie, a w końcu i ze stosunkami anatomicznymi, jakie spotkać możemy.

W doświadczeniach moich na zwierzętach starałem się stwarzać warunki, odpowiadające zupełnie zmianom, jakie spotykamy przy łóżku chorego, t. j. nie chodziło mi o oznaczenie ścisłego umiejscowienia ośrodków, lecz owszem, opierając się na postulatach fizyologii, starałem się zbadać, czy takie ścisłe umiejscowienie niema czasem jakichś wyjątków od reguły, dalej — o ile ono jest i może być ścisłem dla chirurga, a w końcu, czy ośrodki korowe są *conditio sine qua non*, lub też, czy możebnem jest odnawianie się lub wzajemne ich zastępowanie się.

Nie było więc moim zamiarem potwierdzanie lub zwalczanie dotychczasowych zapatrywań i praca niniejsza nie ma do tego pretensyi. Gdyby budowa i kształt kory mózgowej były u wszystkich ludzi jednakie, z pewnością umiejscowienie ośrodków, podane nam przez fizyologię, byłoby dla nas zupełnie, a przynajmniej bardzo miarodajnem. Tak jednak nie jest i słusznie też mówi Braun (Göttingen) na 32 Zjeździe chirurgów w Berlinie: „Chirurg przy operacyi na mózgu nie jest często w możności ocenić dokładnie, gdzie się znajduje; znać może tylko daną okolicę mózgową, może drażnić korę elektrycznie i powiedzieć, że był w miejscu, którego drażnienie wywołało te a te ruchy i nic więcej. Wszystkie zbyt dokładne określania polegają zwykle na łudzeniu w pierwszym rzędzie samego siebie".

Z pomroków tajemniczych, fantastycznych hipotez i przypuszczeń o mózgu i jego czynności wyłoniło się zapatrywanie Galla [1]), jako pierwsze oparte na mniej więcej naukowym podkładzie. Uczony ten stworzył naukę zwaną frenologią. Treść jej da się ująć w kilku słowach: powierzchnię kory mózgowej pokrywają pola, będące siedliskami wrodzonemi pewnych stanów psychicznych, cech, przywar lub zalet danego osobnika. Od ich większego lub mniejszego rozwoju zależy późniejszy charakter człowieka i jego skłonności. Ponieważ czaszka jest niejako odbiciem kształtu mózgu, przeto już z badania wypukłości na niej można wyrobić sobie zdanie o badanym osobniku. Późniejsza nauka zbiła wprawdzie poglądy Galla, nie można jednak zaprzeczyć, że pewne przypuszczenia tego badacza o umiejscowieniu w korze mózgowej okazały się prawdziwemi, naprzykład siedliska mowy w płacie czołowym mózgu. Czy to przypisać należy wielkiej intuicyi Galla, czy też przypadkowi, orzec trudno. Möbius ma Galla za wielkiego geniusza i w pracach swoich zgadza się w wielu punktach z przypuszczeniami tegoż. Następcą Galla w nauce o umiejscowieniu w korze mózgowej został dopiero Flourens. W przeciwieństwie do Galla twierdził, że wszystkie części kory mózgowej w równej mierze i wspólnie spełniają wszystkie czynności i że żadnej specyalizacyi między niemi niema. Zdanie Flourensa na pół wieku zamknęło badania nad korą mózgową i dopiero w roku 1870 Fritsch i Hitzig wykazali, że drażnienie pewnych części kory mózgowej wywołuje kombinowane ruchy przeciwnej połowy ciała, a wycięcie tych części — porażenia. Twierdzenie to wspólnie ze spostrzeżeniami dawniejszemi Bouillarda, Daxów i Broca o umiejscowieniu mowy, zmieniły zupełnie zapatrywania na tę sprawę, pchnęły naukę na nowe tory doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń klinicznych, a mgliste przypuszczenia zmieniły w pewniki naukowe. Flourens, uznawszy półkule mózgowe za całość niepodzielną, twierdził, że zniszczenie pewnych ich części nie powoduje żadnego oddziaływania, gdyż inne części mózgu zaraz zastępują utracone. Fritsch i Hitzig przekonali się jednak, że drażnienie elektryczne pewnych części mózgu wywołuje kombinowane ruchy przeciwnej połowy ciała; natomiast takie samo drażnienie innych części pozostaje bez wpływu. Wrażliwość ta z wiekiem osobnika ma wzrastać, a w początkach życia niema jej wcale. Wycięcie tych części drażliwych wywoływało porażenia; Hitzig uważał je jednak za zmiany w czuciu mięśniowem i utratę zdolności wyrabiania sobie pojęcia o położeniu ciała.

[1]) Arystoteles sądził, że serce jest środkowym narządem wrażeń i woli. Dopiero Gallen przeniósł siedlisko czynności nerwowych do mózgu.

Dalsze badania (Exner, Nothnagel, Goltz, Charcot, Ferrier, Jacksohn, Tamburini i inni) dowiodły niezbicie, że w korze mózgowej znajdują się pewne okolice, których zniszczenie wywołuje porażenie mięśni przeciwnej połowy ciała. Okolice te w korze mózgowej tworzą wspólnie tak zwaną sferę ruchową. Wykryto je najpierw, gdyż porażenie ruchów u zwierzęcia rzuca się przedewszystkiem w oczy.

Po sferze ruchowej odkryto wzrokową, dalej mowy, słuchu i czucia, a w końcu podzielono cały mózg na odrębne pola.

O ile dawniej nie uznawano żadnych specyalnych ośrodków, o tyle potem za dużo ich malowano na szematach. Prawda leży, jak zwykle, po środku. Obecnie też nie uznajemy wprawdzie kory mózgowej za jednolitą całość, z drugiej jednak strony przyjmujemy łączność i wspólność wielu ośrodków. Kora mózgowa, powlekająca substancyę białą, przedstawia warstwę komórek nerwowych, grubą na 2—6 mm. Komórki kory mają kształty różne, wrzecionowate, piramidalne, gwiazdkowate i t. d. Starano się określić nawet w przybliżeniu ich ilość. I tak panna Thompson nalicza ich liczbę na 9,282,826,403. Objętość ich ma stanowić 1,37% objętości całego mózgu.

Ciężar komórek nerwowych kory obliczają na 27 gm. Pojedyncze komórki połączone są z sąsiedniemi, a nawet dalszemi tej samej i drugiej półkuli zapomocą tak zwanych włókien kojarzennych (asocyacyjnych).

Od kory i jej komórek biegną włókna do wzgórków wzrokowych i pochewki, by dalej przejść do nóżek mostu, móżdżku i t. d. Uszkodzenie samej substancyi szarej mózgu, t. j. kory, należy do wyjątków; zwykle prócz niej zajętą bywa i leżąca tuż pod nią część substancyi białej. Sama kora jest bardzo wrażliwą. Drażnienie n. p. odsłoniętej kory zimnem wywołać może porażenia, trwające po kilka godzin. Nothnagel wstrzykiwał zwierzętom przez otwór w czaszce rozczyny kwasu chromowego i otrzymywał podrażnienia, trwające do 2 tygodni.

Prócz tego kora mózgowa wrażliwą jest bardzo na ucisk. Ucisk ten, trwający nawet niedługo, wywołuje zaraz porażenia. W jednym n. p. przypadku w klinice zmuszeni byliśmy wsunąć tampon między kość i oponę, a samą korę mózgową w okolicy skroniowej. Ucisk ten, zresztą nawet nie silny, wywołał porażenie mowy i mięśni twarzy, które po wyciągnięciu tamponu znikło.

Elektryczność jest bardzo silnym bodźcem dla kory mózgowej. Prądu galwanicznego w doświadczeniach nie można stosować ze względu na jego działanie elektrolityczne. Natomiast prąd indukcyjny jest bardzo dobrą wskazówką w wyszukiwaniu ośrodków ruchu, działać musi jednak z 10 sekund i być dość silnym, co ma znów tę wadę, że wywołuje często napad padaczkowy, niszczący całe doświadczenie.

Najwięcej używanym środkiem badania kory mózgowej i położenia jej ośrodków jest bezpośrednie jej niszczenie i to zapomocą łyżeczki ostrej, noża lub przypalania. Zraniona część mózgu przedstawia po pewnym czasie dno żółte, rozmiękłe w głąb, od jednego do kilku milimetrów. Gojenie to trwa mniej więcej 2 do 4 tygodni. Miejsce operowane pokrywa się w końcu ziarniną i zabliźnia. W okresie rozmiękczenia sprawa rozszerza się odśrodkowo, co powoduje często nowe następcze wypadanie funkcyi mózgowych.

Wyników badań na zwierzętach nie można wprost odnosić do ludzi i to jest przyczyną, że wiele rzeczy w nauce o korze mózgowej jest dla nas jeszcze ciemnych. Najpierw zwierzęta znoszą zabiegi na mózgu stosunkowo bardzo dobrze. Im zwierzę niższe na skali rozwoju, tem utrata nawet dużej części mózgu jest dla niego mniej poważną i po operacyi nie okazuje często żadnego większego schorzenia. Mam n. p. między mojemi zwierzętami operowanemi gołębia, któremu usunąłem znaczną część kory półkuli lewej. Gołąb ten po operacyi chodził i latał zaraz swobodnie.

Następnie u zwierząt porażenia korowe po operacyi znikają bardzo prędko, bo w dwa do pięciu tygodni.

Wycięcie ośrodków pozostaje czasem bez skutku, lub występuje chwilowe wypadnięcie funkcyi, które mniej lub więcej powoli się wyrównywa. Operowane psy uczą się prędko znowu chodzić, a nawet widzieć i słyszeć. Spostrzeganie jest tu naturalnie bardzo trudne, najczęściej też badać możemy tylko sferę ruchową, gdyż ta swemi porażeniami rzuca się zaraz w oczy.

Wielką wartość naturalnie ma także spostrzeganie kliniczne na ludziach, zwłaszcza, że ośrodki u człowieka leżą nieco inaczej, niż u zwierząt. W jednym przypadku byłem właśnie w tem położeniu, że mogłem spostrzegać u człowieka bezpośrednio korę mózgową w okolicy sfery ruchowej przez czas dłuższy. Przypadek ten, o którym mówiłem zarazem w Towarzystwie Lekarskiem i na Zjeździe Chirurgów polskich w roku 1903, dał mi właśnie pochop do niniejszej pracy. Najprzystępniejszą do badania w korze mózgowej, jak wspominaliśmy, jest sfera ruchowa, t. j. część kory, leżąca u człowieka w okolicy rowka środkowego Rolanda. Liczne przypadki chorobowe dozwoliły określić bliżej rozmieszczenie ośrodków, a dokładną topografię zawdzięczamy między innymi Exnerowi, który zostawił większą liczbę przypadków mózgowych i z nich wysnuł wnioski. Exner postępował w trojaki sposób, t. j. używał trojakich metod.

1) Metody ujemnych spostrzeżeń (*negative Fälle*). Na odlewach gipsowych znaczył ciemno partye kory mózgowej, zajęte sprawą chorobową z przypadków, w których nie było porażenia danej grupy mięśni i w ten sposób część nie zamalowana oznaczała położenie tegoż ośrodka.

2) Metody dodatnich spostrzeżeń. Postępowanie tutaj było odwrotne, t. j. malował na odlewie części kory, zajęte przez sprawę chorobową, której efektem było porażenie w danym ośrodku.

3) Metody obliczenia odsetkowego. Półkulę mózgową dzielił na wielką liczbę równych pól i obliczał w ilu przypadkach dane pole było zajęte i w ilu z nich dany objaw występował.

Stosowanie tych metod wspólnie, ma tę zaletę, że jest zarazem kontrolą własną i pozwala odróżniać rzeczy przypadkowe od istotnych.

Wprawdzie Exner wyraził życzenie, by i jego następcy w ten sposób postępowali, uczynić to jednak nie

łatwo, gdyż obecnie prawie zawsze spotykamy w piśmiennictwie określenia „w okolicy ośrodka tego a tego“, a nie w okolicy „rowka tego a tego“, a wielka to szkoda, bo nauka o lokalizacyi w korze mózgowej, nawet sfery ruchowej, nie jest rzeczą pewną i dokładnie znaną tak, jak wielu mylnie sądzi.

W ostatnich czasach dołączono jeszcze inne bardzo cenne metody badań lokalizacyi. Należy do nich przedewszystkiem obwodowe drażnienie z równoczesnem badaniem kory mózgowej t. j. zachodzących w niej zmian elektrycznych (Beck-Cybulski); dalej badanie drugorzędnego zwyrodnienia po zniszczeniu pewnych części układu nerwowego, a w końcu badanie płodowego rozwoju włókien nerwowych. Metodę tę wprowadził głównie Flechsig, a odczyt jego *„Über Associationscentren des menschlichen Gehirns“* na Kongresie psychologów w Monachium w roku 1896 niemałe uczynił wrażenie. Flechsig, badając mózgi dzieci, noworodków i płodów, doszedł do przekonania, że nerwy otrzymują swą otoczkę rdzeniową w różnych okresach czasu. Najpierw dostają ją nerwy czuciowe (także zmysłu mięśniowego), potem węchowe, wzrokowe, słuchowe i t. d.

To spostrzeżenie daje nam możność oceniania przebiegu nerwów ku korze mózgowej, widzimy, n. p., że nerwy czuciowe wysyłają włókna do okolicy rowka środkowego; węchowe od *gyrus uncinatus* i *frontalis* aż do *gyrus fornicatus* i *hippocampi;* oczne do *fissura calcarina, lobulus lingualis* i t. d.; słuchowe do pierwszego zwoju skroniowego i t. d.

Dla smaku nie znamy dokładnego przebiegu włókien; ośrodki leżą zapewne w okolicy sfery ruchu lub czucia. Bechterew umiejscawia ośrodki smaku u psa w przednich dolnych odcinkach 3 i 4 zwoju pierwotnego (Urwindung). Według niego ośrodek gorzkiego smaku ma się znajwać w dolnym odcinku *gyrus sylvicus anter.;* słonego ponad nim, kwaśnego w dolnym odcinku *gyrus ectosylvicus anterior.,* a słodkiego w górnej jego części.

U małpy i człowieka ośrodek smaku ma leżeć w wieczku *(operculum)*. Flechsig rozróżnia też trzy główne węzły kojarzenia wrażeń nerwowych, tylny (psychiczny, pamięciowy), średni (słuchowy, ruchowy, czuciowy) i przedni (uwagi i samodzielnego działania).

Jako wreszcie najnowszy sposób, nie zbadany jeszcze ściśle naukowo i nie dowiedziony, jest sposób Charpentiera, polegający na badaniu umiejscowienia korowego z pomocą tak zwanych promieni N. Blondlota.

Promienie te wykrył Blondlot prócz promieni rentgenowskich i katodalnych w rurce Crookesa. Różnią się one od promieni X. tem, że ulegają załamaniu i nie oddziaływują na kliszę fotograficzną; w zamian za to posiadają jednak wybitną zdolność zwiększania siły światła, padającego na daną powierzchnię. Źródłem tych promieni, prócz rurki Crookesa, mogą być lampa Auera, żarowa. Volty, blaszka srebrna rozżarzona, słońce, dalej ciała poddane silnemu ciśnieniu, metale ściskane lub skręcane, dalej ciała znajdujące się w stanie wymuszonej równowagi, n. p. łzy batawskie, stal hartowana, a w końcu układ nerwowy i mięśniowy w stanie czynnym. Jeżeli więc według Charpentiera badamy osobnika w pokoju ciemnym i w odległości jednego centymetra trzymamy nad głową jego rurkę z fosforyzującym siarczkiem wapnia około skroni, to w razie, gdy osobnik ten zacznie mówić, blask rurki nagle wzrasta, a gdy przerwie mowę, blask się przyćmiewa.

Podobnie zachowywać się mają ośrodki ruchowe, a także podczas pracy umysłowej ilość tych promieni ma się zwiększać.

Stan nauki o umiejscowieniu ośrodków nerwowych nie jest jeszcze ustalony: przedstawiam go według podania Exnera.

Pola ruchowe w lewej półkuli są większe i silniej rozwinięte, niż w prawej.

Najrozleglejszy jest ośrodek ręki prawej. W każdym ośrodku rozróżnić należy część tak zwaną względną od bezwzględnej. Zniszczenie pierwszej wywołać może, zniszczenie zaś drugiej wywołać musi porażenie. Położenie ośrodków w obu półkulach jest nieco inne, omówimy je zatem osobno.

Ośrodek kończyny górnej (półkula prawa) zajmuje bezwzględnie: płatek przyśrodkowy (*lobulus paracentralis*), zakręt środkowy przedni (*gyrus centralis anter.*) bez dolnych jego części, zakręt środkowy tylny (*gyrus centralis post.*), zwłaszcza część środkową tegoż. Kończyna górna (półkula lewa): płatek przyśrodkowy (*lobulus paracentralis*). Obie górne: $^3/_4$ zwojów środkowych, część zakrętu ciemieniowego górnego (*gyrus parietalis superior*), część zakrętu potylicznego *(gyrus occipitalis)*.

Względne położenie ośrodków kończyny górnej w płacie czołowym, ciemieniowym, potylicznym, klinowatym *(cuneus)*.

Ośrodek kończyny dolnej (półkula prawa): płatek przyśrodkowy *(lobulus paracentralis)*, zakręt środkowy przedni (*gyrus centralis anter.*), mianowicie części górne, zakręt środkowy tylny (*gyrus centralis poster.*), części górne. Kończyna dolna (półkula lewa): płatek przyśrodkowy, zakręt środkowy od góry, górna część zakrętu ciemieniowego górnego (*gyrus parietalis superior*).

Względne: zakręt czołowy górny, płatek czworoboczny.

Ośrodek nerwu twarzowego, prawa półkula: dolna część zakrętu środkowego przedniego, brózda czołowa górna i dolna; dla półkuli prawej Exner nie uznaje bezwzględnego ośrodka, lecz tylko względny w miejscach, jak w półkuli lewej.

Ośrodek nerwu podjęzykowego, lewa półkula: dolna część zakrętu środkowego przedniego w miejscu zetknięcia się zakrętu czołowego średniego i dolnego.

W półkuli prawej bezwzględnego ośrodka niema, lecz względny, w miejscach jak wyżej.

Ośrodek ruchu gałek ocznych: zakręt ciemieniowy górny i dolny; ośrodek nerwu trójdzielnego w miejscu połączenia bruzdy czołowej dolnej z bruzdą przyśrodkową.

Ośrodek kończyny górnej zajmuje, jak to już wspomnieliśmy, o wiele większą przestrzeń, niż kończyny dolnej i cechuje się nadto bardzo wielką czułością, t. j. że nawet drobna zmiana chorobowa wywołuje już jego porażenie, czego o ośrodku kończyny dolnej powiedzieć nie można. W ośrodkach kończyn wykazać się dają znowu ośrodki pojedynczych grup mięśni. Pewności co do położenia ich niema; przytaczam tutaj topografie według własnych spostrzeżeń. (*Patrz fig. I*).

Sherrington i Grünbaum w doświadczeniach na

gorylu, szympansie i orangutanie starali się znów zapomocą drażnienia faradycznego udowodnić, że ośrodki ruchowe leżą li tylko w zawoju przednim aż do bruzdy



Fig. I. — *Rozmieszczenie ośrodków sfery ruchowej.*

przyśrodkowej (*sulcus parecentralis*). Sprawa ta omawianą była między innemi na Zjeździe Towarzystwa niemieckich chirurgów w Berlinie, gdzie Krause ją poruszył. Bezwątpienia zwój przedni ma najważniejsze znaczenie w topografii ośrodków i w okolicy jego i więcej ku przodowi leżą na pewne inne ośrodki, jak n. p. nerwu twarzowego, podjęzykowego i t. d. Szemat, podany przez Sherringtona, podaję poniżej. (*Patrz fig. II*).

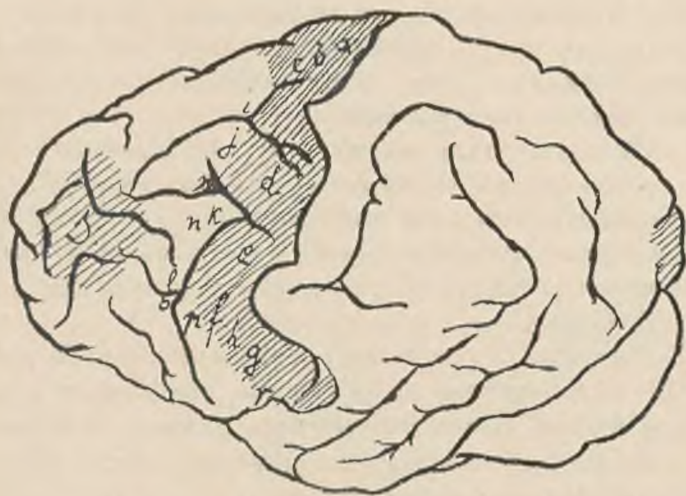


Fig. II. — *Szemat mózgu małpiego.*
a palce nóg, *b* kolano, *c* łydka, *d* ramię, *e* kark, *f* usta, *g* twarz, *h* język, *i* plecy, *j* łokieć, *n* palce, *k* wielki palec, *l* uszy, *o* powieki, *p* nos, *r* struny głosowe, *s* sfera wzroku.

Autor ten twierdzi także, że nie można lokalizować ośrodków i ich ognisk ściśle podług rowków. Że sfera ruchowa leży może głównie w zwoju przednim, dowodzą tego między innemi i bezpośrednie spostrzeżenia chirurgów, jak n. p. Sinklera, Pottera, Leszynskyego, Glassa i Stewarta.

Keen drażnił prądem środkową część bruzdy przedniej blizko bruzdy przyśrodkowej i otrzymywał ruchy palucha i palców, prostowanie i odwodzenie ręki, zgięcie i wyprostowanie łokcia i odwodzenie ręki.

Mill, drażniąc wieczko (*operculum*), otrzymał zboczenie gałek ocznych w stronę przeciwną, powyżej prostowanie ręki, poniżej wyciąganie ust ku górze i na zewnątrz, nieco do tyłu, zginanie ręki i palców. Bergmannowi udało się wywołać prostowanie palca dużego lewej nogi, a w drugim przypadku drganie palucha i ramienia. Podobne spostrzeżenia robili Lloyd, Deaver, Bartholow, Sciamanna, Nancrede, Horsley. Dotąd wiemy, że ośrodki pojedynczych grup mięśni znajdują się wyosobnione w sferze ruchowej; dokładnego ich położenia jednak w każdym przypadku podać nie można, bo, jak to później wykażemy, zdaje się, że go te ośrodki nie mają. Przychodzimy obecnie do ośrodka nerwu twarzowego. W prawej półkuli zdaje się niema bezwzględnego ośrodka, a jest tylko względny. Zniszczenie ośrodka nerwu twarzowego nie wywołuje zwykle zupełnego porażenia, gdyż mięsień okrężny oka nie jest zajęty. Górna gałązka nerwu twarzowego jest obustronnie reprezentowana w obu półkulach, a w jednej leży w kilku ogniskach.

Pole nerwu podjęzykowego jest większe na prawej półkuli, niż na lewej. Co do ruchów języka, to przeginanie języka na boki jest zdaje się ruchem, wywołanym przez nerwy każdej półkuli z osobna, zaś wyciąganie — przez obustronne działanie. Ośrodek ruchów języka przy jedzeniu zostaje unerwionym przez obie półkule, głównie zaś prawostronną. Usunięcie całej półkuli u kota nie wywołuje porażenia strun głosowych.

Ruchy gałek ocznych występują przy drażnieniu zakrętu kątowatego (*gyrus angularis*); często jednak udaje się je wywołać drażnieniem ośrodka ręki i nerwu twarzowego wspólnie z ruchami głowy, szyi i karku[1]). Mięśnie, podnoszące powieki, bywają czasem oba porażone przy jednostronnem ognisku, co świadczy o działaniu jednej półkuli na obustronne mięśnie. Podobnie mięsień prosty wewnętrzny jednej, a zewnętrzny drugiej strony są unerwione przez tę samą półkulę, co powoduje przesuwanie się gałek ocznych w jedną stronę. Objaw ten, zwany „deviation conjugée“, jest jednym z najczęstszych symptomatów zmian w korze, nie jest jednak patognomicznym, chyba o tyle, że w porażeniach korowych zwracają się czasem gałki ku ognisku chorobowemu, a w zmianach podkorowych w stronę przeciwną.

Do sfery ruchowej zaliczamy także ośrodek mowy. Mowa ludzka składa się z dwóch głównych części, t. j. tak zwanej emocyonalnej i artykułowanej. Mowa emocyonalna jest pierwotną; nią zaczyna porozumiewać się dziecko, jej używa człowiek nie znający pewnego języka, oraz głuchoniemy. Składa się ona z mimiki, wykrzykników i giestów. Ośrodek dla tej mowy znajduje się w obu półkulach w okolicy dolnego zwoju czołowego.

Właściwą jednak człowiekowi jest tak zwana mowa artykułowana: stanowi ona najwyższy stopień zdolności porozumiewania się z otoczeniem zapomocą organu głosu. Im wyższa umysłowość, tem więcej giesty ustępują miejsca głosowi i jego modulacyi, a szczytem w rozwoju mowy jest deklamacya, t. j. oddawanie i odtwarzanie afektów i uczuć

[1]) Objaw ten pochodzi z tak zwanego wyrabiania się ośrodków przy pewnych skomplikowanych ruchach i jest właściwie współruchem, a nie ruchem właściwym.

li tylko z pomocą modulacyi głosu, bez żadnych giestów. W warunkach zwykłych jednak rozwija się mowa artykułowana przy pomocy giestów, zwłaszcza ręką prawą. Dziecko, ucząc się mówić, pokazuje na wszystko palcem [2]). Łączność ta ośrodka ręki z ośrodkiem mowy objawia się ich sąsiedztwem w korze i tem, że u ludzi, pracujących ręką lewą, ośrodek mowy leży w półkuli prawej. Głos jest tylko dalszą konsekwencyą ruchów ciała i twarzy, jak mówi Ołtuszewski.

Baudoin de Courtenay w pracy swej „Vermenschlichung der Sprache 1893“ wykazuje dobitnie postęp i rozwój mowy od zwierząt ku ludziom. Zwierzęta wydają głównie głos gardlem i krtanią przy słabym tylko udziale jamy ustnej (n. p. wycie, syczenie): im wyżej idziemy w skali zwierząt, tem też udział jamy ustnej staje się w mowie większym. Człowiek jaskiniowy miał kolec bródkowy tak zesunięty ku tyłowi, że przyczepiające się do niego mięśnie, szczególnie językowo-bródkowy, były bardzo krótkie, przez co też przednia część języka mogła słabe tylko wykonywać ruchy.

W mowie ludzkiej jama ustna odgrywa wielką rolę tak, że nawet ludzie dorośli bez krtani dość dobrze mówić mogą samemi ustami. Mieliśmy w obserwacyi dwóch pacyentów, którym profesor Kader usunął z powodu raka całą krtań. Jeden z nich, mimo braku połączenia między jamą ustną, a tchawicą (nosił rurkę tracheotomijną, włożoną do amputowanego kikuta przez szyję), mówił zasobem powietrza w jamie ustnej wcale dobrze, t. j. tak, że go przez pokój dokładnie zrozumieć można było; drugi zaś mówił donośnym szeptem. Ośrodek mowy, jak wspominaliśmy, składa się z kilku mniejszych, t. j. ośrodka mowy ruchowej, ośrodka pamięci słów, a w końcu ośrodków słuchowego i wzrokowego mowy.

Ośrodki te grupują się w półkuli lewej około trzeciego zwoju czołowego. zakrętu Broca'ı, części trójkątnej i wieczkowej wyspy Reila przy zejściu się górnej i dolnej wargi bruzdy Sylwiusza i pierwszego zwoju skroniowego. Przechodzą one bez granicy wybitnej w zakręt nadbrzeżny (*gyrus supramarginalis*), od góry łączą się z ośrodkiem języka, krtani i ręki. W rzadkich przypadkach spostrzegano ośrodek mowy u ludzi pracujących prawą ręką po stronie prawej (Cassati, Rossolimo). U ludzi pracujących lewą ręką ośrodek mowy leży zwykle w półkuli prawej. Znanych jest w piśmiennictwie kilka przypadków zniszczeń lewej wyspy Reila bez żadnych zmian mowy (Simon Samt i inni). Prócz tych głównych ośrodków, dają się wykazać, jednak tylko klinicznie, i inne ośrodki, jak słuchu muzycznego, pisma, czytania i t. d. Ośrodki takie bezsprzecznie istnieją: znamy wiele przypadków chorobowych, gdzie porażenie ich występowało, umiejscowić ich jednak dokładnie nie możemy; przypuszczamy tylko, że leżą pomiędzy podstawowymi ośrodkami, których skojarzona czynność właśnie te wyższe zadania spełnia. Tak naprzykład ośrodek pisma leży zapewne na granicy dolnego zwoju czołowego i bruzdy przedśrodkowej; ośrodek czytania pomiędzy sferą wzroku, a słuchu i t. d. Zniszczenie ośrodka mowy sfery ruchowej powoduje obraz tak zwanej niemoty ruchowej, sfery słuchowej, tak zwaną niemotę słuchową, a sfery wzrokowej-optyczną. Niemota ruchowa odnosi się najczęściej tylko do mowy artykułowanej: natomiast mowa emocyonalna zwykle jest nieupośledzoną i chory może wykonywać giesty, używać nawet nieraz wykrzykników, przekleństw lub wyrazów używanych najczęściej w codziennem życiu. Wobec tego Jackson umiejscawia nawet mowę emocyonalną w obu półkulach, a zwłaszcza w półkuli prawej.

Powrót mowy po zniszczeniach ośrodków odnosi Monakow do wspólnego podjęcia funkcyi obu półkul. Ośrodek zmysłu wzrokowego zajmuje głównie zakręt potyliczny (*gyrus occipitalis primus*), po części klin i płatek czworoboczny (*cuneus et lobulus quadratus*). Pole wzrokowe na półkuli prawej jest większe. Wobec tego, że często nawet przy obustronnych zmianach w korze, widzenie środkowe jest wcale dobrze zachowane, przypuszcza między innymi Wilbrand, że ośrodki dla każdej plamki żółtej mają bardzo rozrzucone ogniska i to leżące dla każdego oka w obu półkulach.

Zmiany chorobowe ośrodka wzroku objawiać się mogą: 1) półwzrocznością (hemianopsia, hemiachromatopsia) przy zmianach w jednej półkuli; 2) omamami wzrokowymi przy podrażnieniu częściowem i zmianach powierzchownych ośrodka; 3) ślepotą psychiczną przy zmianach w obu półkulach symetrycznych, w klinie i szczelinie ostrogowej (*cuneus et fissura calcarina*); 4) optyczną niemotą); 5) porażeniem czytania (*alexia*).

W ośrodku wzrokowym wykrywali niektórzy badacze poddziały; n. p. ośrodki dla pojedynczych barw. Połowicza ślepota na barwy (*hemiachromatopsia*) występuje zwykle wspólnie z porażeniem czytania. Położenie ośrodków wzroku nie jest prostym rzutem obwodowych części w mózgu, a świadczy o tem fakt, że wycinanie kółek 10—15 mm. średnicy w ośrodkach wzrokowych, wywołuje kropkowate miejsca ślepe w obu siatkówkach.

Ośrodki słuchu leżą w płacie skroniowym. Są one zdaje się równie wielkie w obu półkulach. W ośrodkach tych rozróżnić też można poddziały: Munk na przykład znajdował i rozróżniał u psa ośrodki dla tonów nizkich i wysokich. Przy zniszczeniu przedniej części sfery słuchowej (bliżej bruzdy Sylwiusza), psy Munka nie słyszały gwizdania, ani tonu piszczałek e'' e'''; zaś przy zniszczeniu części tylnych (bliżej móżdżku) nie słyszały C c organów. Według Monakowa każda półkula z osobna może mieć wpływ na oba nerwy słuchowe. Tenże autor przypuszcza, że prawa półkula rządzi tonami muzycznymi, a lewa tonami słów.

Ośrodek czucia umiejscowiano dawniej poza sferą ruchową w okolicy zakrętu ciemieniowego (*gyrus parietalis*). Tymczasem bliższe badania, doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne wykazują niezbicie, że ośrodki czucia leżą w tych samych miejscach, co i ośrodki ruchowe, z tą jedynie różnicą, że o ile sfera ruchowa panuje

[2]) Rozwój języka u dziecka przechodzi 3 okresy: *a*) okres języka pierwotnego. poprzedzający rozwój ośrodków mowy; są to giesty, a potem wykrzykniki; *b*) okres rozwoju ośrodków mowy. Najprzód rozwija się ośrodek pamięci słów, a następnie połączenie tegoż z ośrodkiem ideacyi. Jestto okres rozumienia mowy bez zdolności mówienia. Około 11 miesiąca życia poczyna się rozwijać ośrodek ruchowy i połączenia jego z ośrodkiem pamięci słów (powtarzanie słyszanego); w końcu *c*) dopiero wytwarza się połączenie ośrodka pamięci słów przez ośrodek ideacyi z ośrodkiem ruchowym mowy, czyli mowa samodzielna (Ołtuszewski).

w półkuli lewej, to czuciowa przeważnie zajmuje prawą.

Zmiany czuciowe występują o wiele rzadziej, niż ruchowe, a to z tego powodu, że czucie zależy (częściowo) od obu półkul) po każdej stronie ciała. Wernicke, Luciani, Sepilli, Jastrowitz, Lisso, Flechsig, Hensen i inni przypuszczają, że ośrodki czuciowe leżą w tych samych miejscach, co ruchowe; inni zaś, jak Charcot, Nothnagel, Bechterew, Ferrier i t. d. dają im specyalne siedlisko. Tak n. p. Nothnagel umiejscawia czucie w płacie ciemieniowym (głównie zmysł mięśniowy); Ferrier — w bróździe i zakręcie sklepiennym (*sulcus i gyrus fornicatus*), zdanie to jednak odosobnione. Topewne, że blizko w 50% przypadków porażeń ruchowych znieczulenie nie występuje; tak n. p. podług Ferriera na 280 przypadków: w 100 nie wspomniano o zmianach czucia; w 121 było ono prawidłowe; w 63 wykazano niewielkie zmiany.

Zmiany czuciowe nawet wybitne jeszcze zawsze z czasem ustępują. Najczęściej upośledzonym pozostaje czucie przestrzenne (zmysł stereognostyczny), podczas gdy inne, jak bolu, ciepłoty i dotyku nie ulegają zmianie.

Według Monakowa zmiany czuciowe występują stale przy rozległych zniszczeniach kory, sięgających aż poza zwoje środkowe. Badanie zapomocą drugorzędnego zwyrodnienia przemawia za tem, że ośrodki czuciowe leżą w sferze ruchowej. Samo porażenie czucia bez porażenia zmysłu mięśniowego dowodzi siedliska choroby poza korą (tylne części wzgórka wzrokowego, torebki wewnętrznej i t. d.). Porażeń korowych czucia, bez porażeń ruchu nie znamy, co też przemawia przeciw osobnemu umiejscowieniu Przy porażeniach pojedynczych kończyny dolnej, zmiany czuciowe należą do rzadkości; natomiast przy porażeniach kończyny górnej występują bardzo często. Ze znieczuleniem połowiczem czucia łączą się często: utrata zmysłu czucia przestrzennego i mięśniowego, a w mniejszym daleko stopniu zmysłu oryentacyi w przestrzeni. Dotąd w piśmiennictwie znamy tylko nieliczne przypadki, w których przy dużych zmianach zmysłu mięśniowego zwoje środkowe były zdrowe (Velter, Grasset, Monakow); czwarty przypadek opisał Starr i Cosh.

Trepanacya z powodu padaczki, będącej następstwem blizny. Podwiązanie naczyń i uszkodzenie kory w okolicy zakrętu nadbrzeżnego (*gyrus supramarginalis*). Bezpośrednio po operacyi utrata zmysłu mięśniowego, trwająca 3 tygodnie.

Redlich wyciął u 18-letniej dziewczyny ośrodek ruchowy prawej ręki z powodu odosobnionej padaczki. Porażenie ruchu ustąpiło po 8 tygodniach, zmysłu mięśniowego dopiero po 3 miesiącach, a tylko pozostało lekkie porażenie zmysłu przestrzennego (stereognostycznego).

Poznaliśmy już lokalizacyę ośrodków płatu ciemieniowego, potylicznego i skroniowego; pozostały nam do omówienia jeszcze płaty czołowe. U zwierząt w korze płatu czołowego leżą ośrodki grzbietu, szyi i karku, tak ruchowe, jak i czuciowe. U człowieka w dolnym zwoju leży, jak wiemy ośrodek mowy ruchowej, po nad nim ośrodek nerwu podjęzykowego i częściowo ośrodek ruchów szyi, karku, a w górze grzbietu Zresztą innych wybitnych ośrodków wykazać nie można. Zauważono jednak w licznych przypadkach zmiany w usposobieniu i charakterze chorego osobnika przy schorzeniu płatów czołowych, choć odwrotnie w wielu przypadkach, nawet rozległych zmian, żadnych zmian psychicznych wykazać się nie dało.

Wynika z tego, że o korze płatów czołowych nie mamy jeszcze dokładnych wiadomości. Płaty czołowe są najsilniej właśnie rozwinięte u człowieka. Doświadczenia na zwierzętach nie rozjaśniają sprawy; zwierzęta bowiem po przejściu przez okres ociężałości i chęci leżenia, okazują jedynie porażenie grzbietu, przybierającego postać garbu (*Katzenbuckel*), chodzenie wkoło (w stronę operowaną), czasem tylko niecierpliwość i złośliwość.

Jako jeszcze jeden z częstszych objawów zmian w okolicy czołowej przytoczyć muszę wielką żarłoczność, występującą u chorych nagle bez żadnej innej przyczyny. Typowym przykładem takiej żarłoczności jest przypadek Nr. 14 mojej statystyki, odstąpiony mi łaskawie z praktyki własnej przez kolegę Putermana. Nadmierną żarłoczność, jako objaw chorobowy spotykamy wspólnie z upadkiem inteligencyi, jak wiadomo, często u starców przy sprawach zanikowych mózgu, u idyotów i wogóle u ludzi bardzo słabej inteligencyi. Na czem właściwie ta żarłoczność polega? nie wiemy. Ferrier znajdował rzekomo u małp między innymi w płacie potylicznym ośrodek głodu i czucia w trzewiach; badania innych tego jednak zupełnie nie potwierdzały. Żarłoczność ta idzie zwykle w parze ze zmianą inteligencyi i charakteru, uważać więc ją raczej należy jako zboczenie natury psychicznej. Spotykać ją często można, jako objaw towarzyszący chorobom umysłowym, lub czasem objaw wprost przeciwny, t. j. wstręt do jadła.

Prócz wyżej przytoczonych objawów, występujących czasem w schorzeniu płatów czołowych, spostrzegano też zmiany w zachowaniu równowagi ciała (Bruns), przypominające obraz bezładu móżdżkowego. Sprawy, rozwijające się w płacie czołowym, cechuje dość często bolesność przy opukiwaniu czaszki. W jednym z naszych przypadków schorzeń płatu czołowego zauważyliśmy przytępienie inteligencyi, ponure usposobienie i mowę bardzo wolną. W przypadkach kontuzyi płatów czołowych spostrzegano utratę pamięci, podniecenie umysłowe, mówienie po cichu, lub rozmowność, paplanie bez sensu. W przypadkach wielkich zranień płatu czołowego, ciepłota po śmierci ma iść bardzo w górę. Spostrzegano też przy zranieniach płatów czołowych obojętność, bierność, lenistwo i ospałość.

Utrata pamięci zdarza się najczęściej przy zranieniu okolicy czołowej lewej Z opisanych w literaturze przypadków odnosi się wrażenie, że przy zranieniach prawego płatu czołowego spostrzegano głównie zmiany charakteru pod postacią złośliwości, gniewu, gwałtowności; przy zranieniu zaś lewego smutek, zawroty, żarłoczność, utratę pamięci i skłonność do paplania bez sensu. O ile zaprzeczyć się nie da, że bardzo często zboczenia psychiczne występują przy urazach płatów czołowych, o tyle z drugiej strony znamy dużo przypadków wielkich zniszczeń płatu czołowego, przemijających bez najmniejszych objawów.

W chirurgicznej klinice krakowskiej miałem sposobność spostrzegać 5 przypadków guzów i zranień płatów czołowych. Z tego w 2 przypadkach wykazać można było wybitne zmiany pod postacią złośliwości, nadmiernej wrażliwości na ból (3), żarłoczności (2), bierności i przygnębienia (2). W jednym przypadku było kilka objawów typowych, mianowicie gadatliwość, złośliwość, wielka wrażliwość na ból i niecierpliwość, a w końcu wielka żarłoczność.

W krótkości obraz lokalizacyi ośrodków w korze mózgowej, przedstawia się, jak następuje:

1) górna $1/3$ przedniej bruzdy centr. górne $2/3$ tylnej bruzdy centr. } ośrodki wspólne dla ręki i nogi;

2) środkowa część przedniej bruzdy centr. } ośrodek dla ręki;

3) dolne części obu brózd centr. } ośrodek dla nerwu twarzowego;

4) tylna część III zwoju czołowego część wieczkowa: przytykająca część bruzdy centr. przedniej } ośrodek dla języka i ruchowej koordynacyi słów;

5) wyspa Reila: } ośrodek łączenia dźwięków z wrażeniami;

6) zwoje skroniowe } wrażenia słuchowe;

7) potyliczne } wzrokowe i ruchu oczu;

8) ciemieniowe } zmysł przestrzenny;

9) płaty czołowe tuż przy górnej części brózdy centr. przedniej } grzbiet.

Przeglądając cechy ośrodków ruchowych, przyjść musimy do przekonania, że podzielić je należy na cztery grupy, a raczej stopnie.

Najniższy stopień stanowi grupa ośrodków czynności mało świadomych, a nawet odruchowych, które wykonujemy machinalnie obu połowami ciała naraz. Ośrodki te połączone są ściśle z obu półkulami, co powoduje, że w razie zniszczenia ośrodka w jednej półkuli, ośrodek drugi kieruje dalej swobodnie tymi ruchami i porażenia nie występują. Należą tutaj wspomniane już ośrodki mięśnia okrężnego oka, górnych gałęzi nerwu twarzowego, ruchów gałek ocznych, dalej mięśni oddechowych, grzbietu, karku i szyi, przepony, języka (po części), ruchów żuchwy, połykania i innych. (Z grzbietowych mięśni ulegają czasem porażeniu przy porażeniu połowiczem mięśnie czworoboczny (*trapezius*) i dźwigacz łopatki). Porażeń w tych mięśniach nie spotykamy prawie nigdy. Przez wprawę i wyrabianie można i te ośrodki wyzwolić od symetryczności i współruchów ze stroną drugą, jak dowodzi tego przypadek następujący: Franciszek Böhner zgłosił się do kliniki w celu zaprodukowania poruszalności niezwykłej swego układu mięśniowego. W 13-tym roku życia przebył on dur brzuszny, a w następstwie tegoż wystąpić miały silne bole i zaparcie stolca. Pacyent siedział przez długi czas w skulonej pozycyi, przyczem zauważył, że wciąganie brzucha sprawia mu znaczną ulgę. Przez manewr ten, stale wykonywany, doszedł w końcu do takiej wprawy, że może obecnie poruszać swobodnie każdym z mięśni brzucha osobno tak, że naprzykład napina dowolnie po jednej stronie mięsień prosty pomiędzy pojedynczemi wcięciami ścięgnistemi, potrafi swobodnie przemieszczać jelita z miednicy małej w nadbrzusze, ruszać mięśniem zębatym przednim, dwugłowym i t. d. Pacyent twierdzi, że z czasem potrafi wyzwolić ruchy prawie wszystkich innych mięśni. Zauważyłem tylko, że o wiele łatwiej poruszać potrafi on lewą stroną ciała, a więc wykonywać ruchy z pomocą półkuli prawej, która u ludzi prawidłowych mniej ma wyrobionych ruchów już w codziennem życiu, natomiast ruchy wyuczone prawostronne przychodzą mu z trudnością, gdyż przeszkadza tu zapewne przyzwyczajenie do specyficznego używania całych grup mięśni do ruchów złożonych.

Wyższy stopień ośrodków stanowią ośrodki, zależne w połowie od jednej i od drugiej półkuli; należą tu n. p. ośrodki nerwu wzrokowego. Zniszczenie tego ośrodka wywołuje obustronne połowicze porażenie wzroku.

Trzeci stopień stanowią ośrodki, zależne w znacznej mierze od jednej, a w małej tylko od drugiej półkuli. Należą tutaj ośrodki ruchów dowolnych. W warunkach zwykłych nie odczuwamy tej zależności także od równoimiennej półkuli przy ruchach, nie trudno jednak wykazać, że takowa istnieje. Każdemu znaną jest rzeczą, jak trudno jest uchronić się przy szybkich ruchach jedną ręką, od współruchów ręką drugą. Na to, by wykonywać szybkie a odrębne ruchy obu rękami na raz, potrzeba już znacznej wprawy, jak tego dowodzi sztuka kuglarska grania na instrumentach muzycznych i t. d. Najłatwiej wykonywać potrafimy ruchy symetryczne obu połowami ciała, lub też ruchy naprzemian raz jedną, a raz drugą połową. Dammsch opisał dwa przypadki, w których chorzy przy zamierzonych ruchach jedną kończyną, wykonywali symetryczne ruchy przeciwną. Fakta te przemawiają dosadnie za tem, że właściwie pierwotny typ unerwienia mięśni jest od obu półkul, a dopiero przez wprawę potrafimy wyzwolić swoje ruchy dowolne od wpływu półkuli równoimiennej. Ten wpływ drugiej półkuli objawia się szczególnie w stanach patologicznych w tak zwanych spółruchach.

Rozróżniamy cztery główne rodzaje tych spółruchów:

1) Spółruchy po stronie zdrowej lub chorej przy dowolnych ruchach lub próbach ruchów zdrową lub porażoną kończyną. Często przy próbach ruszania porażoną ręką ruszają się także antagonisty ręki zdrowej. Zwracam też uwagę na spostrzegany bardzo często objaw ułożenia przy stopie końskiej kończyny drugiej w postaci stopy piętowej (*pes calcaneus*).

2) Spółruchy w mięśniach chorych lub zdrowych przy odruchowo pobudzonych, niezależnych od woli ruchach, n. p. przy ziewaniu, kichaniu, ruchy porażoną ręką.

3) Spółruchy po stronie porażonej po biernych ruchach zdrową stroną w symetrycznych mięśniach i po rozciąganiu skurczonych stawów.

4) Tak zwane uzupełniające ruchy Senatora, n. p. gdy chory rękę porażoną a zgiętą chce otworzyć, to czyni to w ten sposób, iż otwiera rękę zdrową, lub wykonuje kończyną chorą inne ruchy.

Spółruchy te dowodzą zarazem ścisłego połączenia wielu ośrodków w obu półkulach. Przy ściskaniu w palcach jakiegoś przedmiotu wielu ludzi nie potrafi się powstrzymać od „pomagania sobie“ ustami, t. j. ściągania kąta ust ku dołowi. Podobny objaw zauważyć można u niektórych osób przy pisaniu i rysowaniu.

Przy ściskaniu czegoś w palcach, prócz tego zauważyć się nieraz daje kolejność naprężania mięśni dalszych, zupełnie w tym przypadku niepotrzebnych. Znam jednego z wybitnych malarzy krakowskich, u którego jest ciekawy współruch mięśnia podnoszącego powiekę z ruchami żuchwą i to tylko po jednej stronie. Przy ruchach żuchwą otwiera mu się zaraz jedno oko, gdy przedtem zamknie powieki. Spółruch w rękach objawia się u wielu ludzi przy chodzeniu. Senator spostrzegał chorego, który przy wyciąganiu języka wykonywał równocześnie rytmiczne ruchy ręką.

Ciekawe współruchy możemy obecnie spostrzegać w chirurgii przez wprowadzenie operacyi plastycznych mięśni,

ścięgien i nerwów. Jak wiemy, często postępuje się obecnie w ten sposób, że celem powrotu czynności porażonego nerwu przyszywa się go do sąsiedniego, n. p. nerw promieniowy do środkowego, twarzowy do dodatkowego; podobnie mięśnie przyszywa się do ich przeciwników i t. d. Zaraz po operacyi zwykle niema żadnego efektu. Dopiero w pewien czas zjawiają się spółruchy, n. p. zginaczy porażonych przy poruszaniu wyprężaczy. Po tym okresie nastają następne, ruchów niepewnych, a w końcu porażone mięśnie lub nerwy zaczynają działać prawidłowo. Powrót ten trwa długo, czasem rok i dłużej.

Jeżeli uprzytomnimy sobie sposób powrotu funkcyi, to musimy dojść do przekonania, że polega on na odnowieniu funkcyi ośrodków korowych, którym ułatwiamy działanie przez stworzenie nowych dróg obwodowych; a dalej, że ośrodki odnawiają się głównie pod względem powrotu ruchów złożonych, a nie czynności pojedynczych mięśni.

Nowo stworzona droga kształci ośrodki, które wyzwalają się od współruchów sąsiednich. To wyzwolenie się polega na rozdziale bodźców woli i na rozdzielonem działaniu pewnych grup mięśni lub nawet części pojedynczego mięśnia.

Najwyższym typem zaś ośrodków jest czwarta grupa, t. j. ośrodki zależne tylko i jedynie od jednej półkuli. Należą tutaj ośrodki wyższych czynności mięśniowych, łączące się już prawie z duchową czynnością człowieka, jak specyalne zawodowe drobne ruchy, mowa, pismo, rysunki itd. Podział ten, który wprowadziłem między ośrodkami, ułatwia nam w znacznej mierze tłómaczenie zdolności i możności powrotu funkcyi i ustępowania porażeń. Broatbent wyprowadza nierównomierne zachowanie się porażeń mięśniowych w porażeniach połowiczych od tego, w jaki sposób dana grupa mięśniowa w życiu codziennem jest używaną, a głównie czy używa się jej osobno, czy też wspólnie ze symetryczną grupą strony drugiej. Ta ostatnia przy porażeniach połowiczych ma nie ulegać porażeniu. Zdanie Broatbenta nie może jednak tłómaczyć n. p. porażenia jednostronnego mięśni grzebietu i brzucha. Dlatego też trzeba przyjąć podział ośrodków na 4 grupy z zastrzeżeniem, że umiejscowienie ośrodków zależy tak od indywidualnego wyrobienia danych mięśni, jakoteż od całych ruchów skomplikowanych; dany więc mięsień może być porażonym w pewnym skomplikowanym ruchu, natomiast w drugim może działać swobodnie. Mięśnie żucia, połykania i oddechu w obustronnych porażeniach zwykle funkcyonują dobrze.

To musi nasunąć przypuszczenie, że ruchy te muszą mieć swoje swoiste ośrodki w głębszych częściach układu mózgowego; ośrodki zaś ich korowe służą do wyzyskiwania celowego tych czynności, naprzykład do zmiany typu oddychania itd. Po wycięciu półkul u wyższych zwierząt połykanie i oddech odbywa się dość swobodnie, a znane sa przypadki rozległych jam w mózgu idyotów, nawet braku obu piramid, gdzie funkcye te odbywały się zupełnie dobrze.

Zachodzi teraz pytanie, jak są rozmieszczone ośrodki względem siebie, t. j. jakie mają granice, czy wogóle je mają i czy istnieje jaka łączność pomiędzy nimi? W kwestyi tej badacze podzielili się na dwa obozy: jedni sądzą, że ośrodki są ściśle odgraniczone od siebie, a nawet (Bechterew) oddzielone od siebie pasami kory niezajętej przez żadne ośrodki. Pasy te mają być rozerwą, w której umiejscawiać się mają odśrodkowo nowonabyte wrażenia. Inni, a na czele ich Exner, zaprzeczają temu, by ośrodki leżały koło siebie podobnie, jak kraje na mapie geograficznej, lecz owszem sądzą, że zachodzą one na siebie bez ostrych granic. Luciani i Sepilli przyjmują tak zwane sprzężenie łańcuchowe ośrodków (*ingranaggio*). Za tą łącznością ośrodków przemawiają wspomniane już powyżej jednostronne spółruchy, dalej kolejność przechodzenia drgawek w napadach padaczki jednostronnej, a w końcu fakt, że porażenia pojedyncze korowe należą do rzadszych, natomiast częściej występują złożone i to w pewnym systemie, n. p. twarzoworęcznym, albo ręczno-nożnym, (porażenie korowe nogi i twarzy, prócz niejasnego przypadku Henlego, nie było dotąd spostrzegane).

W każdym ośrodku odróżnić należy dwie części, t. j., jak wspomnieliśmy część bezwzględną, czyli tak zwane ognisko i części obwodowe, czyli część względną. Ośrodki względne zajmują bardzo wielką przestrzeń zachodzą jedne na drugie tak, że jeżelibyśmy narysowali sobie względny ośrodek dla ręki prawej, to na szemacie Exnera nie pozostałoby miejsca na ośrodek dla nogi. Ośrodki łączą się z sąsiednimi, czego dowodzi spostrzeżenie, że okrojenie kory w danem miejscu wywołuje porażenie ruchów dowolnych, choć odcinek ten oddziaływa jeszcze na pobudzenie elektryczne. To zachodzenie na siebie ośrodków przyjąć nawet musimy, jeżeli chcemy umiejscowiać w korze ośrodki więcej złożone, jak n. p. pisma, na które, jak wiemy, składają się ośrodki ruchów ręki, obrazów wzrokowych mowy, słuchu i t. d.

Ponieważ ośrodki danego narządu, n. p. ręki, pozostają ze sobą w ścisłej łączności, przeto zwykle nawet częściowe zniszczenie ośrodka wywołuje już pewne, że się tak wyrażę, zamieszanie funkcyi dalszych jego części, objawiające się tak zwanymi niedowładami, niezręcznością w ruchach, częściowemi brakami w polu widzenia, zboczeniami artykulacyi *(dysartria)* i t. d. Część zajęta może być źródłem silnego znów podrażnienia dla dalszych części ośrodka, co objawi się nam pod postacią drgawek, omamów zmysłowych (słuchu, wzroku, dotyku i t. d.). Przy wypadaniu funkcyi odróżnić należy zmiany następcze od pierwotnych. Pierwotne są zwykle o wiele mniejszemi, następcze zależą bowiem od zmian rozmiękczynowych, rozszerzających się dalej w obwodzie i na głębokość. Jak wykazały badania Munka, wrażenia usadawiają się w korze mózgowej podobno w kołach odśrodkowych, czyli, krótko mówiąc, w środku każdego ośrodka leżą zwykle wrażenia najstarsze, bliżej zaś ku obwodowi młodsze. To wypadanie odśrodkowe można też czasem spostrzegać u chorych. W pewien naprzykład czas, gdy już sprawa rozmiękczynowa w mózgu zniknie, zaczynają powracać do swej funkcyi okolice sąsiednie, zajęte tylko chwilowo obrzękiem i to zwykle w porządku odwrotnym, jak wypadały. Sprawa utrzymuje się na tym poziomie jakiś czas i znowu mniej więcej w 4 do 12 tygodni zaczyna się nowy powrót funkcyi, zależnej już teraz od zastępczego działania lub prawdziwego powrotu funkcyi ośrodków.

Powrót utraconych czynności jest więc podwójny: jeden pozorny, a drugi rzeczywisty. Powrót rzeczywisty polega na zupełnem zastąpieniu zniszczonego ośrodka przez inny; pozorny zaś polega na uzupełnieniu funkcyi danego ośrodka zapomocą czynności innych, pokrewnych i analogicznych.

Tak n. p. ślepota psychiczna z czasem znika, bo chorzy uczą się szybko z pomocą innych zmysłów poznawać przedmioty. Podobnie chorzy z połowiczą ślepotą uczą się prędko wyzyskiwać pozostałą im połowę pola widzenia. Gaule usunął całą sferę ruchową psu i mimoto za pół roku wyuczył go podawać łapę, aportować i t. d.; natomiast ruchy pojedynczemi kończynami pozostały utrudnione.

Vitzou na międzynarodowym Zjeździe fizyologów w r. 1895 w Bernie chciał udowodnić odradzenie się komórek nerwowych; jest to jednak niemożebnem, bo w komórkach nerwowych nie spotykamy nigdy mitozy, a tworzenie się komórek spostrzegano u dorosłych tylko w glejakach. Zmiana chorobowa, posuwająca się i rozwijająca się powoli, przyzwyczaja niejako ośrodki do nowego stanu i pozwala na powolne a zastępcze wyrabianie się nowych dróg; może też przebiegać zupełnie bez objawów. Nieraz spotykamy olbrzymie guzy i zniszczenia prawie całej półkuli przypadkowo na stole sekcyjnym. Na odwrót zmiana chorobowa, występująca szybko, nawet niewielka wywołać może ciężki obraz porażenia ośrodków.

Rokowanie więc powrotu czynności utraconych jest rzeczą bardzo trudną do ocenienia, bo zawisłą od procesu wielce złożonego i zależnego od wielu czynników. Powrót ten zależy w pierwszym rzędzie naturalnie od rodzaju samej zmiany chorobowej, jej rozległości, możności rozszerzania się w szerz lub w głąb i t. d.; dalej od indywidualności i rozwoju kory mózgowej danego osobnika, a w końcu od ważności danego ośrodka. Sprawy chorobowe nawet i dość rozległe, lecz powierzchowne, czysto korowe, nie niszczące istoty białej, dają naturalnie lepsze rokowanie co do powrotu funkcyi, niż niewielki nawet nowotwór, rosnący ciągle w głąb. Zostaje tu bowiem odciętą komunikacya ze zdrowemi jeszcze częściami kory, a przez to uniemożebnione zastępstwo funkcyi. Indywidualność i rozwój kory danego osobnika wywierają niemały wpływ na powrót funkcyi. Mniejszy i niższy rozwój kory mózgowej jest zarazem wyrazem większego indyferentyzmu ośrodków, ma też większą skłonność do zastępczych funkcyi, natomiast większe wyrobienie danych ośrodków, ich wyzwolenie się od reszty, a w razie choroby i zniszczenia ośrodków, spowoduje często utratę funkcyi nie do powetowania.

Wielki wpływ ma tu także ilość skrzyżowań. U ludzi swoistość ośrodków największa i największa też ilość skrzyżowań; u zwierząt niższych znacznie więcej jest obustronnych symetrycznych czynności i dlatego mniej skrzyżowań. Znaną wszystkim jest rzeczą, jak mózgi u ludzi prostych są mało wrażliwe na urazy. Benedikt przytacza n. p. następujący przypadek: podczas wojny 1859 r. przysłano do niego transport rannych. Po opatrzeniu i odesłaniu ciężko chorych do szpitala, zaczął on opatrywać lekko rannych; między tymi znalazł się piechur, którego granat trafił w głowę. Chory ten przyszedł piechotą i nie okazywał żadnych zmian, ani porażeń. Po zdjęciu prowizorycznego opatrunku okazało się, że brakuje mu połowy czaszki i szczytu półkuli mózgowej, mniej więcej tyle, ile się przy sekcyi z mózgu odcina. Wiele takich przypadków przebiega zupełnie bez zmian, a nawet chorzy nieraz nie zgłaszają się do lekarza po poradę. Natomiast u ludzi z wyrobioną korą mózgową, już małe zmiany wywołują zaburzenia w ośrodkach i chorzy zgłaszają się podając, że nie mają tej zręczności w ruchach specyalnych jak dawniej, że nie mówią tak płynnie, jak przedtem i t. d. Po udarze mózgowym wracają zwykle chorym ruchy grube; natomiast subtelne giną nieraz bezpowrotnie. W porażeniach udarowych pozostają nie zajętymi w nodze mięśnie: lędźwioudowy i prostownik goleni czworogłowy, t. j. mięśnie, używane głównie do chodzenia. Chodzenie jest czynnością, odbywającą się w znacznej mierze z pomocą obu półkul, o ile idzie o ruch naprzód i zgięcie w stawie biodrowym.

Zwierzęta, n. p. konie, poruszają kończynami po kolei, t. j. najpierw przednią jednej, później tylną drugiej strony, dalej przednią tej samej i tylną przeciwnej strony. Niektóre natomiast, jak n. p. wielbłąd, poruszają naraz obu kończynami jednej strony, lub jak zając skaczą tylnemi nogami równocześnie. To równoczesne używanie kończyn musi mieć wpływ na unerwienie ich w półkulach.

Wobec tego, co powiedzieliśmy wyżej wynika, że stoimy w zupełności na stanowisku tem, że nietylko ośrodki mogą siebie wzajemnie zastępować, lecz także i półkule. Wielu nie uznaje tego, ale przecież dość na to przytoczyć fakt, że istnieli ludzie, którzy prawie bez jednej półkuli byli jednak geniuszami. Utraconą funkcyę zastąpić mogą naturalnie w pierwszym rzędzie komórki sąsiednie tej samej półkuli; w razie jednak zmian większych odpowiednie ośrodki półkuli drugiej. Beck i Cybulski w doświadczeniach swoich wykazali, że przy drażnieniu części obwodowych zmiany elektryczne w korze mózgowej spostrzegać można nietylko w przeciwnej, lecz także w równoimiennej półkuli, z tą różnicą, że zmiany te następują nieco słabiej i nieco później, niż u przeciwnej, co przemawiałoby za tem, że podrażnienie biegnie najprzód do półkuli przeciwnej, a stąd dopiero zapomocą włókien kojarzennych do półkuli równoimiennej.

Wspólność ta obu półkul objawia się jeszcze tem, że przy większych zniszczeniach ulegają następowemu zwyrodnieniu także ośrodki symetryczne półkuli drugiej, co może wywołać niemożność późniejszego zastępowania funkcyi. Sfery mózgowe są częściami ustroju preegzystującemi; położenie subtelne ośrodków jest jednak rzeczą indywidualną, wyrazem najkrótszego i najwygodniejszego przebiegu włókien nerwowych wskutek używania pewnych grup mięśni do ruchów złożonych. Ośrodki niefunkcyonujące możemy czasem mimo to pobudzić do życia, jak tego dowodzi uczenie głuchoniemych. Nie jest to łatwą rzeczą w późnym wieku nauczyć się czegoś; dlatego też rokowanie powrotu funkcyi u młodych jest o wiele lepsze, chociażby z tego powodu, że każde porażenie i nieużywanie danego narządu, trwające czas dłuższy, pociąga za sobą zarazem zwyrodnienie dróg podkorowych i dalszych. Podobnie zniszczenie narządu obwodowego wywołać musi zanik odpowiedniej części kory mózgowej. Pierwsze spostrzeżenie tego rodzaju ogłosił Panizza (w r. 1855), który stwierdził zanik kory po zniszczeniu oka u królika i psów. Munk niszczył oko lub ucho zwierząt nowowylęgłych i po 14 tygodniach miał znajdować słabszy rozwój mózgu. W piśmiennictwie spotykamy też kilka wzmianek o zaniku kory mózgowej w przypadkach długiego nieużywania kończyny, dalej po amputacyach, oślepnięciu i t. d., nie wyczerpują one jednak tematu. Przytaczam tu kilka dostępnych mi przypadków:

1) Amputacya lewej kończyny na 6 lat przed śmiercią. Przy sekcyi znaleziono zanik prawego tylnego zwoju środkowego na przestrzeni 2 ctm., niedochodzącego do górnej powierzchni półkuli (Chuquet).

2) Amputacya lewej górnej kończyny na 31 lat przed śmiercią. Sekcya wykazała: zanik prawie całej półkuli (Boyer).

3) Amputacya lewej kończyny górnej na 48 lat przed śmiercią. Przy sekcyi nie wykazano żadnych zmian (Charcot).

4) Wrodzony brak kończyny górnej lewej. Sekcya, po 40 roku życia wykonana, wykazuje zanik tylnego zwoju środkowego w połowie (Gowers).

5) Przykurczenie po złamaniu lewej kości ramieniowej. Sekcya wykazała: zanik płatka czworobocznego prawego (lobus quadratus dexter) (Bary).

6) Amputacya nogi prawej na 25 lat przed śmiercią. Sekcya wykazała zanik zakrętu przyśrodkowego (Luys).

7) Amputacya lewej nogi na 20 lat przed śmiercią. Sekcya wykazała: zanik górnych części obu zwojów środkowych (Luys).

8) Zanik nogi prawej po urazie, a w 40 lat potem sekcya wykazała: zanik lewego zwoju środkowego tylnego (Landouzy).

9) Porażenie od dziecka, skrócenie i zanik nogi prawej. Sekcya wykazała: zmiany zanikowe w obu półkulach w okolicy zwojów środkowych (Oudin).

Przypadki powyższe nie maja dla lokalizacyi ośrodków wiele wartości. Nie były badane mikroskopowo, wyniki w nich różne, bo ocena makroskopowa zaniku jest rzeczą trudną, a często zależy od indywidualnego zapatrywania się. Ciekawem jest spostrzeżenie Nr. 9 zmian w obu półkulach po porażeniu dziecięcem nogi prawej.

Podobnie znane są przypadki utraty wzroku na dłuższy czas przed śmiercią, a badane potem co do zaniku kory.

10) Ślepota oka lewego od 50 lat. Sekcya wykazała: zanik kory na wielkość 5-cio frankówki w miejscu, gdzie szczelina ciemieniowopotyliczna wychodzi z wewnętrznego brzegu półkuli (prawej). W symetrycznem miejscu półkuli lewej zmiany podobne, lecz w mniejszym stopniu (Huguenin).

11) Mężczyzna, zmarły na dur w 42 roku życia. Od młodości źle widział. Sekcya wykazała: zmiany wielkości 2-frankówki, położone tak samo, jak powyżej (Huguenin).

Gudden wykazał, że przy zaćmieniu łamiących środowisk oka lub przy zrośnięciu powiek, t. j. przy niezupełnej ślepocie, można wykazać co najwyżej zmniejszenie objętości obu płatów potylicznych. Przy ślepocie zupełnej zaraz po, — lub od urodzenia, lub po zniszczeniu obu gałek ocznych, zmniejszenie to jest jeszcze wybitniejsze, zmian drobnowidowych w korze jednak żadnych wykazać nie można.

12) Głuchota od urodzenia. Sekcya wykazała: zanik obu płatów skroniowych (Huguenin).

Forel i Onufrowicz wykazali przy długotrwałem upośledzeniu słuchu dużego stopnia i przy głuchocie zmniejszenie się płatu skroniowego bez zmian drobnowidowych kory.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Badania czułości niektórych chemicznych sposobów wykrycia tlenku węgla we krwi zaczadzonych.

Podali
B. Grünzweig i A. Pachoński,
stud. medycyny.

Częste przypadki ostrego zatrucia tlenkiem węgla (CO) wywołują zbyt mało zmian anatomicznych, na podstawie których możnaby już z obrazu sekcyjnego rozpoznać to otrucie. Wiadomo bowiem, że prócz zabarwienia jasno-czerwonego krwi, plam pośmiertnych i narządów wewnętrznych, wynik sekcyi jest zresztą ujemny. Opieranie zaś rozpoznania na tych cechach byłoby błędnem, ponieważ także inne otrucia, jakoteż zimno, wytwarzają te same cechy; możnaby więc mylnie rozpoznać śmierć wskutek zmarznięcia, podczas gdy dany człowiek uległ otruciu CO, zwłaszcza, że w zimie częstsze są przypadki zaczadzenia. W tych więc przypadkach, w których wynik sekcyi daje nam wyżej opisany obraz i budzi podejrzenie otrucia tlenkiem węgla, winno się przystąpić do badania krwi, bo ono jedynie może rozstrzygnąć nasze wątpliwości i przypuszczenia potwierdzić.

Powszechnie używane metody w celu wykrycia tlenku węgla we krwi polegają na badaniu jej widma lub zabarwienia jej strątów, uzyskanych przez dodanie odczynników, strącających białko. Te ostatnie noszą nazwę prób chemicznych. Prób tych podano już wiele. Nie wszystkie jednakże nadają się do celów praktycznych, a to z tego powodu, że do badania, polegającego na porównaniu zabarwienia strątów, zmuszeni jesteśmy używać krwi drugiej, niezawierającej tlenku węgla, którą bierzemy ze zwierzęcia lub też z innych zwłok. Takie porównywanie ze sobą dwu krwi obcych nigdy nie może być ścisłem, gdyż o ile przy małej zawartości CO we krwi różnice w zabarwieniu strątów są już same przez się nieznaczne, to używając do porównania krwi obcej, czy to człowieka, zmarłego nieraz z powodu długiej wyniszczającej choroby, czy też tembardziej zwierzęcia, nie mamy zgoła żadnej miary, ile z tej różnicy w zabarwieniu strątów należy położyć na karb już naturalnie odmiennego zabarwienia dwu obcych krwi. Niedokładność tę starał się usunąć Liman w ten sposób, że krew, rozcieńczoną w odpowiednim stopniu wodą, kłócił z powietrzem przez godzinę, aby uwolnić ją od CO i mieć dla porównania dwie ilości krwi tego samego człowieka, jedną zawierającą CO, a drugą wolną od niego. Wypędzanie takie okazało się jednak niezupełnie skutecznem, gdyż CO zostaje z hemoglobiną w tak ścisłym związku, że mimo znacznego nawet rozcieńczenia i długotrwałego kłócenia, zawsze pewna ilość CO we krwi pozostaje. Dopiero dalsze badania nad hemoglobiną i jej pochodnemi, które wykazały, że z methemoglobiną łączy się CO tylko w sposób luźny, mechaniczny, skłoniły Wachholza i Sieradzkiego do podjęcia nowych badań, czy przez przeprowadzenie hemoglobiny we krwi zaczadzonego w methemoglobinę nie dałoby się uzyskać krwi zupełnie wolnej od tlenku węgla i usiłowania te zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem. Metoda, podana przez nich, usuwa poprzednie braki w bardzo prosty sposób, bo przez dodanie nadżelasinku potasowego zamienia się tlenkowęglową hemoglobinę (CO-Hb) na methemoglobinę + CO, który zostając z tą ostatnią tylko w luźnem połączeniu, daje się 10—15 minutowem kłóceniem z łatwością wypędzić; tak więc mamy teraz do porównania niejako krew danego człowieka przed jego zatruciem zapomocą tlenku węgla z krwią jego już po dokonanem zaczadzeniu. Zasadę tę wprowadzili powyżsi badacze w metodę Kunkela-Schulza i ogłosili jako swoją modyfikacyę tak zw. próby taninowej.

Dodatnie wyniki, otrzymane tą metodą, naprowadziły na myśl, czy i w innych metodach, używanych dla wykazania CO we krwi, zamiana hemoglobiny w methemoglobinę nie dałaby się uskutecznić i z inicyatywy Prof. Wachholza

podjęliśmy odpowiednie próby. Doświadczenia przeprowadziliśmy z próbami Katayamy, Salkowskiego i Hoppe-Seylera, porównywując równocześnie ich czułość z próbą taninową. Następnie próbowaliśmy zastąpić taninę innymi odczynnikami, strącającymi białko, a dotąd niestosowanymi, jakoto formaldehydem, acetonem i zapomocą ogrzania. Do badania używaliśmy krwi tlenkowęglowej, przygotowanej w następujący sposób: Pewną ilość krwi odwłóknionej wysycaliśmy tlenkiem węgla tak długo, dopóki nie otrzymaliśmy w widmie zupełnie ostrych smug CO-Hb, przedzielonych polem zielonem bez żadnego cienia i utrzymujących się w tej postaci przez szereg godzin mimo dodania siarczku amonu w nadmiarze. W ten sposób zyskaliśmy dowód, że krew ta nie zawiera już zupełnie O-Hb, zmieniającej się pod działaniem siarczku amonu na hemoglobinę, co się zaraz objawia zmianą widma, a zawiera tylko czystą CO-Hb, na którą siarczek amonu pozostaje bez wpływu. Z takiej krwi, zawierającej zatem 100% CO hemoglobiny, przygotowaliśmy przez odpowiednie rozcieńczenie jej krwią czystą rozczyny 10%, 5% i 1%.

Badanie widmowe wykazywało obecność CO-Hb, ale tylko w rozczynach 100% i 50%. Nawet po dodaniu siarczku amonu w nadmiarze smugi resorbcyjne utrzymywały się. Z rozczynów słabszych niektóre dawały jeszcze słabe widmo COHb, inne już nie; a we wszystkich w krótki czas po dodaniu siarczku amonu zjawiała się smuga hemoglobiny. Z tej łatwości, z jaką słabe rozczyny ulegają działaniu siarczku amonu, wynika, że badanie widmowe, jako najprostsze, nadaje się do użycia tylko w razie obecności we krwi znacznej ilości CO. W przypadkach, w których obraz sekcyjny jest ujemny z powodu małej zawartości CO we krwi, a istnieje podejrzenie otrucia zapomocą CO, badanie widmowe rozstrzygać nie może, gdyż mimo istotnego otrucia tlenkiem węgla mała jego ilość we krwi nie daje się już wykryć zapomocą widma.

Daleko dokładniejszemi pod tym względem okazują się tak zw. próby chemiczne i do nich też przechodząc, w myśl założenia kombinowaliśmy metody starsze z zasadniczą modyfikacyą Wachholza i Sieradzkiego. Postępowanie nasze przy metodzie Katayamy było następujące: do dwu probówek lub flaszeczek dawaliśmy po 5 kropli krwi zawierającej 100% COHb, 10 cm.³ wody przekroplonej i 10 kropli 10% nadżelasinku potasowego. Jedną z probówek po ostrożnem zmieszaniu zawartości, by nadżelasinek jednostajnie się rozmieścił, zostawialiśmy w spokoju, a drugą kłóciliśmy silnie z powietrzem przez 10—15 minut. Następnie do obu probówek dodawaliśmy po 2 krople siarczku amonu, a jako ostatecznego odczynnika po 10 kropli kw. octowego. Pod działaniem ostatniego w obu próbkach krwi, w kłóconej z powietrzem i w niekłóconej, powstały strąty, różniące się między sobą odmiennem zabarwieniem. Osad krwi kłóconej miał barwę oliwkowo brunatną, a niekłóconej różowo-ceglastą. Okazało się zatem, że podany przez Wachholza-Sieradzkiego sposób wypędzania tlenku węgla ze krwi, stosowany dotychczas tylko w próbie taninowej, daje się równie dobrze użyć przy metodzie Katayamy, a jak wykazujemy poniżej, także i przy innych.

Badając w powyższy sposób krew, zawierającą 10%, 5% i 1% CO-Hb, stwierdziliśmy, że im mniej zawiera krew COHb, tem słabszą jest różnica w zabarwieniu strątów i tem wcześniej znika, a przedewszystkiem zaciera się odcień czerwony. I tak przy 10% CO-Hb krew kłócona daje osad brunatny, niekłócona zaś daje osad jaśniejszy o wyraźnym odcieniu czerwonym. Różnica z początku bardzo wybitna po godzinie zaciera się. Przy 5% COHb osady są podobnie zabarwione jak przy 10%, różnica jest wyraźną, ale znika znacznie wcześniej. Krew o zawartości 1% COHb daje już tylko minimalną, ale zawsze jeszcze dostrzegalną różnicę. Krew kłócona daje osad szary, niekłócona zaś szary, przez który przebija się jeszcze odcień czerwonawy.

Uwalnianie krwi od tlenku węgla przez przeprowadzenie hemoglobiny w methemoglobinę okazało się skutecznem również przy metodzie siarkowodorowej Salkowskiego.

Przy próbie Hoppe-Seylera używa się jako odczynnika ostatecznego ługu potasowego. Ług zamienia hemoglobinę na hematynę alkaliczną. Hemoglobina czysta ulega tej przemianie zaraz w chwili dolania ługu. CO-hemoglobina zaś jest na działanie KOH o wiele oporniejszą, wskutek czego utrzymuje przez pewien czas swe żywo czerwone zabarwienie i dopiero, kiedy w zupełności zamieni się na hematynę alk. (mniej więcej po 3 godz.), przyjmuje zabarwienie, podobne do hematyny alk., uzyskanej we krwi, pozbawionej CO. Różnicę barw można więc tylko w tym krótkim czasie spostrzegać. Jeżeli jednak w próbie tej zastosujemy obok KOH także siarczek amonu i przez to przeprowadzimy hemoglobinę w hemochromogenę, to różnica barw utrzymuje się trwale, ponieważ hemochromogena łączy się, jak wiadomo, z CO w sposób podobny jak Hb i tworzy połączenie, zwane tlenkowęglową hemochromogeną, która różni się od zwykłej hemochromogeny żywszem czerwonem zabarwieniem i odmiennem widmem. Skutek ten osiągnęliśmy następującem postępowaniem: Do dwu probówek braliśmy po 2 cm.³ krwi, wysyconej tlenkiem węgla, następnie do obu po 8 cm.³ wody i po 20 kropli nadżelasinku potasowego. Wydalenie tlenku węgla z jednej z nich wykonaliśmy w taki sam sposób, jak poprzednio, a po uskutecznieniu tego dodaliśmy po 5 kropli siarczku amonu i po 5 cm.³ KOH. Różnica w zabarwieniu krwi kłóconej i niekłóconej, która już przed dodaniem ostatnich odczynników zaznaczała się, wystąpiła po dodaniu tychże zupełnie wyraźnie. Krew, pozostawiona w spokoju, która zatem zawierała i nadal tlenek węgla, miała barwę wiśniowo-czerwoną, podczas gdy krew, z której przez wstrząsanie i przelewanie wydalono CO, była zabarwiona więcej brunatno.

Próbę taninową, z którą porównywaliśmy wyniki, otrzymane przy użyciu wszystkich innych sposobów, wykonywaliśmy w sposób, ogłoszony przez Wachholza i Sieradzkiego. Następnie przeprowadziliśmy doświadczenia z niestosowanym dotąd do wywoływania strątów formaldehydem. Zachowując całe postępowanie z metody taninowej, użyliśmy jako ostatecznego odczynnika w miejsce taniny — formaliny. Pierwotnie użyliśmy 40% rozczynu formaliny, ale niezadowoleni otrzymanym wynikiem, przeszliśmy do rozczynów 20%, 10%, 2% i 1% jako coraz słabiej redukujących. Obok tego, że rozczyny najsłabsze t. j. 2% i 1% dają najwyraźniejsze różnice barw, zauważyć jeszcze należy, że po dodaniu formaldehydu w pierwszej chwili zachowuje się krew zupełnie odmiennie, niż przy wszystkich innych próbach. Tak krew kłócona, jak i niekłócona są czerwone, a nawet kłócona, t. j. niezawierająca CO, jest jaśniejsza,

podczas gdy przy stosowaniu wszystkich innych odczynników barwa czerwona, a przy mniejszej zawartości tlenku węgla wogóle zabarwienie jaśniejsze jest charakterystyczne dla krwi zawierającej CO. Dopiero po upływie mniejwięcej 5 minut następuje zmiana. Krew, z której wydalono CO, przyjmuje zabarwienie czekoladowe, krew zaś, zawierająca tlenek węgla zatrzymuje barwę różową. Co się tyczy czułości formaliny w wykazywaniu CO we krwi, okazało się, że wykryć nią można jeszcze tylko 10% CO-Hb i że przy tym odsetku CO-Hb. odcienia różowego już brak, krew tlenkowęglowa jest tylko jaśniej czekoladową, niż krew wolna od CO, a po upływie około godziny i ta różnica znika. Przy zawartości zaś 1% COHb we krwi pozostaje działanie formaliny bez żadnego wyniku.

Ponieważ widzieliśmy, że słabsze rozczyny formaliny działają lepiej, niż rozczyny silniejsze, staraliśmy się siłę redukcyjną tejże osłabić z zatrzymaniem jednakże zdolności strącania białka. W tym celu skombinowaliśmy ją z acetonem, którego użyliśmy w ilości 5 kropli na 10 cm.³ formaliny. Mimo to jednakże ostateczny wynik nie był lepszy tak tu, jak i przy użyciu samego acetonu.

Tourdes i E. Metzquer w dziele „Traité de Médicine Légale“ (Paris 1896 str. 648) podają, że krew tętnicza bez CO silnie zagrzana ciemnieje, podczas gdy krew tlenkowęglowa zachowuje swoją żywo czerwoną barwę. Spróbowaliśmy więc przy metodzie Wachholza-Sieradzkiego użyć zagotowania, jako czynnika strącającego białko atoli wynik nie był zbyt pomyślny. Powstają wprawdzie strąty: oliwkowo brunatny we krwi wolnej od tlenku węgla, a rdzawy we krwi tlenkowęglowej, jednak różnica między nimi jest tak mało wybitna, że na niej zupełnie rozpoznania opierać nie można, zwłaszcza przy mniejszej niż 100% zawartości CO-Hb. we krwi.

Porównywując w końcu czułość wszystkich tych prób pomiędzy sobą, dochodzimy do przekonania, że dla wykazania tlenku węgla, wysycającego całą ilość hemoglobiny, można użyć każdej z nich, gdyż nawet najmniej czułe dają dostatecznie wyraźne różnice. Przy zawartości 10% COHb wybitne różnice występują już tylko przy próbie octowej taninowej i formalinowej, podczas gdy potasowa, acetonowa i przez zagotowanie wypadają z wynikiem ujemnym. Przy 5% i 1% COHb okazała się czułą tylko próba taninowa i octowa. Chcąc więc otrzymać wyniki pewne i wyraźne w krwi o małej zawartości CO-Hb, należałoby przy badaniu stosować tylko dwie ostatnie metody z modyfikacyą Wachholza i Sieradzkiego.

* * *

III. O bolu międzymiesiączkowym.

Napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

(Dokończenie).

Zestawiłem powyżej wszelkie objawy podmiotowe i przedmiotowe, o jakich dowiadujemy się, względnie, jakie wybadać możemy u osób, cierpiących na bole międzymiesiączkowe. Czy na podstawie tych danych możemy stworzyć teoryę patogenezy tego cierpienia?

Zadanie to niełatwe i właśnie dlatego odnośne piśmiennictwo obfituje w mniej lub więcej udane próby rozwiązania tej zagadki. Zacznijmy od mniej udanych. Drennan sądzi, że bole międzymiesiączkowe są następstwem skurczów macicy, wydalających niezapłodnione jajko z macicy; w niektórych przypadkach mają znowu skurcze trąbki, przez którą wędruje jajko, wywoływać napadowe bole, naturalnie u osób z nieprawidłowo wrażliwym systemem nerwowym. Zapatrywanie to nie jest poparte żadnym dowodem i nie wymaga też, jako zupełnie bezpodstawne, dowodów, wykazujących jego nicość. Brodier uważa jako przyczynę bolów okresowe obrzmienie macicy, przyczem jednę niewiadomą zastępuje drugą, nie dowiadujemy się bowiem, co wywołuje to obrzmienie.

Daleko więcej ma za sobą teorya, poparta szeregiem poważnych nazwisk, która przyczyny bolów szuka w czynności jajnika i wprowadza w związek przyczynowy napad bolu z owulacyą. Ból międzymiesiączkowy odpowiada zdaniem tych autorów w zupełności bolowi miesiączkowemu *(dysmenorrhoea ovarica)*, nieprawidłowość zaś leży w tem, że owulacya nie schodzi się z miesiączką, tylko jest od niej oddzielona okresem mniej więcej dwutygodniowym. Jeżeli przytem są warunki powstania „*dysmenorrhoea ovarica*“, jak przewlekłe zapalenie jajników ze zgrubieniem błony białawej *(albuginea)* jajnika, to taka owulacya w środku między miesiączkami wywołuje napad bolów. Zdanie takie wygłaszają Hermann, Croom, Marhs, Rheinstädter, a i Strassmann zdaje się do niego przychylać.

Teorya ta znajduje pewnego rodzaju poparcie w ciekawem spostrzeżeniu Murraya. Chora jego rodziła 4 razy, a zawsze 15 dni wcześniej, niżby to wypadało według obliczenia, biorącego za podstawę ostatnią miesiączkę. Zaznaczyć muszę przedewszystkiem, że są osoby, które nie cierpią na bole międzymiesiączkowe, a mimo to stale rodzą zawcześnie; zresztą spostrzeżenie to przemawiałoby mi do przekonania, gdyby chora Murraya była stale rodziła o 15 dni zapóźno, nie musielibyśmy bowiem wówczas przyjmować, że zawsze już podczas ciąży miewała miesiączkę. Pomijam zresztą to odosobnione spostrzeżenie Murraya, gdyż zdaniem mojem nie dowodzi ono niczego.

Teorya owulacyjna przyjmuje dwa fakta: 1° owulacyę w środku między miesiączkami i 2° nieprawidłowości w jajniku, powodujące ból podczas owulacyi. Bez tego drugiego przypuszczenia byłaby cała teorya bezpodstawną, gdyż żadną miarą nie możemy przyjąć, że każda owulacya jest bolesną. Nie mamy też najmniejszych podstaw do przyjęcia, że owulacya poza okresem miesiączkowym jest bolesną, jak to zapewne sądzi Rheinstädter, pisząc: „*Es handelt sich dabei nur um eine Ovulation in der Mitte zwischen zwei Perioden, bei welcher es nicht zu der entlastenden Uterusblutung kommt*“.

Przeciwnie wiemy, że owulacya odbywa się nie tak rzadko poza okresem miesiączkowym bez jakichkolwiek dolegliwości. Zmiany w jajnikach u naszych chorych są zresztą tak częste, że z tej strony nie mielibyśmy nic do zarzucenia teoryi owulacyjnej. Na pewną trudność napotykamy, jeżeli zastanowimy się nad przypadkami, w których bole międzymiesiączkowe są wyraźnie jednostronne. Przypadki te nie są rzadkie. Ponieważ jajniki działają naprzemian, t. j. owulacya odbywa się mniej lub więcej regularnie naprzemian z prawego i lewego jajnika, przeto trudnoby nam było zrozumieć, dlaczego ból występuje stale po jednej, częściej

po lewej stronie. Gdyby tylko jeden n. p. lewy jajnik był zmieniony, to należy przyjąć, że nie co miesiąc pojawiałyby się bole, a przynajmniej nie co miesiąc z tem samem nasileniem. Drugą trudność sprawić nam muszą przypadki, w których ból pojawia się nietylko w okresie międzymiesiączkowym, ale i podczas lub bezpośrednio przed miesiączką, zwłaszcza, jeżeli ból ten, jak twierdzą niektórzy autorowie, jest taki sam. Trzebaby wtenczas przyjąć, że u osoby tej odbywają się dwie owulacye co miesiąc, i to co 2 tygodnie. Trzecia trudność, to czasowa zawisłość napadu bolu międzymiesiączkowego od następującej po nim regularności. Jeżeli wogóle jest prawdą, że miesiączka jest widomym znakiem owulacyi, to bądź co bądź trudno przypuścić, żeby miesiączka, występująca n. p. 15 stycznia, była następstwem owulacyi, która się odbyła 1 stycznia. Odpowiedź na bodziec, wychodzący z jajnika, przychodziłaby tu za późno. Jeżeli zgodzimy się na teoryę owulacyjną, to z konieczności musimy przyjąć, że w tych przypadkach owulacya i miesiączka są od siebie niezawisłe, że każda z nich ma swój okres czterotygodniowy.

Miesiączka, występująca w 14 dni po owulacyi, nie byłaby wówczas jedną z części składowych procesu owulacyjnego, nie należałaby do tej owulacyi. Tymczasem doświadczenie poucza nas, że napad bolu międzymiesiączkowego stoi w czasowym związku nie z tą regularnością, która była, ale z tą, która po nim nastąpi.

Zwraca na to zupełnie słusznie uwagę Fassina, a dowodów na to twierdzenie szukać należy u tych chorych, u których miesiączka występuje w nieregularnych odstępach czasu. Tak więc bez wątpienia napad bolu międzymiesiączkowego i następująca po nim miesiączka stanowią dwie części składowe jednego procesu, którego ból jest zapewne początkiem, a miesiączka końcem.

Ostatecznie obala teoryę owulacyjną fakt, że możemy leczeniem czysto mechanicznem (o którem później pomówię) nie dopuścić do napadu bolu, choć żadnej nie ulega wątpliwości, że leczenie to ani nie może powstrzymać w toku będącej owulacyi, ani wyleczyć zmian w jajnikach, które bolesności tej mają być przyczyną. Tak więc widzimy, że przyjęciu teoryi, która napad bolu międzymiesiączkowego starała się wytłómaczyć owulacyą, występującą między miesiączkami, stoją na przeszkodzie poważne trudności.

Inna grupa autorów szuka przyczyny bolów nie w jajnikach, ale w błonie śluzowej macicy. Kossmann, który na str. 311 swojej ogólnej ginekologii podaje własną teoryę, tłómaczącą bole międzymiesiączkowe nieprawidłową czynnością jajnika, pisze na str. 405: *„er (der Schmerzanfall) ist ein Symptom der chronischen Endometrtis“*. Küstner, Schröder i Heitzmann wspominają o tych bolach w rozdziale o *„endometrtis“* i uważają je za objaw tego cierpienia. Nieco ostrożniej wyraża się Martin, który pisze: *„Bei verschiedenen solchen Kranken ist, soweit ich feststellen konnte, jedenfalls eine Uterusschleimhaut-Affection mehr in den Vordergrund getreten“*.

Wreszcie Croom wypowiada zdanie, że tylko w tych przypadkach bolu międzymiesiączkowego, którym towarzyszy odpływ z jamy macicznej, — choroba błony śluzowej odgrywa rolę patogenetyczną.

Na teoryę tę, szukającą przyczyny napadów bolów w *„endometritis“*, nie można się żadną miarą zgodzić. Obala ją przedewszystkiem bezskuteczność leczenia tak doszczętnego, jak wyskrobanie błony śluzowej macicy. Niema ono żadnego wpływu na napady bolów międzymiesiączkowych, jak to liczni autorowie stwierdzili i jak ja u jednej z chorych moich mogłem się przekonać. Zresztą to, co wyżej mówiłem o stanie macicy u moich chorych, wyklucza *„endometritis“* jako przyczynę bolów z tej prostej przyczyny, że chore te nie miały *„endometritis“*. Miały one zmiany w błonie śluzowej, towarzyszące Richelotowskiemu chorobowemu przerostowi macicy, zmiany opisane, dokładnie przez Richelota jako takie, których wyskrobanie błony śluzowej nigdy radykalnie nie usuwa. Nie chcę twierdzić, jakoby te zmiany przerostowe błony śluzowej nie były w żadnym związku z obchodzącem nas cierpieniem; pragnę tylko wyraźnie zaznaczyć, że nie były to zmiany zapalne. Już sam fakt, że wśród napadów bolu międzymiesiączkowego zjawiają się upławy wodniste lub krwawe, dowodzi, że błona śluzowa macicy bierze w tem cierpieniu bezpośredni udział, z czego jednak bynajmniej nie wynika, żeby tam właśnie była przyczyna całego cierpienia. Wiemy, że błona śluzowa trzonu macicy nie jest u kobiety miesiączkującej prawie nigdy w spoczynku. Sprawa przerostu przygotowującego t. zw. doczesną miesiączkową (*decidua menstrualis*), a przedstawiająca okres zmian postępowych (progresyi), ustępuje miejsca właściwej miesiączce, która niszcząc górne warstwy wytworzonej doczesnej, mieści w sobie znamiona zmian wstecznych (regresyi), poczem następuje odradzanie się błony śluzowej *(regeneratio)*. Teraz dopiero przechodzi błona śluzowa w stan spoczynku, trwający zaledwie kilka dni, tj. tak długo, dopóki okres zjawisk nie rozpocznie się na nowo przerostem błony śluzowej. Jak długo trwają poszczególne części składowe całego okresu miesiączkowego, nie wiemy do dziś dnia dokładnie. Zdaniem Hensena trwa okres zmian postępowych 10 dni, nie jest jednak bynajmniej wykluczonem, że trwa on może dłużej. Przypadki bolu międzymiesiączkowego którego czas pojawienia się związany jest, jak wyżej powiedziałem, z terminem wystąpienia idącej po nim miesiączki, zdaje się przemawiać za tem, że sprawa przerostu w tych przynajmniej przypadkach rozpoczyna się 13 do 14 dni przed właściwym peryodem. Otóż nasuwa się niewątpliwe przypuszczenie, że w błonie śluzowej, z tej lub owej przyczyny chorej, nie odbywa się okres miesiączkowy tak, jak zwykle bez bolów, tylko, że początek sprawy przerostowej połączony niewątpliwie z przekrwieniem, objawia się napadem bolów, a czasem i odpływem cieczy wodnistej lub krwi. Gdyby tak było, to rzeczywiście w nieprawidłowości błony śluzowej macicy szukaćbyśmy musieli przyczyny napadowych bolów międzymiesiączkowych.

Przeciw temu przypuszczeniu możemy jednak wystąpić z poważnymi dowodami. Naprzód fakt, że czasami bole bywają jednostronne, powtóre zupełna bezskuteczność wyskrobania błony śluzowej, o której wspomniałem powyżej, — a wreszcie dobre wyniki leczenia mechanicznego, które na stan błony śluzowej żadnego nie może mieć wpływu przemawiają przeciw temu przypuszczeniu. Tak więc musimy stwierdzić, że: 1° błona śluzowa jamy macicy jest zwykle u chorych z bolami międzymiesiączkowymi nieprawidłową, co staje się powodem odpływów wodnistych lub krwawych podczas napadu i pociąga z wszelkiem prawdopodobieństwem za sobą niepłodność tych kobiet, a 2°, że

nie w tej nieprawidłowości błony śluzowej leży przyczyna napadów bolu.

Pewna grupa autorów szuka przyczyny cierpienia w trąbkach i wskazuje na *hydrosalpinx profluens*, jako na chorobę podstawową. (Addinsell, Giles i t. d.). Zdaniem tych autorów gromadzi się w zamkniętej trąbce płyn surowiczy, który od czasu do czasu wypływa przez macicę na zewnątrz, naturalnie wśród bolesnych skurczów jajowodu. Uderzającą i nieprawdopodobną wydaje się ta teorya przedewszystkiem ze względu na punktualność tego zjawiska, gdyż trudno przypuścić, żeby *hydrops tubae profluens* wydalał swój płyn do macicy przez całe lata miesiąc w miesiąc stale 13-go lub 14-go dnia przed miesiączką. Giles wyjaśnia to w ten sposób, że podczas miesiączki obrzęk błony śluzowej zamyka ujście maciczne trąbki, przez co stały dotychczas odpływ zostaje zatamowany; to ma wywoływać skurcze trąbki. Zbijanie tej teoryi jest o tyle zbyteczne, że u żadnej chorej mojej napewno nie było nagromadzenia płynu w trąbce, choć przeważną ilość chorych badałem w różnych czasach przed i po napadzie. Nie przeczę, że autorowie angielscy mieli u swoich chorych do czynienia z *hydrops tubae*, ale nawet i w tych przypadkach nie przypuszczam związku przyczynowego między tem cierpieniem, a napadami bolów międzymiesiączkowych.

Tłómaczenie Gilesa nie trafia mi zupełnie do przekonania. Dnie, poprzedzające napad bolów, to są właśnie dnie najmniejszego obrzęku błony śluzowej; toż właśnie jest czas jej spoczynku. Jeżeli więc kiedy, to w tygodniu poprzedzającym napad bolów, ujście maciczne trąbki jest drożne.

Pozostaje wreszcie zapatrywanie Bouillyego. Zdaniem jego przyczyną bolów międzymiesiączkowych sa nawały krwi (*congestio*), spowodowane przez zboczenia naczynioruchowe, mające swe źródło w stanie jajników. Z zapatrywaniem tem zupełnie się godzę, sądzę jednak, że nie wyczerpuje ono kwestyi.

Nie ulega dla mnie wątpliwości, że napad bolu międzymiesiączkowego schodzi się z nawałem krwi *(congestio, une poussée congestive* Bouillyego*)*. Nawał ten rozpoznać można, badając chore podczas napadu; zupełnie dobrze opisuje go Fasbender. U jednej z chorych moich mogłem z łatwością wybadać podczas napadu bolu silny nawał krwi, połączony z tętnieniem tętnic macicznych i zesinieniem części pochwowej. Objawy te zniknęły po ustaniu bolu.

Wśród jakich warunków powstają te międzymiesiączkowe nawały krwi? Na podstawie wyniku badania moich chorych nabrałem przekonania, że cierpieniem, które powoduje te nawały, jest chorobowy przerost macicy z towarzyszącemi mu zmianami jajników, a więc cierpienie, które Richelot opisał pod nazwą *congéstion et sclerose*. Przypuszczam, że przerost i drobnotorbielkowe zwyrodnienie jajników odgrywa tu ważniejszą rolę, że z nich wychodzi bodziec nerwowej, czy chemicznej przyrody, powodujący gwałtowny nawał krwi.

Najlepszy znawca tego nowego typu chorobowego, Richelot, w ustępie o objawach tego cierpienia zwraca uwagę na to, że nawały krwi, przychodzące od czasu do czasu, są dla tej choroby charakterystyczne: „...najczęściej“, pisze on, „zjawiają się te nawały (*des poussées congestives*) w okresie miesiączki; ale przychodzą też i w międzyczasie, czasem niespodzianie i w terminie dowolnym, czasem z prawdziwą peryodycznością w środku okresu międzymiesiączkowego“. Richelot ma tu naturalnie na myśli napady bolu międzymiesiączkowego, które zresztą w dalszym ciągu tego ustępu doskonale opisuje. Dodaje w końcu, że okresowe nawały krwi są dla tego cierpienia wprost charakterystyczne.

Chodziłoby teraz o wytłómaczenie, dlaczego te nawały krwi zjawiają się stale co miesiąc, mniej więcej dwa tygodnie przed miesiączką i dlaczego wywołują bole i inne objawy. Otóż tu skazani jesteśmy na hipotezy. Najprawdopodobniejszą jest ta, że z jajników chorobowo zmienionych i to zmienionych w pewien charakterystyczny dla sklerozy macicznej sposób, wychodzą bodźce, wywołujące silniejszy niż zwykle skutek. Jest to tem prawdopodobniejsze, że w przebiegu chorobowego przerostu macicy mamy wedle Richelota prawie stale do czynienia z kongestyą, która w pewnych chwilach wzmaga się do wyżyn wprost patologicznych. Nawał międzymiesiączkowy zdaje się odpowiadać początkowi nowego okresu peryodycznego, czyli początkowi nowego przerostu błony śluzowej macicy. W każdym razie jest to zmiana naczynioruchowa, mająca swoje źródło w czynności jajnika, jak właśnie twierdzi Bouilly, ale dodać muszę, jajnika chorobowo zmienionego. Nawał ten rozgrywa się też w zmienionych chorobowo częściach płciowych. Punktualność, z jaką ten stan występuje, dowodzi, zdaniem mojem, że zostaje on w związku z procesem owulacyjnym, z czego jednak bynajmniej nie wynika, żeby odpowiadał czasowi wyjścia jajka z jajnika.

Skąd pochodzi ból? Bezpośrednie spostrzeżenia pouczyły mnie, że ból międzymiesiączkowy ma wszelkie cechy nerwobolu (*nevralgie pelvienne*) Nerwoból miedniczy, następujący u osób z zupełnie zdrowemi częściami płciowemi, nie jest zdarzeniem zbyt rzadkiem. Widziałem napady tego nerwobólu u osób cierpiących na nerwobole w innych miejscach ciała, zwłaszcza u osób ze skazą moczanową; u jednej z chorych moich przedstawiał się bardzo groźnie, zupełnie jak ostre zadrażnienie otrzewnej w miednicy. Po upływie 24 godzin można było chorą tę dokładnie badać i wykazać zupełnie prawidłowy stan części płciowych. Otóż ból międzymiesiączkowy swojem umiejscowieniem, charakterem, ostrym początkiem i nagłym spadkiem, zachowaniem się wreszcie chorych podczas napadu, przypomina mi żywo napady takiego nerwobólu. Częstsze występowanie tego bólu po stronie lewej, przemawia też za jego przyrodą newralgiczną, gdyż, jak doświadczenie poucza, lewa strona miednicy jest znacznie częściej siedzibą nerwobólu, niż prawa. Zbierając to, cośmy dotąd powiedzieli, musimy wyrazić przypuszczenie, że gwałtowny nawał krwi, spowodowany zboczoną czynnością chorobowo zmienionych jajników, wywołuje napad nerwobólu. Ten sam nawał krwi (dający się zresztą, jak wyżej wspomniałem, podczas napadu wprost wybadać) powoduje odpływ z macicy, zapewne za pośrednictwem wzmożonej czynności jej gruczołów. Czasami odpływ ten bywa krwawy. Tłómaczenie to wystarcza dla wyjaśnienia wszelkich typów obchodzącego nas cierpienia. I tak zdarza się, że nerwoból występuje jako jedyny objaw nawału, odpływów zaś macicznych nie ma wcale; w innych przypadkach nerwobolowi towarzyszy odpływ, w innych wreszcie nawał powoduje odpływ krwawy, nie wywołuje jednak nerwobolu.

Już po napisaniu tego artykułu dostałem do rąk pracę van de Veldego. Autor ten podaje wynik długich swoich spostrzeżeń nad falistością czynności płciowych kobiecych i innych funkcyi ustroju. Rozróżnia on rozmaite typy linii falistej, którą otrzymuje z pomiarów ciepłoty porannej u rozmaitych kobiet. Linia ta ma uwidaczniać natężenie różnych czynności fizyologicznych danego osobnika, między innemi i ciśnienia w naczyniach krwionośnych. Otóż są zdaniem autora osoby, u których linia falista okazuje wielkie różnice między swojem „maximum" a „minimum". Dno fali jest wówczas głębokie, szczyt zaś wysoki. U tych to osób właśnie w czasie, kiedy linia schodzi na dno fali, w czasie więc najmniejszego natężenia czynności fizyologicznych, w czasie najniższego stanu ciepłoty porannej, w czasie najniższego ciśnienia krwi w naczyniach, występuje napad bólu międzymiesiączkowego. Porażenie niezupełne naczyń powoduje wówczas bierny nawał krwi (*passive Congestion*), który wśród napadu da się wybadać. Powodem bolu jest zdaniem autora „rozciąganie pokrywy otrzewnowej, napięcie więzów, ucisk na sąsiedztwo... i t. d."

Autor spostrzegał trzy przypadki bolów międzymiesiączkowych i twierdzi, że wewszystkich były objawy lekkich przewlekłych zapaleń w częściach płciowych. Z opisu, który tu dosłownie przytaczam, nie można nabrać przekonania, że były to rzeczywiście objawy zapalenia. Van de Velde pisze: „Dające się joszcze wybadać zboczenia od stanu prawidłowego polegały na: niewielkiem powiększeniu macicy i jajników; przy obmacywaniu tkliwość jest nieco większa, niż prawidłowa. Macica jest twardsza, niż być musi. Kąt między trzonem a szyją jest za wielki, obie części leżą prawie w linii prostej i wzajemnie względem siebie mało są poruszalne. Dno macicy leży bardzo silnie ku przodowi, część pochwowa zwrócona więcej, niż zwykle, ku tyłowi. Cała macica jest należycie poruszalna; za gwałtowne próby poruszania sprawiają jednak ból".

Czy w opisie tym jest niewątpliwy dowód, że chore te przebyły zapalenie w częściach płciowych wewnętrznych? Autor nie wybadał żadnych zrostów, żadnych zmian w jajowodach, przeciwnie podnosi, że macica jest należycie poruszalną. Cały opis przemawia raczej za tem, że u chorych tych istniała Richelotowska skleroza macicy i jajników.

Zapatrywanie swoje, mianowicie twierdzenie, że istnieje związek przyczynowy między głębokością dna linii falistej, a napadem bolu, popiera autor wynikami leczniczymi. Podawał on przetwory jajnikowe, które korzystnie wpływały na napady bolów międzymiesiączkowych.

Ciekawe i nowe spostrzeżenia Van de Veldego stoją w zupełnej zgodzie z moimi zapatrywaniami; jeżeli falistość czynności fizyologicznych ustroju kobiecego jest bez wątpienia następstwem czynności jajnika, to zboczenia w tych narządach powodować mogą, jeśli nie muszą, nieprawidłowości w tej falistości. Osoby, które badał Van de Velde, miały linię falistą uderzająco głęboką, miały przytem nieprawidłowe jajniki zupełnie tak samo, jak moje chore. Należy przypuszczać, że ta właśnie nieprawidłowość jajnika była powodem głobokości fali, a w dalszem następstwie biernego nawału krwi w częściach płciowych.

Uwagi Van de Veldego, dotyczące leczenia, są bardzo ciekawe i zachęcają do dalszych w tym kierunku badań.

Przechodzę do leczenia. Proponowano i stosowano rozmaite leki: tojad (*aconitum*), brom, antypirynę podskórnie, ergotynę, tyreoidynę, hamamelis, piramidon i t. d., i t. d. przeważnie bez wyraźnego skutku. Olshausen podnosi skuteczność piramidonu i antypiryny, a więc leków, działających wogóle przeciw nerwobolom. Van de Velde podawał, jak wyżej podniosłem, z dobrym skutkiem przetwory jajnika.

Stosowano nadto sposoby wodolecznicze. Uporczywość cierpienia zmusiła wielu lekarza do wstąpienia na drogę operacyjną. Prócz skrobania, wykonywano nakłucie pęcherzyków jajnikowych (Martin) wycięcie jajników, ba nawet wycięcie macicy z jajnikami. Że te dwa ostatnie sposoby musiały prowadzić do celu, jest naturalnem; nasuwa się jednak wątpliwość, czy operatorzy nie zaszli tu zbyt daleko w radykalizmie.

Lecząc jedną z swoich chorych, 7 lat temu, zastosowałem kolumnizacyę pochwy sposobem Auvarda. Użyłem tego sposobu po naradzie z radcą dworu prof. Jordanem dlatego, ponieważ powiększenie jajników i ich bolesność przemawiały za przewlekłą sprawą zapalną. Chora ta miała od szeregu lat napady bolów międzymiesiączkowych. Wśród leczenia sposobem Auvarda napad wcale się nie zjawił, natomiast w miesiąc później, kiedy chora nie miała tamponów Auvardowskich, ból międzymiesiączkowy pojawił się na nowo. Spostrzeżenie to skłoniło mnie do zwrócenia uwagi na wpływ mocnej i szczelnej tamponady pochwy na napady bolów międzymiesiączkowych, przyczem i u innych trzech chorych zauważyłem ten sam korzystny wpływ leczenia.

U jednej z chorych stosowałem kolumnizacyę przez kilka miesięcy z kolei z doskonałym skutkiem, który trwał jeszcze kilka miesięcy po skończeniu leczenia. U innej zaczynałem zakładać tampony 2—3 dni przed spodziewanym napadem i stosowałem to leczenie tylko przez tydzień. Wśród tego leczenia napady bolów nie zjawiały się wcale, lub tylko w postaci bardzo słabych dolegliwości. Tylko jedna chora twierdziła, że leczenie nie zmniejsza jej bólu.

Jak wytłómaczyć działanie kolumnizacyi? Należy przypuszczać, że odgrywa tu rolę albo ucisk na naczynia żylne w przymaciczu w podobny sposób, jak działa ucisk na żylaki kończyn, albo, że mamy tu do czynienia z uciskiem na nerwy. Nie śmiem zresztą rozstrzygać, w jaki sposób działanie to się odbywa; w każdym razie jednak w kolumnizacyi posiadamy dzielny środek, usuwający napady bolów międzymiesiączkowych.

Przy najbliższej sposobności zastosuję opisane przez Pincusa leczenie (*Belastungstherapie*) na *„planum inclinatum"*.

Piśmiennictwo. 1) Addinsel: Intermenstrual pain (Trans. of the Obst. soc. of London 1898, ref. Frommel Jahresb. XII, pag. 237. — 2) Auvard: Ueber Scheidentamponade (Centr. f. Gyn. 1898, Nr. 12 str. 303). — 3) Baldy: An American Textbook of Gynaecology 1894, str. 110 i 115). — 4) Ballantyne; Dyskusya nad odczytem Crooma (patrz Croom). — 5) Blaud-Sutton: Dyskusya nad odczytem Addinsella (Centrlbl. f. Gyn. 1898, Nr. 19, str. 516). — 6) Bouilly: Des poussées congestives intermenstruelles (Revue de gynéc. et de chir. abdom. Juillet 1897, Nr. 4, ref. Centr. f. Gyn. 1897, Nr. 46, str. 1372). — 7) Brioude: De la sclérose de l'utérus (Gynécologie I, 1896, str. 236). — 8) Brodier: Des douleurs intermenstruelles périodiques (Congrès intern. de gyn. Amsterdam ref. From. Jahrb. XIII, str. 160). — 9) Bulius: Der Eierstock bei Fibromyoma uteri (Zeitschr. f. Geb. u.

Gyn. XXIII, 1892, str. 358). — 10) Bylicki: Nauka o chorobach kobiecych. Kraków 1904. — 11) Groom J. H.: The intermenstrual pain (Edinb. med. Journ. 1895, February). — 12) Doléris et Picherin: Valeur séméiologique de la douleur (Gynécol. 1896, I, str. 289). — 13) Drennan: Intermenstrual pain (Medical News. str. 68). — 14) Fassina: Des douleurs intermenstruelles. (Thèse Paris 1899). — 15) Gebhard w podręczniku Veita: Die Menstruation, t. III, A, str. 105). — 16) Giles: Dyskusya (Addinsell) (Centr. f. Gyn. 1898, Nr. 19, str. 516). — 17) Hegar et Kaltenbach: Operative Gynaekologie. IV Aufl., 1897, str. 7. — 18) Heitzmann: Compendium der Gynaekol Wien 1891, str. 37 i 231. — 19) Hermann: Dyskusya (Addinsell). (Centr. f. Gyn. 1898. Nr. 19, str. 516). — 20) Kossmann. Allgemeine Gynaekologie. Berlin 1903, str. 311, 363, 405. — 21) Küstner: Kurzes Lehrbuch der Gynaekologie. Jena 1901, str. 144. — 22) Lisfranc: Maladies de l'utérus. Paris 1836, str. 296. — 23) Marsh: Intermenstrual phenomens. (Amer. Journ. of. Obst. 1897 July, ref. From. Jahrb. XI, str. 464). — 24) Martin M.: Pathol. u. Ther. der Frauenkrankh. 1885, str. 32. — 25) Martin A.: Krankheiten der Eierstöcke und Nebeneierst. Leipzig 1899, str. 273. — 26) Murdoch Cameron: The scot. med. and surg. Journ. oct. 1904, ref. Gynécologie 1904 Decembre. — 27) Olshausen: Ueber Amenorrhoe und Dysmenorrhoe (Zeitsch. f. Geb. und Gyn. LI, I, str. 245). — 28) Palmer: Periodical intermenstrual pain. (Am. Journ. of. Obst. XXV, str. 328, ref. From. Jahrb. VI. 1892, str. 840). — 29) Pfannenstiel: podręcznik Veita, str. 285. — 30) Pincus: Belastungslagerung, Wiesbaden 1905. — 31) Pozzi Traité de gynécologie ct. 1892, str. 600. — 32) Priestley: Brit. med. Journ. 1871. — 33) Rheinstädter: Praktische Grundzüge der Gynaekologie, Berlin 1892, str. 200. — 34) Richelot: Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve, Paris 1902, str. 110. — 35) Schröder: Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorg. VII Aufl. Leipzig 1886, str. 121, 339, 315. — 36) Siredey A.: La congestion utérine (Gynécologie 1900, V, str. 1). — 37) Storer Malcolm: Intermenstrual dysmenorrhoea (The brit. med. and surg. Journ. 1900, April 17, ref. From. Jahrb. XIV 1901. Sprawozdanie roczne Frommela mylnie wskazuje czasopismo, które nie istnieje). — 38) Strassmann: Dyskusya nad odczytem Olshausena (Zeit. f. Geb. u Gyn LI., 2, str. 386). — 39) Van de Velde: Ueber den Zusammenhang zwischen Ovarialfunction, Wellenbewegung und Menstrualblutung und über die Entstehung des sogen. Mittelschmerzes. Haarlem, Jena 1905. — 40) Watson A. M.: Report of a case of intermenstrual dysmenorhoea (Edinb. med. Journ. 1901 Oct., ref. From. Jahr. XV, str. 336). — 41) Whitelocke: A case of intermenstrual dysmenorrhoea, cured by successive oophorectomies (The brit. med. Journ. 1902 Oct., ref. From. Jahrb. XVI, str. 250).

IV. Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. Prof. Kadera.

O zachowaniu się morfologicznych składników krwi w przebiegu bezgnilnego gojenia się ran czystych.

Podał

Dr. Mieczysław Staszewski.

(Praca częściowo wygłoszona na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1902).

(Dokończenie).

Bliżej wglądnąwszy w zachowanie się białych ciałek krwi jednojądrzastych, przychodzimy do przekonania, że trudno jest wprawdzie oznaczyć je ściślej. Ze stanowiska jednak stosunku odsetkowego przed i po operacyi ich ilości bezwzględnych, znajdowanych w 1 mm.³, zachowanie się to da się sprowadzić do czterech następujących typów, z których każdy znajduje swoją ilustracyę w odpowiednich przypadkach.

Typ pierwszy bardzo rzadki (Tabl. I): po operacyi zwiększenie stosunku odsetkowego limfocytów do innych rodzajów białych ciałek i zwiększenie bezwzględnej ich ilości w porównaniu do ilości, znajdowanej przed operacyą.

Stosunek odsetkowy do ogólnej liczby ciałek białych 19% przed operacyą, ilość bezwzględna 1330; we 24 godzin po operacyi stosunek odsetkowy 28%, ilość bezwzględna 4604; w 48 godz. stosunek odsetkowy 21%, ilość bezw. 3570; po upływie 10 dni stosunek odsetkowy 19, ilość bezwzględna 1520.

Tablica I.

L. dz. 237/901/2. *L. A.* l. 21. *Hernia ing. obl. lib. sin.*

Data	Liczba ciałek biał.	Limfocyty duże %	Limfocyty duże liczba bezwz.	Limfocyty małe %	Limfocyty małe liczba bezwz.	Limfocyty przejściowe %	Limfocyty przejściowe liczba bezwz.	Neutrofile	Eozynofile %	Eozynofile liczba bezwz.
Przed operacyą:										
—	7.000	15	910	1	70	5	350	80	0	0
24/V. Herniotomia sposobem Bassiniego w znieczuleniu lędźwiowem (0,06 tropakokainy) — Krwawienie minimalne. Czas trwania 30 minut.										
Po operacyi:										
25/V	16,800	10	1680	2	236	16	2688	70	1	168
26/V	17,000	6	1020	0	0	15	2550	74	0	0
1/VI	8.200	Nie badano								
6/VI	8,000	13	1040	0	0	6	480	77	4	320

Typ drugi: Stosunek odsetkowy ciałek jednojądrzastych zmniejsza się; — bezwzględna ich ilość w 1 mm.³ zmniejsza się tak samo (Tabl. II).

Stosunek odsetkowy przed operacyą 42%; ilość bezwzględna 3164; w 4 godz. po operacyi stosunek odsetkowy 13%; — ilość bezwzględna 2040; we 24 godzin po operacyi stosunek odsetkowy 7%; — ilość bezwzględna 840; w 48 godzin po operacyi stosunek odsetkowy 24%, ilość bezwzględna 3024.

Tablica II.

L. dz. 277/901/2. *B. F.*, l. 19. *Hernia ing. dext. libera.*

Data	Liczba ciałek biał.	Limfocyty duże %	Limfocyty duże liczba bezwz.	Limfocyty małe %	Limfocyty małe liczba bezwz	Limfocyty przejściowe %	Limfocyty przejściowe liczba bezwz.	Neutrofile	Eozynofile %	Eozynofile liczba bezwz
Przed operacyą:										
na czczo	9.200	29	2668	0	0	13	1196	56	2	184
27/VI. Operacya doszczętna sposobem Bassiniego w znieczuleniu lędźwiowem. — 0,06 tropakokainy.										
Po operacyi:										
w 4 g. po op.	18.200	9	1620	0	0	4	420	87	0	0
28/VI	12,000	6	720	0	0	1	120	91	0	0
29/VI	12,600	10	1260	0	0	14	1764	71	2	252

W dalszym przebiegu po wyżej wskazanym powrocie do stanu prawidłowego ulegały ciałka białe jednojądrzaste różnym wahaniom, których przyczyny nie byłem w stanie sobie wyjaśnić.

Typ trzeci: Stosunek odsetkowy białych ciałek jednojądrzastych do ogólnej liczby wszystkich białych ciałek zmniejszał się po operacyi w znacznym stopniu.

Pomimoto ilość bezwzględna ich natomiast znacznie wzrastała.

Przykładem tego może być przypadek, umieszczony w Tabl. III. *Ulcus ventriculi sanguinans.*

Przed operacyą stosunek odsetkowy 21%; ilość bezwzględna 756; we 24 godz. po operacyi stosunek odsetkowy 7%; — ilość bezwzględna 1683; w 48 godz. stosunek odsetkowy 12%; — ilość bezwzględna 1344 i t. d.

Tablica III.

L. dz. 159. *K. H.* l. 20. *Ulcus ventriculi sanguinans.*

Data	Liczba ciałek biał.	Limfocyty duże %	Limfocyty duże liczba bezwz.	Limfocyty małe %	Limfocyty małe liczba bezwz.	Limfocyty przejściowe %	Limfocyty przejściowe liczba bezwz	Neutrofile	Eozynofile %	Eozynofile liczba bezwz.
Przed operacyą:										
10/V na czczo	3,600	10	360	2	72	9	324	77	1	36
10 V. W uśpieniu chloroformowem *Laparotomia, gastroenterostomia anter. et enteroanastomosis.* — Silne przekrwienie powłok brzusznych.										
Po operacyi:										
11/V	24,050	4	962	0	0	3	721	86	0	0
12/V	11,200	4	448	5	560	3	336	87	0	0
13/V	7.000	9	630	3	210	4	280	84	0	0

Tablica IV.

L. dz. 332. *G. A.*, l. 23 *Hernia ing. dext. obl.*

Data	Liczba ciałek biał.	Limfocyty duże %	Limfocyty duże liczba bezwz	Limfocyty małe %	Limfocyty małe liczba bezwz.	Limfocyty przejściowe %	Limfocyty przejściowe liczba bezwz.	Neutrofile	Eozynofile %	Eozynofile liczba bezwz.
Przed operacyą:										
14/V	8,600	20	1725	5	430	11	946	56	8	688
24/V. W uśpieniu chloroformowem operacya sposobem Bassiniego, uwolnienie sieci i pętli jelit ze zrostów, wycięcie sieci i zgrubiałej otrzewnej.										
Po operacyi:										
25/V	22.000	7	1840	0	0	7	1540	0	0	0
26/V	16,000	Przeważnie neutrofile.								
6/VI	8,000	25	2000	0	0	5	400	48	7	560

Typ czwarty: Stosunek odsetkowy po operacyi znacznie się obniża, ilości jednak bezwzględne pozostają niezmienione, jak to widzimy z Tabl. IV: *Hernia ing. dex.* Stosunek odsetkowy przed operacyą 36%; — ilość bezwzględna 3096. Po operacyi we 24 godzin stosunek odsetkowy 14; ilość bezwzględna 3080.

Różnorodność zmian, jakim podlegają białe ciałka jednojądrzaste, nie pozwala na razie wysnuwać żadnych wniosków o znaczeniu limfocytozy w przebiegu pooperacyjnego gojenia się ran. Niemniej jednak sądzę, że zestawienie dość obfitego i szczegółowo opracowanego materyału jest interesujące z punktu widzenia faktycznego i może mieć znaczenie w przyszłości, gdy jeszcze lepiej poznamy zachowanie się poszczególnych składników krwi pod wpływem zabiegów operacyjnych.

Nadmienić wreszcie muszę, że począwszy już od 3-go mniej więcej dnia po operacyi, t. j. w chwili ustępowania fizyologicznej leukocytozy pooperacyjnej, napotykałem tak zw. „Elementarkörperchen“, jako wyraz rozpadania się ciałek białych.

Od tej chwili przez kilka dni następnych nierzadko napotykałem w protoplazmie ciałek białych twory ciemno zabarwione, podobne do ziarnistości ciałek białych, jednak za duże na nie i za ciemne. Może to są rozpadłe ciałka białe, pochłonięte przez dobrze utrzymane leukocyty?

Z chwilą powikłania przebiegu aseptycznego zakażeniem rany, lub inną jaką sprawą chorobową, występował we krwi obraz odmienny. Będę o nim mówił w następnej pracy mojej; tu nadmieniam tylko, że z wyników badań moich wyłania się przedewszytkiem fakt, że krew jest czynnikiem bardzo wrażliwym na zabiegi chirurgiczne, przedewszystkiem ciałka białe ulegają różnorodnym zmianom. O wnioskach, do jakich zmiany te nas upoważniają, będę mówił we wzmiankowanej drugiej mojej pracy, w której zajmuję się sprawą zachowania się krwi w przebiegu gojenia się ran zakażonych. Wyniki pracy mojej niniejszej dają się streścić w następujących twierdzeniach:

1. W przebiegu gojenia się ran pooperacyjnych aseptycznych w ciągu pierwszych 8 dni występują we krwi zmiany morfologiczne.

2. Zmiany te są stałe i tak typowe i charakterystyczne, że wszelkie zboczenia od tego typu są wyrazem zmian chorobowych bądź w ranie samej, bądź też poza jej granicami.

3. Zabieg operacyjny jako taki, z wyjątkiem operacyi bardzo krwawych, nie wpływa niekorzystnie na liczbę ciałek czerwonych i hemoglobiny; operacye, połączone prawie z żadną lub bardzo małą utratą krwi, wywołują w parę dni potem powiększenie liczby ciałek czerwonych krwi i hemoglobiny, utrzymujące się przez 2—3 doby.

4. Operacye, połączone z obfitem krwawieniem, wywołują już we 2—3 godzin po operacyi zmniejszenie się ciałek czerwonych i hemoglobiny, utrzymujące się w ciągu 2—3 dni, rzadko dłużej, poczem powrót — do normy.

5. Zabieg operacyjny wszelkiego rodzaju, chociażby najmniejszy, wywołuje zawsze leukocytozę, zwykle nieznaczną, utrzymującą się przy aseptycznych zabiegach i aseptycznem gojeniem się rany nie dłużej nad dwa, najdłużej trzy dni.

6. Najwyższa leukocytoza występuje w przypadkach przebiegających aseptycznie w 24, najdalej w 48 godzin po operacyi.

7. Leukocytoza aseptycznych ran jest:

a) u osobników w wieku młodym większą, niż u osobników starszych;

b) wzmaga się w stosunku prostym do ilości utraconej przy operacyi krwi.

8. Leukocytoza aseptycznych ran jest następstwem mechanicznego urazu tkanek.

9. Leukocytoza aseptycznych ran jest leukocytozą neutrofilną; limfocyty zachowują się w stosunku odwrotnym, niż neutrofile, a ciałka eozynochłonne prawie zupełnie znikają.

10. Chloroform zmniejsza zawartość hemoglobiny w ciałkach czerwonych krwi.

11. Chloroform nie wywołuje leukocytozy.

12. Tropakokaina zachowuje się w stosunku do ciałek czerwonych krwi obojętnie.

13. Tropakokaina wstrzyknięta do kanału lędźwiowego wywołuje leukocytozę o typie leukocytozy fizyologicznej.

14. Woda przekroplona i wyjałowiona, wstrzyknięta do kanału lędźwiowego, wywołuje hipoleukocytozę, która utrzymuje się tylko przez kilka godzin.

Piśmiennictwo. 1) Antokonenko G. L.: Sur les alterations anatom. du sang et de la moelle des os longs sous l'influence des fortes saignées. (Arch. des sciences biolog. publ. par. l'Inst. imp. de Med. exper. à St. Petersbourg II 4, pag. 517, 1893). — 2) Arneth: I. Die Neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infectionskrankheiten. Jena 1904. — 3) II. Zum Verhalten der neutrophilen Leukocyten bei Infektionskrankheiten. (Münch. med. Wochschr. 1904, Nr. 27). — 4) III. Diagonale Leukocytose (Münch. med. Wochenschrift 1904, Nr. 25.) — 5) IV. Die Leukocytose in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt und die Leukocytose der Neugeborenen (Archiv für Gynäkol. Bd. 74, Heft I, 1904). — 6) V. Die „kachektische" Leukocytose; das Verhalten der neutrophilen Leukocyten beim Carcinom. (Zeitschrift für klinis h. Med., Band 54, Heft 3—4, 1904). — 7) S. Bettmann: Die praktische Bedeutung der eosinophilen Zellen (Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. Neue Folge Nr. 226, Leipzig 1900). — 8) Bierfreund: Über den Haemoglobingehalt bei chirurgischen Erkrankungen mit besonderer Rücksicht auf den Wiederersatz von Blutverlusten (Archiv f. klin. Chirurgie, B. 41, 1891). — 9) Biernacki: Haematologische Diagnostik in der prakt. Medicin. (Sammlung klin. Vorträge, Nr. 306). — 10) Birnbaum: Beiträge zur Frage der Entstehung u. Bedeutung der Leukocytose (Arch. f. Gyn., Bd. 74, H. I, 1904). — 11) Blassberg: O zachowaniu się ciałek białych we krwi przy ropieniach w ustroju (Przegląd lekarski, 1902, Nr. 34). — 12) Brandenburg: Über Alkalescenz und Alkalispannung des Blutes in Krankheiten (Deutsch. med. Wochenschrift, 1902, Nr. 5). — 13) Carstanjen M.: Wie verhalten sich die procentischen Verhältnisse der verschiedenen Formen beim Menschen unter normalen Verhältnissen (Jahrb. f. Kinderheilk., 3 Folge II, 2, 3, 4). — 14) Cruveilhier et Paget: Lectures on surgical pathol. London 1870). — 15) Curschmann: Das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei Appendicitis (Münch. med. Woch.. 1901, Nr. 48 i 49). — 16) Czernecki W.: Kilka uwag w sprawie klinicznego badania krwi (Przegl. lek., 1905, Nr. 14). — 17) Donati: Il sangue negli individui affetti da tumori maligni (Giorn. della R. accad. di med. di Torino, 1901, Nr. 6. Cytat w Centralbl. f. Chirurgie, 1901, Nr. 42). — 18) Dützmann: Das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei eitrigen Prozessen im Genitalapparat der Frau — ein diagn. Hilfsmittel in der Gynäkologie (Centralbl. f. Gynäk., 1902, Nr. 14). — 19) Ehrlich: Farbenanalyt. Unters. zu Histologie u. Klinik d. Blutes, Berlin 1891. — 20) Ehrlich und Lazarus: Die Anämie 1898 (Nothnagels Sammelwerk, S. 99). — 21) Erb W.: Zur Entwickelungsgeschichte der roten Blutkörperchen (Virch. Arch. Bd 34, 1865, S. 138). — 22) Feldbausch F.: Über das Vorkommen von eosinophilen Leukocyten in Tumoren (Virch. Arch. CLXII, 1 p. 1, 1900). — 23) Grawitz E.: Methodik der klin. Blutuntersuchungen. Berlin 1899) — 24) Grawitz E.: I. Klinische Pathologie des Blutes. Berlin 1896. — 25) II. Die klinische Bedeutung u. experiment, Erzeugung kövniger Degenerationen in den roten Blutkörperchen (Berl. klin. Wochenschr., 1900, Nr. 9). — 26) Grube: Zur Lehre von der Chloroform-Narkose (Arch. für klin. Chir., 56, 1898). — 27) Über den Haemoglobingehalt des Blutes bei Magenkrebs (Münch. med. Woch., 1888, Nr. 22). — 28) Hayem: Du sang. Paris 1889. — 29) Hesse: Przyczynek do nauki o ziarenkach (granula) w komórkach szpiku kostnego ew. w biał. ciał. krwi (Virchow's Arch., t. 167, r. 2. Cytat w Nowinach lek., r. XIV, zesz. 5). — 30) v. Jaksch: Über die Alkalescenz des Blutes bei Krankheiten (Zeitsch. f. klin. med., Bd. 13, 1888, s. 350). — 31) Joseph: Die Morphologie des Blutes bei acuten u. chron. Osteomyelitis (Beiträge zur klin. Chirurgie, 1902, Mai). — 32) Julliard: Über den klinischen Werth der Leukocytenkurve bei einigen entzündlichen Erkrankungen (Schweizerische Monatsschrift f. Med. u. Chirurgie, Nr. IV, 1903. Nr. V, 1904). — 33) Köppe: Blutbefunde nach Aderlass nach Versuchen an Kaninchen (Münch. med. Woch., XLII, 39, 1895). — 34) Küttner: Diagnostische Untersuchungen bei chirurg. Eiterung (Centralbl. f. Chir. 1902, Nr. 26). — 35) Laubenburg: Über Wesen u. Bedeutung der veränderten Blutbeschaffenheit bei eitrigen Processen im Genitalapparat der Frau (Centr. f Gyn., 1902, Nr. 22) — 36) v. Limbeck: Grundriss einer klin. Pathologie des Blutes, 2 Aufl., 1896). — 37) Litten: Zur Pathologie des Blutes (Berl. klin. Woch., 1883). — 38) Lücke: Das Carcinom. Erlangen. 1867 (Beiträge zur Geschwulstlehre Virchow's Arch. I, 35). — 39) Mayer: Die Fehlerquellen der Hämatometeruntersuchung (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 57, S. 166). — 40) Minkowski: Über Leukämie und Leukocytose (Klin. Therap. Wochenschr., 1899, Nr. 17). — 41) Mouisset et Talot: Hématologie du cancer de l'estomac (Revue de Méd., XXII, 10, 1902). — 42) Neumann E: Über Blutregeneration u. Blutbildung (Zeitschrift für klinische Medizin, Band III, 1881, S. 411). — 43) Oppenheim: Über die prakt. Bedeutung der Blutuntersuchung mittels der Blutkörperchenzähler und Hb-Meter (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1889, Nr. 42—44). — 44) Orłowski: Zasadowość krwi w stanach fizyolog. i patolog. ustroju (Przegl. lekar., 1902. Nr. 1 i 2). — 45) Radzikowski El.: O zachowaniu się krwi w niedokrewności urazowej „Anaemia traumatica". (Pamiętnik jubileuszowy, Kraków 1900). — 46) Reinbach G.: Ueber das Verhalten der Leukocyten bei malignen Tumoren (Arch. f. klin. Chir., 46, p. 486). — 47) Rencki R.: Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidowego krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej (Pamiętnik jubileuszowy, Kraków 1900) — 48) Rieder: Beiträge zur Kenntnis der Leukocytose etc. 1891. — 49) Rovighi: Der Einfluss der Körpertemperatur auf die Leukocytose (Centr., f Chir., 1894). — 50) Schnitzler: f. (Wien): Über die Verwerthung der mikroskop. Blutuntersuchung zur Diagnostik und Indikationsstellung bei intraabdominalen Eiterungen (Wien. klin. Rundschau. 1902, Nr. 10). — 51) Seydel: Über praktische Verwerthung der Leukocytose (Münch. med. Woch., 1896, Nr. 38). — 52) Sprengel: Die Bedeutung der Leukocytose für die Indikationsstellung bei acuter appendicitis (Münch med. Woch., 1904, Nr. 37). — 53) Velpeau: Union medicale, 1824, tom 3, 1827, tom 2. — 54) Wassermann: Über das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei einigen chirurg. Erkrankungen insbesondere bei appendicitis (Münch. med. Woch 1902, Nr. 17, n. 18). — 55) White: Observations of blood changes following celiotomy (Uniwersity med. mag., 1900, p. 260. Cytat w Centrbl. für. Chir., 1901, Nr. 8). — 56) Willebrand E. M.: Zur Kenntniss der Blutveränderungen nach Aderlässen, 1899. — 57) Vorwinckel: Über das Vorkommen von eosinophilen Zellen und Myelocyten im menschlichen Blute bei Erkrankungen der inneren weiblichen Geschlechtsorgane (Monats. f. Geburts. u. Gynäk., April 1898). — 58) Traina R.: Über das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei den Cachexia thyreopriva. (Centralbl. f allgem. Pathol. und pathol. Anat, XII, 7, p. 289, 1901). — 59) Tuffier M.: L'hemodiagnostic de l'appendicite (La semaine medicale, 1901. Nr. 27). — 60) Zenoni: Über das Auftreten kernhaltiger rother Blutkörperchen im cirkulirenden Blute (Virch. Arch., 139, I, 1896).

V. Oceny i sprawozdania.

Czy można opatentować sposób leczenia? według pracy dr. R. Freunda (*Münch. mediz. Wochenschrift*, 1905, Nr 25).

Jeśli odpowiedź na powyższe pytanie wypadnie: „nie", jak dotąd wynikało zawsze z rozmowy, prowadzonej na ten

temat czy to z kolegami zawodowymi, czy prawnikami, to w takim razie są lekarze uprawnieni stosować każdy sposób leczenia, który na pewno przynosi ulgę, pomoc lub korzyść choremu, albo po którem się przynajmniej tego spodziewają. Tak przynajmniej bywało dotychczas. Nakłucie mógł wykonywać każdy, kto miał trójgraniec, bez względu na to, czy narzędzie to było patentowane, czy też nie. Tak samo też każdy chirurg mógł dokonywać operacyi, poleconej przez drugiego chirurga, chociażby nie posiadał narzędzi, przez autora operacyi podanych; ale wolno mu zawsze było naśladować sposób operowania wszelkiemi innemi narzędziami, które mu się wydały wystarczającemi bez względu na to, jak temi innemi narzędziami operacya dawała się wykonać. Żaden chirurg dotąd nie pomyślał o tem, żeby żądać opatentowania swojego sposobu operowania.

Zdarzało się często, że autorowie wymyślali dla dokonywania jakichś zabiegów, szczególnie fizykalnych, bardzo kosztowne narzędzia, — a jeszcze częściej, że w użyciu powszechnem zamiast tych, zwykle drogich, narzędzi bywały tanie naśladowictwa. Jedne i drugie opierały się na tej samej zasadzie leczenia, — a nie zdarzyła się dotąd jeszcze skarga sądowa o przekroczenie przywileju patentowego w takim przypadku. Tak samo nie było dotąd sporu z powodu stosowania przeróżnych elektromagnetycznych narzędzi, różniących się w swej budowie, ale jednakich w zasadzie pod względem leczenia. Przyrządy te polecają fabryki i reklamują bardzo głośno i szeroko i na pewno postarałyby się o ich opatentowanie, gdyby to było możliwe. Sprawa jednak dotychczas przedstawiała się zawsze w ten sposób: można było patentować konstrukcyę przyrządu, nigdy jednak sposobu leczenia, dokonywanego danym przyrządem.

Tymczasem od mniej więcej lat czterech przyjmuje się coraz bardziej sposób leczenia, który wedle zdania wynalazcy jest opatentowany, — może być zatem stosowany tylko przez tego, który nabył z jego przyrządem i prawo stosowania sposobu. Autor ma na myśli t. zw. kąpiel czterokomorową (*Vierzellenbad*) dr C. E. Schnee'a z Karlsbadu. Wedle dosłownego brzmienia przywileju patentowego z 19 lipca 1896 Nr. 104.273 jest istotnie opatentowanym i sposób leczenia, gdyż orzeczenie to postanawia, że pod przywilej patentu podpada „zabieg, zmierzający do leczenia ludzkiego ciała prądem stałym lub przerywanym, tem się odznaczający, że prąd dostaje się do ciała przez pojedyncze członki, które się zanurza do kilku (4) oddzielnych kąpieli, mieszczących się w nieprzewodzących zbiornikach i to tak, że prąd przebiega przez członki i tułów w dokładnie oznaczonym kierunku i opuszcza ciało przez jeden lub kilka członków ciała".

Sposób leczenia, podany przez Schnee'a, znalazł powszechne uznanie; nowym jest tylko pomysł czysto technicznej przyrody: krzesło, stanowiące jedną całość, wygodnie przenośne, bo sama myśl zanurzania kończyn ciała do naczyń, przez które płynie prąd, aby tą drogą prąd wprowadzać do ustroju, jest nie nowa: przeciwnie dawno już stosowana, zanim jeszcze Schnee wymyślił swój *Vierzellenbad*. Dr Freund, spotkawszy się z dr. Schnee przed 2 laty, powiedział mu to, a na to dr. Schnee zastrzegł się, że autor nie ma prawa stosowania tego sposobu leczenia, bo on wyraźnie objęty jest jego patentem.

Że metoda powyższa była już dawniej w użyciu, dowodzi tego pierwszy lepszy obszerniejszy podręcznik dla elektroterapii. Stosować ten sposób leczenia może również każdy lekarz chorób nerwowych, jeśli ma jako tako wyposażone instrumentaryum, przy pomocy zwykłych 4 wanienek, nie musi więc koniecznie kupować wprawdzie bardzo praktyczne, ale za to wcale drogie i, o ile chodzi o wyniki leczenia, zupełnie obojętne krzesło dr. Schnee'a. Wobec tego należałoby załatwić zasadniczo pytanie, czy patent odnosi się także do sposobu leczenia, czy też nie. Jeżeli patent obejmuje także i sposób leczenia, to podlegać może karze każdy lekarz, który w jakikolwiek sposób przewodzi prąd przez ciało przy pomocy miejscowo stosowanych kąpieli bez względu na to, czy używa 2, 3 czy też 4 komór, gdyż stosując kąpiel czterokomorową, nie zawsze się używa wszystkich 4 komór.

Dalej budzi się następująca trudność: Lekarz, nabywający jakieś narzędzie, u którejś firmy, powinien się upewnić, że je może stosować, bo stosowanie tego narzędzia, czyli leczenie zapomocą tego narzędzia, może być opatentowane, a więc łatwo może popełnić karygodny czyn, lecząc kupionem narzędziem.

Dokąd to prowadzi, — jest jasną rzeczą: do coraz więcej szerzącego się monopolizowania pewnych metod, których prawo wykonywania nabywać będzie mógł tylko zamożny lekarz. W interesie zatem i lekarzy i społeczeństwa zastrzega się autor przeciw patentowaniu sposobów operacyjnych. Nie zna wprawdzie autor drugiego takiego patentu, jakim jest patent dr. Schnee, jednak skoro istnieje taki precedens, łatwo zdarzyć się może, że inni zechcą pójść w jego ślady. *Stahr.*

VI. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Doc. Strassburger. **Parcie krwi, napięcie naczyń i praca serca w kąpielach różnej ciepłoty.** (*Deut. Archiv f. klin. Med.*, T. 82, Zesz. 5 i 6). W naukowej hidroterapii panuje jeszcze wiele sprzecznych poglądów co do sposobu i dróg, jakiemi zabiegi wodolecznicze działają na ustrój. Można śmiało powiedzieć, że postępowaniem lekarza-praktyka kieruje i dzisiaj w wielu razach raczej własne, czy też przez innych zdobyte doświadczenie, utarte zwyczaje — wyradzające się niestety czasem w ślepy szablon, — aniżeli podstawy ściśle naukowe. Praca St. zasługuje przeto na uznanie, stanowi ona bowiem ważny przyczynek do racyonalnego, opartego na fizyologicznych danych wodolecznictwa. Z doświadczeń jego, robionych w klinice lekarskiej w Bonn, podnieść się dadzą pokrótce następujące najważniejsze ustępy: W czasie kąpieli mierzone parcie krwi i następnie przedstawione graficznie w postaci krzywej okazuje trzy okresy: początkowego wzrostu, następnego spadku i w końcu znowu wzrostu. Nie zawsze jednak wszystkie fazy wyraźnie się przedstawiają; najczęściej zauważyć mozna środkowy spadek; po kąpieli parcie krwi opada zawsze. Im kąpiel zimniejsza, tem parcie krwi do większej wznosi się wysokości zaraz z samego początku; im gorętsza, tem wybitniej zaznacza się końcowa faza wzmożenia na całej krzywiźnie parcia. Przy kąpielach gorących (ponad 40° C.) parcie krwi utrzymuje się stale podczas całej kąpieli ponad pierwotnym poziomem. Punkt obojętny dla parcia krwi leży mniej więcej przy 32—35°, dla tętna zaś 34—36°; niższa od powyższej ciepłota zwalnia tętno, wyższa je przyśpiesza. Praca serca wzmaga się przy kąpielach ponad 40° bardzo gwałtownie, w granicach zaś między 40—35—34° tylko nieznacznie; przy kąpielach zimnych (poniżej punktu obojętnego) praca serca z reguły się zmniejsza. Przy kąpielach CO_2 tętno zwłaszcza po kąpieli zwalnia się wybitniej, aniżeli przy zwykłych kąpielach tej samej ciepłoty. *Wilczyński.*

Prof. Fürbringer. **Rokowanie i leczenie białkomoczu.** (*Deutsche med. Wochen.*, 1905, Nr. 20). Białkomocz okresowy może być wyrazem poronnej, zlokalizowanej sprawy zapalnej, toczącej się w nerce, w największej liczbie przypadków ma on jednak za tło wady ogólne (ustrojowe) i rozwojowe, niedokrwistość lub słabe serce. O ile ta ostatnia postać nieprzekracza lat rozwoju płciowego, daje całkiem dobre rokowanie. Leczenie jest następujące: obok ciepłej odzieży i ciepłego klimatu, głównym czynnikiem leczniczym jest ruch mięśniowy na wolnem powietrzu, przyśpieszający krążenie w żyle głównej dolnej (*vena cava inferior*), wzmacniający serce i przeciwdziałający niedokrwistości. Jazda na kole, a zwłaszcza konno, ze względu na połączone z nią wstrząśnienia są przeciwwskazane. Choć zimno może wywoływać białkomocz, to jednak zimno, podniecające serce, kąpiele są wskazane w białkomoczu okresowym. Zawsze jednak powinny wywoływać dobre oddziaływanie, t. j. następowe rozgrzanie powierzchni ciała. Ciepło kąpiele źle działają na serce. Letnie natomiast dobrze działają na krążenie w nerkach i podniecają łaknienie. W dyecie należy unikać pożywek drażniących i alkoholu, ale nienależy lękać się mięsa lub jaj. O wynikach uciskania nóg elastycznemi opaskami, które mają przyspieszać krążenie w nerkach (białkomocz występuje po dłuższem staniu), autor niema osobistego doświadczenia. Miesienie, o ile się oszczędza nerki,

może być wskazane ze względu na poprawę krążenia. Z leków żelazo i przetwory skrzepiające, ale nigdy naparstnica.

Druga forma przedstawia tak zwany białkomocz fizyologiczny. Podstawą jego nadmierna przepuszczalność ścian kłębków Malpighiego, a czynnikiem wywołującym znużenie mięśniowe i nienormalne nerwowe podniecenia. Nie jest to właściwie choroba, lecz nieprawidłowość, zwykle odporna na wszelkie leczenie; najlepiej działa systematyczny ruch. Przy trzeciej formie, t. j. białkomoczu zapalnym, a zwłaszcza zwyrodnieniu nerek skrobiowatem, już sama utrata białka (do 10 grm. dziennie) jest objawem niebezpiecznym. Należy temu wyniszczaniu ustroju przeciwdziałać obfitem doprowadzaniem białka: 60—100 grm. dziennie (t. j. $2^1/_4$ l. mleka, albo 400 grm. mięsa lub 11 jaj). Tę porcyę można podnieść czasami o $^1/_3$ nawet w miąższowem zapaleniu nerek. Autor jest za dyetą mieszaną. Zakazywanie mięsa czarnego niema podstawy. Większą racyę ma zakaz wyciągów mięsnych, mięsa wędzonego (z powodu obecności kreatyny), ale to tylko w podostrem zapaleniu miąższowem; w zapaleniu śródmiąższowem nerek niema powodu pozbawiać chorego tych pokarmów. Wyłącznemu używaniu mleka przeszkadzają często występujące: niestrawność, zaburzenia jelitowe, parcie na mocz i mniejsze działanie odżywcze mleka w porównaniu z mięsem w chorobie, gdzie tak dużo zależy na odżywianiu mięśnia sercowego. Jaja tylko surowe zwiększają białkomocz, nigdy gotowane. Z roślinnych pokarmów autor zaleca rośliny strączkowe, lepsze od wszystkich sztucznych aleuronatów. Należy naturalnie unikać ze względu na grożącą mocznicę zbytniego odciągania wody. Z terapii fizykalnej wskazanym jest mierny ruch przy lżejszych postaciach śródmiąższowego zap. nerek. Innych kąpieli powinno się unikać. Inne zabiegi fizykalne mają te same wskazania, co w białkomoczu okrosowym. Środki farmaceutyczne są raczej szkodliwe — z wyjątkiem jodu i leków sercowych, które w danych przypadkach należy stosować. *Mostowski.*

Prof. Sahli. **O istocie krwawiączki.** (*Ztschft für klin. Med.*, 1905, T. 56, Zesz. 3 i 7). Ścisłe kliniczne badania czterech w ostatnim czasie spostrzeganych przez siebie przypadków krwawiączki doprowadziły Sahliego do następujących wyników i poglądów: Krew pod względem morfologicznym, prócz nieznacznego zmniejszenia liczby płytek Bizzozera i neutrofilów na korzyść limfocytów, nie ulega większym zmianom. Również i stopień oddziaływania zasadowego, punkt kryoskopowy, zawartość włóknika, zdają się nie odbiegać od normy. Krzepliwość krwi, — jeżeli się zwłaszcza uwzględni i bierze w rachubę zupełne ukończenie, a nie chwilę rozpoczynania się procesu krzepnięcia, — jest w okresie, gdy chorzy zupełnie nie krwawią, znacznie zwolnioną; objaw ten, mający prawie rozpoznawcze znaczenie, łatwiej jest stwierdzić na większej ilości krwi, pobranej do badania; dla uniknięcia jednak wszelkiej pomyłki należy zawsze w tych samych warunkach przeprowadzić kontrolę porównawczą z krwią prawidłową, a przy doświadczeniu uwzględnić i podać ciepłotę zewnętrzną i szerokość rurki włosowatej (w doświadczeniu Vierordta). W okresie, gdy chorzy broczą, krew wyciekająca z rany okazuje czasem nawet wzmożoną, przyspieszoną krzepliwość, a jeżeli mimo to wszelkie krwotoki trwają niezwykle długo i nie ulegają łatwo zatamowaniu, to przyczyna leży tutaj w nieprawidłowym stanie uszkodzonych ścian broczących naczyń, dostarczających w niedostatecznej ilości owych substancyi, jakie w prawidłowych warunkach współdziałają i przyczyniają się do wytworzenia zaczynu włóknikowego i powstawania skrzepu w naczyniach; substancyami temi są prawdopodobnie *thrombokinaza* lub substancya zymoplastyczna. Odmienny chemizm ścian naczyniowych w krwawiączce tłómaczy nam również i pojawianie się samoistnych krwotoków w tej chorobie; anormalne bowiem pod względem chemicznym naczynia są bezwątpienia i kruchsze i łatwiej przepuszczalne. Uwzględniając powyższe zapatrywanie się na istotę krwawiączki, jako choroby ogólnej ustrojowej, zwrócić się powinno leczenie w kierunku podniesienia ogólnego odżywienia; za tem też przemawia i codzienne doświadczenie, że krwawiączka znika zwykle w późniejszym wieku z chwilą skrzepienia całego ustroju. Przeciw samym krwotokom, — o ile są z zewnątrz dostępne, — zaleca S. ucisk i opatrunek żelatynowy, ewentualnie po poprzedniem miejscowem zadziałaniu adrenaliną. Wprost przeciwwskazane jest stosowanie adrenaliny podskórnie lub wewnętrznie; podawanie innych środków wewnętrznych, jak ergotyny, chlorku wapniowego, skutków nie odnosi; nieodpowiedniem jest również stosowanie miejscowe chlorku żelazowego; wątpliwą jest także rzeczą, czy stosowanie miejscowo na broczące miejsce chlorku wapniowego, substancyi zymoplastycznych, lub *thrombokinazy* okaże się praktycznem; w każdym razie powinnyby one dostać się zapomocą opatrunku uciskowego wprost do światła broczącego naczynia. *Wilczyński.*

OKULISTYKA. Dr. A. Schapringer. **O „epitarsus“.** (*Centralblatt f. Augenh.*, 1905, Nr. 4). „Epitarsus“, jako zmiana wrodzona, pojawia się u ludzi, jako w rozmaitym stopniu rozwinięty załamek błony śluzowej, zwieszający się z górnego sklepienia pomiędzy powieką, a gałką oczną. Niekiedy załamek ten dosięga znacznych rozmiarów, a wówczas, jak to Oeller opisuje, musi się go usunąć operacyjnie; w innych znów przypadkach jest on tylko lekko zaznaczonym, jako delikatna linia, przebiegająca przez powiekę górną od wewnątrz. Autor widział 3 przypadki powyżej wymienionego zniekształtnienia; w jednym przypadku załamek był wyraźnym, w dwóch innych widać było tylko lekką linię bliznowatą. W trzecim przypadku obok tego bliznowatego zaciągnięcia był jeszcze i ubytek w chrząstce powieki górnej, idący przez całą jej wysokość tak, iż cała powieka dawała się we dwoje zgiąć. Zniekształtnienie to tłómaczy autor w ten sposób, iż owodnia zrasta się u zarodka z powłokami tegoż w miejscu, w którem później powieka górna wytwarzać się poczyna. Ponad miejscem zrostu powstaje prawidłowa powieka, zrost zaś w większości przypadków pęka i zanika; w innych jednakże przypadkach pozostawia po sobie ślad w postaci zgrubień lub blizn na spojówce powieki górnej, lub też, jeżeli zrost ten dłuższy czas się utrzymywał, to nie dozwolił na utworzenie się w tem miejscu chrząstki w powiece górnej tak, że chrząstka powiekowa składa się w życiu pozapłodowem z połowy wewnętrznej i zewnętrznej. *Dr. Liebermann.*

Haberkamp. **Najprostsza operacya jaskry.** (*Ophtalm. Klinik.*, Nr. 9, 1905). Jedną z niezbędnie wskazanych operacyi w przebiegu jaskry jest wycięcie kawałka tęczówki (*iridectomia*); chorzy jednak z własną szkodą zbyt często sprzeciwiają się wykonaniu tego rękoczynu. W takich przypadkach, gdzie każda zwłoka pogarsza tylko cierpienie, doradza autor wykonać przebicie przodkowej komórki zapomocą galwanokaustyki. Wynik tej operacyi jest równie dobry, jak irydektomii: przodkowa komórka zostaje zmienioną, następuje wyrównanie stosunków krążenia i wydzielania i zmniejszenie ucisku śródocznego. H. stosował tę metodę leczenia w dwóch przypadkach z dobrym wynikiem. Przypadek pierwszy był jaskrą urazową u 30-letniego robotnika. H. wykonał nakłucie, uzasadniając swój sposób postępowania twierdzeniem Petersa, który jaskrę urazową uważa za zaburzenie przejściowe natury mechanicznej przy zresztą prawidłowych drogach odpływowych. Do wyleczenia wystarcza sama zmiana stosunków krążenia i treści cieczy wodnej. Drugi przypadek dotyczy jaskry przewlekłej, powstałej w następstwie surowiczego zapalenia tęczówki. Kilkakrotnie dokonane przebicie galwanokauterem przodkowej komórki pozbawiło chorego gwałtownych bólów i uchroniło od wyłuszczenia gałki ocznej. Dalsze spostrzeżenia pouczą, czy rękoczyn ów da się z dobrym skutkiem zastosować także w innych postaciach jaskry. *Dr. W. Reis.*

Patry. **O typie klinicznym, znamionującym się zapaleniem nerwu ocznego i zniekształtnieniem czaszki.** (*Annal. d'oculist.*, kwiecień, 1905). Z zaburzeń wzrokowych odróżnia autor dwa typy wziernikowe: zapalenie nerwu wzrokowego w okresie rozwoju i zanik nerwu wzrokowego po przebytem zapaleniu. Liczba chorych, dotkniętych zanikiem nerwu ocznego, jest przeważającą, a u wszystkich tarcza nerwu wzrokowego posiadała wszelkie znamiona poprzednio przebytego zapalenia. Bystrość wzroku była względnie dobrą; obustronną ślepotę znalazł P. tylko w czterech przypadkach. To względne utrzymanie dobrej bystrości wzroku stanowi znamienną cechę tej postaci zaniku nerwu ocznego. Z innych zmian towarzyszących wymienić należy wytrzeszcz gałki, bardzo często się pojawiający (27 razy na 54 przypadków). Nie jest on wywołany przedłużoną budową gałki ocznej wskutek krótkowidztwa, jak to mylnie wnioskowaćby można z częstości zezu rozbieżnego, gdyż nadmiarowość spotyka się częściej, niż niedomiarowość. Właściwą przyczynę powstawania wytrzeszczu upatrywać należy w stosunkach anatomicznych oczodołu. W stożkogłowiu bowiem nietylko głębokość oczodołu jest zmniejszona, lecz także łuki brwiowe nie są wyraźnie zaznaczone. Ruchy gałek ocznych były ograniczone w kilku przypadkach; szpara powiekowa szeroko rozwarta w 3, zwężona w 2 przypadkach; spotykano także drżenie gałek ocznych wahadłowe i kołujące z bystrością wzroku znacznie upośledzoną. Zniekształtnienie czaszkowe spostrzegał P. najczęściej jako stożkogłowie (*oxycephalia*, *Turmschädel*), obok tego zaś także długogłowie, głowę siodłowatą i łódkogłowie. Wszystkie czaszki wykazywały przedwczesny zrost szwu czołowego, wieńcowego i strzałkowego. Twarz chorych, oglądana z przodu, jest wydłużoną, wązką, oczy wystające, czoło ostro opada ku dołowi, części boczne czoła ściśnięte, łuki brwiowe bardzo mało zaznaczone. Na czaszce zaś, widzianej z boku, spostrzedz można, że szczyt sklepienia silnie przesunięty jest ku tyłowi. Z zaburzeń czynnościowych zwracały uwagę bole głowy i drgawki. Inteligencya często była prawidłową. Badanie rozwoju opisanego typu klinicznego, oraz początków zniekształtnienia czaszkowego, napotyka na trudności, szczególnie z powodu braku pewnych danych wywiadowczych. Pojawienie się zapalenia nerwu ocznego łatwiej już daje

się stwierdzić, gdyż powoduje ono od samego początku ciężkie zaburzenia czynnościowe, niemogące ujść uwagi rodziców, nawet nie obdarzonych zmysłem spostrzegawczym. Rokowanie w tych zapaleniach nerwu ocznego jest niepomyślne. Utrata wzroku rozpoczyna się zwykle jeszcze przed 5 r. życia. W sprawie etyologii wywiady nie dają żadnych wyjaśnień; statystycznie stwierdzić tylko można, że płeć męzka jest dla przedwczesnego kościozrostu bardziej usposobiona od płci żeńskiej. Dziedziczność jednak zniekształtnienia czaszkowego nie jest częstą. Wywody oględzin anatomicznopatologicznych również nie są liczne. W 4 sekcyach znaleziono zanik nerwu ocznego i niedorozwój płatów czołowych; w kilku innych przypadkach stwierdzono zapalenie opon mózgowych. Dla wytłómaczenia patogenezy tego typu klinicznego służą cztery hipotezy: 1) Virchow, następnie Hirschberg, przypuszczają, że zapalenie opon mózgowych spowodowało równocześnie zapalenie i zanik nerwu ocznego, oraz przedwczesny kościozrost czaszki. 2) Ponfick przypisuje zwężeniu przewodu kostnego powstanie zapalenia nerwu ocznego. 3) Manz przypuszcza, że zapalenie opon mózgowych spowodowało zapalenie kości z następowym kościozrostem i zniekształtnieniem czaszki, oraz zapaleniem nerwu wskutek zwężenia kanału kostnego. 4) Wreszcie Friedenwald upatruje przyczynę zaburzeń nerwu ocznego w podwyższonym ucisku śródczaszkowym, wywołanym przedwczesnym kościozrostem. Żadna jednak z tych hipotez nie tłómaczy nam właściwej przyczyny powstawania tych zmian chorobowych; P. skłania się jeszcze najbardziej ku hipotezie Virchowa i Hirschberga. Rozbioru owego typu klinicznego dokonał autor na podstawie 47 spostrzeżeń, z których 12 było dotychczas nieogłoszonych, a 10 osobiście przez P. badanych. Praca zaopatrzona jest w kilka tablic z licznemi fotografiami zniekształconych czaszek. *Dr. W. Reis.*

Rumszewicz. **O guzach gruźliczych naczyniówki.** (*Postęp okulist.*, marzec, 1905). Autor uwzględnia w swej pracy tylko te postacie gruźlicy naczyniówki, w których sprawa powstawała wyłącznie jako guz. Po omówieniu 24 przypadków dotychczas ogłoszonych, przytacza R. własne spostrzeżenie kliniczne u 10-letniej dziewczynki i badanie anatomiczno-patologiczne wyłuszczonej lewej gałki ocznej. Guz znajdował się w okolicy tylnego bieguna gałki. Średnica podstawy guza wynosiła 8 mm. Część guza najbardziej obwodową pokrywała na krótkiej przestrzeni naczyniówka, lecz już bardzo prędko znikały stopniowo najpierw nabłonek barwikowy, później błona sprężysta. Istotę guza stanowiła tkanka łączna, obfitująca w komórki. Obok komórek limfoidalnych i nabłonkowych znajdowały się zawsze komórki olbrzymie. Zupełnie taką samą budowę miała tylna część siatkówki. Tkankę gruźliczą można było także spostrzedz w tarczy nerwu wzrokowego, bezpośrednio obok błony sitowatej i w wewnętrznych warstwach twardówki. Ognisko gruźlicze powstało więc pierwotnie w naczyniówce, następnie sprawa przeszła ku przodowi na siatkówkę i ciało szkliste, ku tyłowi na twardówkę i nerw wzrokowy. Samotne ogniska w naczyniówce i wyrostkach rzęskowych należy zaliczyć do późniejszych wytworów. R. zestawia następnie statystykę wszystkich przypadków, rozpatruje powikłania, jakim uległy inne błony wewnętrzne oka, przy równocześnie istniejącym odgraniczonym guzie w naczyniówce i przekonuje się, że w przypadkach guzów gruźliczych naczyniówki daleko częściej bywają wciągane do sprawy chorobowej części przylegające, niż w przypadkach właściwych nowotworów tej błony. Po zestawieniu objawów klinicznych, spostrzeganych w podanych dotąd przypadkach, poleca R. wyłuszczenie gałki, jako jedyny i konieczny środek w leczeniu guzów gruźliczych naczyniówki. *Dr. W. Reis.*

Wicherkiewicz. **Wpływ wrażeń psychicznych na powstawanie napadu jaskry.** (*Postęp okul.*, marzec, 1905). Wiadomem jest, że psychiczne wrażenie, powodując nagłe rozszerzenie źrenicy, zaciska drogi odpływowe gałki tak samo, jak to czynią środki rozszerzające źrenicę i pośrednio może dać powód do napadu jaskry w odpowiednich oczach. Autor przytacza przypadek przez siebie spostrzegany u 40-letniej chorej, która miała poddać się operacyi zaćmy prawie dojrzałej na oku prawem. Sama myśl o zabiegu chirurgicznym nabawiła chorą takiego strachu, że w nocy dostała ostrego napadu jaskry na oku prawem, wskutek zaćmy i poprzednich zmian chorobowych do tego usposobionem. Przypadki podobne, jak powyższy, stanowią według W. wskazówkę, jak ostrożnie obchodzić się należy z osobami nerwowemi, lękającemi się operacyi i jak nadzwyczaj oględnie trzeba chorych takich przygotować na operacyę konieczną. *Dr. W. Reis.*

PEDYATRYA. Doc. Jochmann. **Badania bakteryologiczne w płonicy i ich znaczenie dla procesu chorobowego.** (*Ztschft. f. klin. Med.*, 1905, T. 56, Z. 3 i 4). Praca ta jest obszernym poglądem na dotychczasowe badania bakteryologiczne w płonicy. Na podstawie ogromnego materyału, w części własnego, a przeważnie zebranego z piśmiennictwa, rozpatruje krytycznie J. wyniki badań bakteryologicznych poszczególnych narządów w płonicy; przechodzi więc po kolei jamę gardła, nos, uszy, przewód pokarmowy, krew, naczynia i gruczoły chłonne, nerki, skórę i t. d., opisując szczegółowo, jakie w nich znajdowano drobnoustroje w przebiegu płonicy. Do najczęstszych i wywołujących najzgubniejsze działanie należą paciorkowce, pod względem morfologicznym i biologicznym niczem nie dające się odróżnić od zwykłego paciorkowca ropnego. Czy znajdowanym paciorkowcom należy przypisać rolę pierwszorzędną, przyczynową, jak chcą Bagiński, Moser, Menzer i inni, czy też tylko drugorzędną, następową, jaką im nadają Marmorek, Heubner? — pozostaje rzeczą nierozstrzygniętą. Zwolennicy pierwszego zapatrywania opierają się i wychodzą z mylnego przedewszystkiem założenia, że paciorkowce znajdują się stale i zawsze w narządach wewnętrznych i we krwi osób zmarłych na płonicę. Fakt ten bowiem nie znajduje wcale potwierdzenia; prawie w 1/4 wszystkich przypadków nie znachodzi się w ustroju chorego za życia i po śmierci nigdzie paciorkowców, a zwłaszcza w przypadkach tak zw. *scarlatina fulminans* krew i narządy wewnętrzne są zupełnie jałowe. Przypuszczenie, że paciorkowce, spotykane w płonicy, różnią się od innych paciorkowców i że są dla płonicy swoiste, upada wobec tego, że kliniczne objawy, jakie one w płonicy wywołują, są zupełnie te same, jak przy innych sprawach gnilnych, a paciorkowce płonicze, przeszczepione na człowieka zdrowego, wywołują tylko zwykłe miejscowe sprawy ropne, jak ropówki i t. d. W ostatnich latach wielu badaczy zaczęło posługiwać się zjawiskiem aglutynacyi, aby módz się w ten sposób przekonać, czy istnieje jakikolwiek biologiczny związek pomiędzy surowicą chorego człowieka, a znajdowanymi w płonicy paciorkowcami; badania te przemawiają przeciwko swoistości paciorkowców płoniczych.

Płonica, — jak codziennie doświadczenie uczy, — pozostawia po sobie zwykle na długie lata nabytą odporność, podczas gdy jednorazowe jakiekolwiek zakażenie paciorkowcami usposabia zazwyczaj jeszcze do dalszych zakażeń. Na podstawie wszystkich powyższych danych dochodzi J., — wbrew niedawno ogłoszonej teoryi Menzera, — do przekonania, że spotykane w płonicy paciorkowce wywołują wprawdzie najczęstsze i najniebezpieczniejsze zakażenia wtórne, nie są jednakże właściwym swoistym pierwiastkiem etyologicznym. *Wilczyński.*

Ibrahim. **O ochronnych szczepieniach surowicą przeciwbłoniczą.** (*Deuts. med. Woch.*, 1905, 11). W klinice Vierordta w Heidelbergu stosuje się od szeregu lat z zasady surowicę przeciwbłoniczą ochronnie: 1) u rodzeństwa dzieci, chorych na błonicę; 2) u wszystkich dzieci, przyjmowanych do tej sali szpitala, na której zdarzyły się przypadkowo przypadki zakażenia błoniczego; 3) na salach, zajętych przez chorych na płonicę i odrę, jeżeli pojawiło się u któregoś z chorych powikłanie tych chorób prawdziwą błonicą; 4) u dzieci, u których rozpoznanie błonicy było wątpliwe, lub które przypadkiem dostały się na salę chorych błoniczych. Ze szczepionych ochronnie dzieci jedno tylko mimo szczepienia dostało (w toku płonicy) prawdziwej błonicy. I. sądzi, że należy wstrzykiwać surowicę zapobiegawczo zawsze rodzeństwu chorych, zwłaszcza w rodzinach niezamożnych, gdzie niepodobna myśleć o odłączeniu zdrowych od chorych, oraz w pensyonatach, ochronkach i t. d., przynajmniej dzieciom młodszym (niżej lat 12), jeżeli zdarzy się choć jeden przypadek błonicy. Dawka ochronna wynosi najmniej 250—300 jedn. uodp., u chorych na płonicę, odrę i krztusiec najmniej 500 jedn., nawet u osesków. Ponieważ działanie ochronne trwa krótko, przeto na oddziałach zakaźnych, gdzie obok chorych na błonicę są inne chore dzieci, należy wstrzykiwania ochronne powtarzać co 2—3 tygodni. *M.*

Hamburger. **Atypowy przebieg odry.** (*Deutsche med Wochs.*, 1905, Nr. 21). Przypadek dotyczy dziewczynki 4-letniej która świeżo przebyła ospę wietrzną i u której odra rozpoczęła się wynaczynionkami na skórze i plamami Koplika; 5-go dnia potem pojawiła się wysypka pokrzywkowa, a dopiero 7-go odrowa. *Lewkowicz.*

Haike. **Gruźlica śródusza u osesków.** (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, Nr. 24). Autor spostrzegał pięć przypadków. W przeciwieństwie do stosunków u dorosłych ucho zajęte tu jest często pierwotnie. Zakażenie następuje przez matkę gruźliczą, a zarazki wnikają przez trąbkę Eustachego. Zniszczenie kości postępuje bardzo szybko i rokowanie jest niekorzystne. Rozpoznawczo ważnym jest obrzęk gruczołów na wyrostku sutkowym i przy jego wierzchołku. *Lewkowicz.*

Ibrahim. **Przyczynek do patogenezy choroby Hirschsprunga.** (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, Nr, 23). Przypadek dotyczy 8-tygodniowego dziecka. Kiszka esowata była znacznie rozdęta i wydłużona. Przez wprowadzenie cewnika do obu ramion pętli udawało się zawsze opróżnić ją z gazów, poczem brzuch zapadał się.

Cewnik musiał jednak minąć załamania pętli, które działały, jak klapy. Autor sądzi, że przypadek jego potwierdza pogląd Marfana i Nettera na powstawanie choroby Hirschsprunga. Nadmierna długość kiszki, do pewnego stopnia fizyologiczna u dzieci, jest powodem załamań i utrudnienia krążenia treści, a rozszerzenie i przerost kiszki grubej rozwijają się wtórorzędnie. *Lewkowicz.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Müller. **O rozmieszczeniu krwi w ustroju ludzkim pod wpływem bodźców termicznych.** (*Deut. Archiv f. klin. Med.*, 1905. T. 82. Z. 5 i 6). Że pod wpływem nieobojętnych zimnych, czy gorących zabiegów wodoleczniczych następują w ustroju odpowiednie zmiany rozmieszczenia krwi w pojedynczych narządach, o tem z doświadczenia wiemy już od dawna, stosując w praktyce n. p. jedne zabiegi celem zmniejszenia dopływu krwi, inne właśnie celem wywołania przekrwienia w danem miejscu. Że niejednokrotnie występuje działanie na odległość, że nerwy naczynioruchowe odgrywają tu potężną rolę, że istnieje wzajemny antagonizm między naczyniami, zaopatrującemi narządy wewnętrzne, a naczyniami powłok zewnętrznych (tak zw. prawo Dastre-Morata), poucza nas o tem w ogólnych zarysach racyonalna hidroterapia, opierająca się na fizyologicznych podstawach. Aby jednak bliżej i dokładniej wniknąć w samą sprawę i zapoznać się ze wszystkimi wchodzącymi w grę czynnikami, rozpoczął M. przy pomocy pletysmografu cały szereg doświadczeń na ludziach zdrowych. Między innymi postępował w ten sposób, że zasadziwszy na 3 lub wszystkie 4 kończyny pletysmograf, poddawał pojedyncze miejsca ustroju n. p. twarz, kark, piersi, brzuch lub wolną kończynę działania rozmaitych bodźców termicznych. Przekonał się przytem, że postawioną przez Brown-Sequarda i Mossoa zasadę współczulnego odczynu (*consensuelle Reaktion*) naczyń należy jeszcze rozszerzyć; przy zadziałaniu bowiem zimna gdziekolwiek w dowolnem miejscu następuje skurcz wszystkich bez wyjątku naczyń skóry na całej powierzchni ciała, a prócz tego naczyń głębszych, zaopatrujących wszystkie kończyny (objętość kończyn w pletysmografie zmniejsza się o kilka i kilkadziesiąt cm.³). Przy działaniu gorąca rzecz się ma odwrotnie: W pierwszym i drugim przypadku stopień odczynu zależy w prostym stosunku do ciepłoty działającej wody. W innym szeregu doświadczeń wprowadzał autor pewną ilość wody zimnej lub gorącej *per os* lub *per clysma*, mierząc równocześnie zachowanie się pletysmografu na kończynach; badania te potwierdziły w całej rozciągłości znany już fakt, że istnieje pomiędzy naczyniami jamy brzusznej, a kończyn, pewien zastępczy stosunek tak, iż krew z jamy brzusznej może być przemieszczaną do kończyn, a odwrotnie przekrwienie jamy brzusznej wyrównywa się zmniejszeniem zawartości krwi w kończynach. Nową zupełnie a prostą metodę ważenia wprowadził autor do swych badań nad rozmieszczeniem krwi; układał on mianowicie osobę, do doświadczeń służącą, na szeregu obok siebie ustawionych wag tak, że głowa, klatka piersiowa, brzuch, pojedyncze kończyny spoczywały na osobnych, przeznaczonych dla siebie wagach; po zadziałaniu sprayem eterowym lub gorącem powietrzem badał o ile zmienia się waga pojedynczych części ciała. Badania te, podobnie jak i przedsięwzięte w jednym przypadku wziernikowanie dna oczu przed i po kąpieli, potwierdziły w zupełności fakt istnienia ścisłej wzajemnej zależności pomiędzy naczyniami obwodowemi (skóry i mięśni), a naczyniami jamy brzusznej i mózgu. *Wilczyński.*

Strażesko. **Przyczynek do fizyologii jelit.** (*Russkij Wracz* 1904, Nr. 49). Strażesko badał w pracowni prof. Pawłowa własności wydzieliny jelita ślepego, warunki jej powstania, wreszcie zmiany miazgi pokarmowej, zachodzące podczas jej przebywania w tem jelicie. Doświadczenia były przeprowadzone na psach z przetoką jelita ślepego i na psach z przetokami w dolnym odcinku jelita cienkiego i w początkowym odcinku kiszki grubej. Na podstawie tych doświadczeń doszedł S. do wyników następujących: 1) wydzielina soku jelita ślepego ulega ogólnym prawom wydzieliny soku jelitowego; wydzielina powstaje tylko pod wpływem miejscowego podrażnienia i trwa tak długo, jak długo trwa drażnienie; 2) spożycie pokarmu, rodzaj i ilość jego, nie wywierają prawie wpływu na wydzielinę soku jelita ślepego; 3) sok jelita ślepego wydziela się w ilości 6—7 razy mniejszej, niż jelita cienkiego; 4) sok jelita ślepego rozkłada albumozy i peptony na przetwory krystaliczne, scukrza skrobię, inwertuje cukier trzcinowy i rozkłada maltozę, a więc zawiera z zaczynów erepsynę, amilazę, inwertynę i maltazę; na włóknik, skrzepłe białko, tłuszcze i laktozę nie działa. Kinazy, pod wpływem której protrypsyna przechodzi w trypsynę, sok jelita ślepego również nie zawiera. Sok jelita ślepego wreszcie podnosi działanie amilazy i lipazy soku trzustkowego; właściwość ta nie zależy od zaczynów, ponieważ gotowanie soku jej nie niszczy; 5) czas pojawienia się miazgi pokarmowej u zastawki Bauhiniego zależy od rodzaju pokarmu; tem się warunkuje również ilość treści i typ wydzielania miazgi u zastawki: po spożyciu 200,0 mięsa miazga pokarmowa pojawia się u zastawki Bauhiniego po upływie 1 g. 14', wydziela się wciąż dość równomiernie w ciągu 3—4 godzin, następnie zaś ilość miazgi podnosi się znacznie i w końcu 10—11 godzin po jedzeniu przedostawanie się treści zupełnie ustaje; ogólna ilość treści, pochodzącej z 200,0 spożytego mięsa, która dochodzi do końca jelita cienkiego, wynosi przeciętnie 92,4. Po spożyciu 200,0 białego chleba miazga pokarmowa pojawia się u zastawki Bauhiniego zaledwie po upływie 2 godz. 21' i wydziela się w pierwszych godzinach bardzo skąpo, a dopiero po 7—9 godzinach wydzielanie się jej natyle się wzmaga, że przewyższa 3—4-krotnie ilość z okresu poprzedniego; ogólna ilość treści wynosi tylko 70,0. Po spożyciu wreszcie pokarmu, zawierającego wiele tłuszczu, 100,0 masła śmietankowego i 100,0 mięsa, — już w końcu 1-ej godziny z przetoki, założonej przy zastawce Bauhiniego, pojawia się zawiesina oleista o cechującym zapachu kwasów tłuszczowych, która szybko stygnie na powietrzu, tworząc zbitą masę; w tym czasie miazgi mięsnej zupełnie jeszcze niema; zawiesina wydziela się w ciągu 2—3 godzin; w niej pojawiają się już części, wskazujące na pokarm mięsny; wreszcie począwszy od 4-tej godziny wydziela się wyłącznie miazga pokarmowa bez przerwy aż do 11—12 godz.; ogólna ilość treści, dochodzącej do zastawki, wynosi 88,0; 6) przechodzenie miazgi do kiszki grubej ulega takiemu samemu typowi z tą różnicą, że wydzielanie się jej opóźnia o $1^1/_2$—2 godzin i odpowiednio do tego *maximum* wydzielania i koniec występują również o $1^1/_2$—2 godz. później; 7) ilość treści przedostającej się do kiszki grubej, wynosi prawie $^1/_2$ ilości znajdującej się w końcowym odcinku jelita cienkiego; 8) treść w końcowej części jelita cienkiego jest płynno papkowata, w początku zaś kiszki grubej gęsto papkowata; 9) do zastawki Bauhiniego po spożyciu pokarmu mięsnego dochodzi przeciętnie 9,6% spożytych białkanów, a do kiszki grubej 7%; z węglowodanów po pokarmie z chleba dochodzi do zastawki 2,2%, do kiszki zaś grubej 1,8%; z tłuszczów dochodzi do zastawki 5%, do kiszki grubej 3,3%; 10) sucha pozostałość treści jelita cienkiego wynosi 6—11%; kiszki grubej — o 2—3% więcej; 11) zastawka Bauhiniego w zwykłych warunkach doświadczenia oddziela światło kiszek grubych od jelit cienkich i nie przepuszcza z kiszki grubej ani kropli płynu; 12) zastawka Bauhiniego zachowuje się niejednakowo podczas przedostawania się różnych substancyi z jelita cienkiego do kiszki grubej, zależnie od właściwości i od stanu błony śluzowej jelita; stąd wynika, że bierze ona czynny udział w przechodzeniu treści z jelit cienkich do kiszek grubych; 13) czucie błony śluzowej jelita cienkiego i kiszki grubej jest niejednakowe: błona śluzowa dolnego odcinka jelita cienkiego zachowuje się obojętnie tylko względem wody, fizyologicznego roztworu soli kuchennej, kleiku skrobiowego i soku trzustkowego; 0,1—0,3% roztwór dwuwęglanu sodowego, 0,05—0,3% kwasu solnego, surowe białko jaja kurzego, 2% roztwór cukru gronowego i mlecznego, 10% wyciąg Liebiga i oliwa działają drażniąco; przeciwnie, kiszka gruba nie oddziaływa wcale na wszystkie te przetwory już w odcinku początkowym. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Protargol, jako wypróbowany i niezawodny środek w leczeniu rzeżączkowego zapalenia spojówek u noworodków, bierze w obronę Pfalz (*Zeitschrift f. Augenh.*, 1905, T. XIII, Z. 3) wobec lekceważącej wzmianki, jako się lekowi temu dostała w ostatniem wydaniu dzieła Graefego-Saemischa. Protargol w. roztworze 5—10 prc. działa bardzo korzystnie pod warunkiem, że jest przygotowany na zimno (*solutio frigide parata*) i świeżo przyrządzony. Musi on być stosowany kilka razy dziennie i wchodzić w zetknięcie z całą powierzchnią chorej spojówki. Do wypłókiwania wydzieliny ropnej poleca Pfalz roztwór *kalii hypermang.* (1:1500). Zapuszczanie protargolu można powierzyć rodzicom dziecka, którzy nie potrzebują wobec tego codziennie przynosić je do lekarza i w tem leży wyższość protargolu nad azotanem srebra, który może być skutecznym tylko w ręku wprawnego specyalisty. Nie należy jednak zapominać, że protargol nie jest środkiem ściągającym, a tylko bakteryobójczym (zwłaszcza wobec gonokoków); gdy więc ropotok spojówki przejdzie w okres nieżytowy, wtedy należy się zwrócić do lapisu, a wreszcie do siarkanu cynkowego. *K. W. M.*

Omawiając **leczenie dny** stwierdza Minkowski (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, 11), że dotąd nie udowodniono, by zapomocą leków można zmniejszyć wytwarzanie się kwasu moczowego w ustroju. Zwiększyć jego wydzielanie można tylko zapomocą działania moczopędnego, n. p. zapomocą wód mineralnych. O lekach, zwiększają-

cych to wydzielanie (przetwory salicylowe) nie wiadomo na pewno, czy one rzeczywiście przyspieszają wydzielenie już wytworzonego kwasu moczowego, czy tylko wzmagają jego wytwarzanie się. Z formaldehydem tworzy kwas moczowy w ustroju łatwo rozpuszczalne związki i tem tłómaczy się pożytek leków, rozszczepiających się w ustroju i oddających swój formaldehyd, jak heksametylentetramina i cytaryna. Cytaryna jest związkiem kwasu cytrynowego z formaldehydem. Rzeczywistą jej skuteczność w napadach dny stwierdzają w ostatnich czasach Rahn (*Allg. med. Ctr. Ztg.* 1905, 10) w 2, Neumann (*Münch. med. Wochenschr.* 1905, 13) w 24 i Baaz (*Zeitschrift f. ärztl. Fortbild.* 1905, 4) w kilku przypadkach dny. Średnią dawką cytaryny jest 2 gramy 3—4 razy dnia w czasie napadów. *B.*

Maretynę (m-tolylhydrazid kwasu karbaminowego) badał co do jej działania i skutków ubocznych Henrich (*Therap. Monats.* 1905, 3) na 13 chorych oddziału Reichmanna w Berlinie. U suchotników usuwa maretyna łatwo gorączki średniej wysokości już w dawce 0,25—2 razy dnia; po pewnym jednak czasie ustrój przyzwyczaja się do leku, tak, że dawkę trzeba nieraz zwiększyć do 0,5—2 razy dnia. Niemiłem jest uboczne działanie napotne maretyny; słabnie ono jednakże w miarę przyzwyczajania się do leku, poty te można zresztą zwalczać środkami przeciwpotnymi. W kilku przypadkach innych gorączek (zapalenie płuc, wsierdzia, róża), maretyna nie działała przeciwgorączkowo. Skuteczność maretyny w gorączkach u suchotników stwierdzają również Renon i Verliac (*Journ. des prat.* 1905, 5 i 9), podając, że ustrój przywyka do tego leku już po dniach 14; działania napotnego nie spostrzegali, natomiast 4 razy biegunkę (2 razy napewno wskutek maretyny). Lek ten stosował także Sobernheim (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, 15) w 7 przypadkach ostrego gośćcowego zapalenia wielu stawów. Dawki 0,25 do 0,5 1—2 razy dnia obniżały ciepłotę, łagodziły lub usuwały ból i zmniejszały obrzęk. W wiewiórowem zapaleniu stawów obniżała wprawdzie maretyna ciepłotę, lecz tylko dopóty, dopóki ją podawano, a na przebieg sprawy samej nie miała żadnego wpływu. Równie dobry wpływ nietylko na gorączkę, ale i na samą sprawę chorobową, stwierdził w 2 przypadkach ostrego gośćca stawowego Ulrich (*Heilkunde* 1905, 5). *B.*

Aristochinę podawał Koeppe (*Deuts. Aerzte-Ztg.* 1905, 9) w 30 przypadkach krztuśca u dzieci, liczących od 4 tygodni do 8 lat życia. Poniżej pierwszego roku życia podawał K. po 0,25 do 4 razy dnia, powyżej po 0,5 również do 4 razy dziennie. Dzieci brały lek chętnie, nawet bez dodatków (jak cukru i t. d.); jeżeli przypadkiem pierwsza dawka została zwymiotowaną, to K. podawał natychmiast drugą, która zawsze już zostawała w żołądku. Według K. zmniejsza aristochina rychło i wybitnie siłę i częstość napadów i skraca przebieg choroby. *B.*

W niedrożności jelit, zapaleniu wyrostka robaczkowego, kolce żółciowej podawał Hagen (*Heilkunde* 1905, Zeszyt 1), będący stanowczym przeciwnikiem jakichkolwiek zabiegów chirurgicznych, zamiast dotąd polecanej atropiny — eumidrynę, 1 miligram na dawkę wewnętrznie lub podskórnie. Skutek pomyślny następował po 3 (podskórnie) do 5 (wewnętrznie) miligramach. (Dziesięć przypadków, szczegółowo opisanych przez autora, wzbudzałoby niewątpliwie większe zaufanie, gdyby autor wobec leczenia chirurgicznego zajął był mniej wojownicze stanowisko). *B.*

Z wyciągów mięsnych, bez których w praktyce trudno się obejść u chorych wycieńczonych, u ozdrowieńców i t. p., ma według Marcusego (*Heilkunde* 1905, 2) najlepszy skład co do substancyi białkowych i soli sok mięsny „Puro“. M. podawał „Puro“ chętnie w postaci lodów według następującego przepisu: $^1/_2$ funta cukru rozpuszcza się w $^1/_4$ litrze wody i zalewa tem drobno pokrajaną skórkę cytrynową, po godzinie cedzi się przez sito, oziębia do 10° C. dolaniem wody, dodaje się 125·0 soku mięsnego i zamraża. W tej postaci podawać można ten przetwór nawet w wymiotach ciężarnych. *P.*

Działanie triferryny badał doświadczalnie (na kurach i królikach) i klinicznie Matzner (*Heilkunde* 1905, 4) i doszedł do następujących ogólnych wniosków: 1) Triferyna jest żelazem, organicznie związanem z kwasem paranukleinowym. 2) Lek ten zostaje z łatwością w ustroju wessany, czego dowodzi *a)* mikrochemiczne stwierdzenie żelaza w narządach resorbujących, *b)* gromadzenie się żelaza w wątrobie i śledzionie, *c)* wzrost organicznie związanego żelaza w moczu, *d)* gromadzenie się zapasu żelaza w żółtku jaj (u kur). 3) Triferryna działa pobudzająco na narządy krwiotwórczeczego dowodzi *a)* pomnożenie się liczby normoblastów w śledzionie, *b)* przybytek krwinek eozonychłonnych we krwi. 4) W błednicy i w niedokrwistościach działa triferryna leczniczo, jak tego według M. dowodzi przyrost hemoglobiny i krwinek czerwonych. Wyniki swoich badań w tym kierunku zestawia M. w tablicach, obejmujących 36 spostrzeżeń (21 błednicy, 15 niedokrwistości, z tych 6 pierwotnych, reszta następowe po krwotokach i t. d.). 5) Wskutek zawartych w niej żelaza i fosforu działa triferryna korzystnie także w neurastenii, co objawia się między innemi obniżeniem parcia krwi, przedtem chorobowo zwiększonego *Kn.*

Somatozą, jak stwierdza Oefele (*Wiener klin. Wochenschrift* 1905, 2) zgodnie z dawniejszymi badaczami, nie można zastąpić rodzimego białka pokarmów w całości. Lek ten działa tylko wtedy korzystnie, jeżeli użyć go jako dodatku do rodzimego białka pokarmów i to w ilości nie większej od tej ilości białka rodzimego, jakąby zdrowy przewód pokarmowy sam przekształcił w albumozy. W ostatnich czasach zaczęto stosować somatozę żelazistą (zawierającą 2% organicznie związanego Fe) w rozmaitych postaciach niedokrwistości i nuklein-somatozę (10% kwasu nukleinowego) w neurastenii. Guttmann (*Allg. Wiener med. Ztg.* 1905, 13) opisując 8 przypadków, leczonych tymi przetworami, podaje, że skutki były dobre. *R.*

Usypianie **eterem** stosuje od lat pięciu wyłącznie Teuner (*Wiener klin. Wochs.*, 1905, 7), używając bezwodnego, obojętnie oddziaływającego, chemicznie czystego przetworu Mercka. Przed usypianiem wstrzykiwał T. dawniej u alkoholików 1 centigr. morfiny; obecnie podaje 3—8 mlgr. *heroin. hydrochl.* wewnętrznie. *M.*

Kreozotal ma niemiły smak olcisty, nie dający się zatrzeć żadnym z używanych powszechnie sposobów (zawiesina, pigułki, kapsułki i t. p.). Dlatego Lölo (*Medico* 1905, 19) zaleca dodawać ogrzanego kreozotalu kroplami do ulepków, na których powierzchni kreozotal wtedy pływa i z którymi można go wtedy zażyć, nie odczuwając wcale jego smaku. Użyć do tego można zwykłego syrupu lub n. p. (dla 9-letniego dziecka) *Inf. Rad. Ipec.* 0.5: 95·0, *Liq. ammon anis.* 5·0, *Syr. Altheae* ad 200·0 MDS. Co 2 godziny łyżeczkę, na którą nakrapla się 15 kropli kreozotalu. Lölo używał kreozotalu w gruźlicy, w zapaleniu płuc (wielkie dawki) i t. p., jak utrzymuje, ze skutkiem. *H.*

W zapaleniach przewlekłych **jamy szczękowej** (Highmora) usuwa Claus (*Arch. f. Laryng.* XVI, 1) operacyjnie przednią jej ścianę i błonę śluzową, tamponując jamę potem stożkowatymi tamponami, napojonymi protargolem; przy tem postępowaniu jama zmniejszając się, zachowuje postać lejka i dostępną jest wszędzie dla wzroku, a w końcu niemal zupełnie zarasta. *R.*

W gośćcowych bolach mięśni stosował Haagner (*Wiener med. Presse* 1905, 15) z wybornym, jak podaje, skutkiem, mesotan, unikając przez to tych niemiłych objawów, jakie wywołują przetwory salicylu, używane wewnętrznie. Drażniącemu działaniu mesotanu można zapobiedz, odpowiednio go stosując (pędzlowania, a nie wcierania). *B.*

Eumydrinę stosował Haas (*Ther. der Gegenwart*, 1905, marzec) w chorobach żołądka i jelit w tych wszystkich przypadkach, w których wskazaną jest atropina. Działanie eumydriny (na dawkę 0,001—0,004, 3—4 razy dnia w proszkach, pigułkach, roztworze lub czopkach) równa się działaniu atropiny, bez jej skutków ubocznych. H. używał eumydriny w wydzielniczych i czuciowych nerwicach żołądka, w kurczach jelit, w zapaleniu wyrostka robaczkowego i t. d. Fejér zaś (*Heilkunde*, 1905, 3) zaleca eumydrinę do rozszerzenia źrenicy w celach rozpoznawczych i leczniczych w roztworze 1—5% zamiast homatropiny. *B.*

Bromalina jest związkiem heksametylentetraminy (forminy) z bromkiem etylu ($[CH_2]_6N_4C_2H_5Br$), wytworzonym przez Mercka przed 10 jeszcze laty, ale dopiero obecnie częściej, jako lek przeciwpadaczkowy, przepisywanym. Lek ten ma postać białych łuseczek lub krystalicznego proszku, łatwo rozpuszczalnego w wodzie; jest prawie bez smaku. Można go z korzyścią użyć u chorych, nieznoszących innych przetworów bromu. Niemiłych skutków ubocznych po bromalinie nie zauważono. Dawka: 2—4 gramy 1—4 razy dnia. *M.*

Zapalenie płuc włóknikowe próbował leczyć Knauth (*Deuts. med. Wochs.*, 1905, 12) w 7 ciężkich przypadkach Roemerowską **surowicą,** zachęcony do tego znakomitem działaniem jej w zakażeniach dwoinkami Fränklowskiemi rogówki, spostrzeganem w klinice ocznej w Würzburgu. K. oświadcza, że zdaniem jego stosowanie tej surowicy w zapaleniu płuc jest zupełnie nieszkodliwe, a wpływa korzystnie na tętno, oddychanie, a przedewszystkiem na stan ogólny; plwocina rychło przestaje być krwawą. Czy wcześnie wstrzyknięta surowica może przeciąć sprawę chorobową, K. nie rozstrzyga. *M.*

VIII. Lekarze krakowskiej kapituły katedralnej.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Ciąg dalszy).

Mniej więcej o tym samym czasie, kiedy Pieczychowskiego obdarzono kanonią krakowską, — bo w niespełna siedem tylko miesięcy później (3-go grudnia r. 1509), — powołała kapituła do swego grona jeszcze innego lekarza, a mianowicie Macieja z Miechowa (Mathias de Myechow, Mijechow, Miechow), znanego powszechnie pod nazwą Miechowity (Mijechouita, Miechovita). Nie będziemy tutaj roztrząsali życia Miechowity, odsyłając ciekawych do podręczników, źródeł drukowanych[75]), oraz jego kroniki, lecz zajmiemy się tą jedynie stroną jego życia, która nas dziś przedewszystkiem obchodzi.

Kiedy Stanisław Thurzo, biskup ołomuniecki, zrezygnował z kanonii krakowskiej Nadzow, nadali ją kanonicy katedralni „vigore litterarum apostolicarum et provisionis" Miechowicie i wprowadzili go „ut moris est" „superpilicio et almucio indutum" do kapituły. Obok kanonii i dochodów z nią połączonych otrzymał Miechowita w r. 1511 na spółkę z Maciejem biskupem przemyskim i za zgodą („speciali consensii") tego ostatniego prowizoryę domu kanoników, położonego „in acie parietis dextrae versus arcem". Gdy się zaś biskup przemyski, zostawszy biskupem władysławskim, zrzekł w r. 1514 prowizyi domu kanoników, natenczas został wspólnikiem Miechowity Jan, proboszcz płocki i kanonik krakowski, przyjmując na siebie pewne zobowiązania co do naprawy tegoż domu[76]).

Jan jednak nie myślał o spełnieniu zobowiązań na siebie przyjętych, co spowodowało Miechowitę, który aż do roku 1516 cierpliwie czekał, do wniesienia rezygnacyi ze swej części domu na ręce kanoników. W r. 1520 umiera kanonik krakowski Andrzej Góra, a wieś Szymonowice (Smoniowicze) z tego powodu opróżnioną, otrzymuje Miechowita[77]). Umarł Miechowita 8 września r. 1523. Kanonia była po nim opróżnioną aż do 25 maja r. 1524, w którym nadano ją Feliksowi Leszyckiemu (Liesyczki, podczas gdy wieś praestymonialną Szymonowice nadano Bernardowi Wapowskiemu[78]).

W roku 1515 ubiega się o kanonię przy katedrze krakowskiej „doctor artium et medicinae", profesor wydziału lekarskiego w Krakowie i lekarz Zygmunta I., Maciej z Błonia[79]). Droga, jaką chciał dojść do kanonii, była drogą zamiany z kanonikiem Janem Chełmskim. Zdaje się, że kapituła nie była mu bardzo przychylną, gdyż trzeba było aż wstawienia się za nim króla, by sprawę przeprowadzić. Na posiedzeniu, które się odbyło 6-go listopada, — i na którem był między innymi obecny i Maciej Grodzicki, — przyjęto ostatecznie do wiadomości rezygnacyę Chełmskiego i oddano jego kanonię i prebendę marchocką „ex causa permutationis cum venerabili domino Julianno Chelmski ipsius possessoris factam vacantem" Maciejowi z Błonia pod warunkiem złożenia przez niego przepisanej taksy[80]). Korytkowski[81]) nie jest w stanie bliżej określić czasu, w którym Maciej z Błonia tę godność osiągnął, ograniczając się jedynie do przypuszczenia, że wedle prawdopodobieństwa Maciej wcześniej był kanonikiem gnieźnieńskim, niż krakowskim. Na podstawie naszych poszukiwań jednak możemy fakt osiągnięcia kanonii krakowskiej stanowczo oznaczyć pod r. 1515. Zanim jeszcze osiągnął kanonię krakowską, posiadał już Maciej inne kanonie, a mianowicie wspomnianą gnieźnieńską, opróżnioną po Janie Grochowickim[82]) od r. 1505 i poznańską[83]) od r. 1512, którą na mocy dyplomu doktorskiego otrzymał po zgonie kanonika Andrzeja Łaskiego. Krakowską kanonią nie cieszył się zbyt długo, gdyż posiadał ją zaledwie dwa lata. Umarł już w r. 1517, a spadek krakowski przypadł po nim Janowi Konarskiemu, archidyakonowi krakowskiemu i sekretarzowi królewskiemu.

Kiedy się z powodu rezygnacyi Piotra Konarskiego w r. 1531 opróżniła kanonia szlachecka przy kapitule katedralnej, ubiegał się o nią tym razem włoch, doktor Jan Andrzej[84]), patrycyusz Modeny (Joannes Andreas de Valentinis patricius mutinensis, natione Italus), lekarz przyboczny króla Zygmunta I, proboszcz sandomierski i trocki, a później i kościoła św. Floryana na Kleparzu. Ponieważ szło o kanonię szlachecką, przeto było jego obowiązkiem przedłożyć dowody szlachectwa. Jako włoch z pochodzenia mógł doktor Jan Andrzej jednakowoż dostarczyć jedynie dowodów zagranicznych, które kapituła z niedowierzaniem tylko przyjęła. Ostatecznie wdał się w tę sprawę król, a kapituła byłaby już może dowody Jana Andrzeja uznała za wystarczające i byłaby go zaliczyła w poczet swoich kanoników, gdyby nie był wystąpił Tomasz Rożnowski z protestem przeciw temu naruszeniu praw szlachty[85]). Sprawę pozostawiono na razie w zawieszeniu, nie przyznano mu żądanej kanonii, lecz jedynie prowizyę domu kanoników, gdy się takowa w r. 1532 opróżniła przez śmierć kanonika krakowskiego Mikołaja Zamojskiego. Gdy się jednak w r. 1537 opróżniło probostwo katedry krakowskiej z powodu rezygnacyi Sebastyana Branickiego, ubiegał się o nie znowu Jan Andrzej, który uzyskał tymczasem szlachectwo od Zygmunta („qui literas indigenatus et nobilitatis per S. R. sibi collatae produxit"). Kapituła uznała tym razem dowód szlachectwa za przeprowadzony, nadając mu bez żadnych już trudności wspomniane probostwo,— co Gąsiorowski pomija w swojej historyi kanonikatu, — i wieś Grębałów. Doktorowi Janowi Andrzejowi sprzyjało wogóle szczególniejsze szczęście przy ubieganiu się o godności kościelne. Obok bowiem krakowskiego probostwa uzyskał jeszcze kanonię wileńską, poznańską, a w r. 1546 i warszawską. Gdy zaś z powodu rezygnacyi Jana Konarskiego pozostała wieś Dziekanowice bez kanonika, ubiega się i o nią Jan Andrzej. Kapituła się na to żądanie zgodziła, odbierając mu w zamian za to Grębałów i nadając go Uchańskiemu. Umarł w Krakowie 20 lutego r. 1547, doczekawszy się jeszcze wprzód przykrości ze strony innego członka kapituły Jana Drzewickiego, który wystąpił z zarzutem przeciw Janowi Andrzejowi, że mu się z winy tego ostatniego spalił dom, prosząc zebranych członków kapituły o pośrednictwo w tej przykrej sprawie. Spadkiem po nim w kapitule krakowskiej podzielili się: Stanisław Hozyusz, Jan Przerembski kanonik krakowski i Myszkowski. Pierwszy został prowizorem domu kanoników, drugi proboszczem katedralnym, a ostatni otrzymał wieś Dziekanowice[86]). Posiadanie tak licznych kanonii musiało z konieczności pociągnąć za sobą zaniedbanie niektórych obowiązków. To też znaleziono po śmierci Jana Andrzeja w dobrach, jego opiece poruczonych, a przedewszystkiem w Dziekanowicach, ogromne nieporządki[87]).

Z kolei należałoby teraz wspomnieć o Jakóbie z Kleparza, profesorze teologii przy Uniwersytecie Jagiellońskim, który

[75]) Starowolski: Monumenta. str. 24. — J. Chr. Arnold Rozprawa o hojności królów i względach Panów itd. w Rocznikach Tow. Warsz. Przyj. Nauk. T. VII. str. 175. — J. Majer: Kilka wiadomości z dziejów wydz. lek. w Uniw. Krak. w Roczniku wydz. lek. w Uniw. Jag. T. II. str. 45. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości itd. T. I. str. 177. — Wiszniewski: Hist. lit. T. IV. str. 166. — Muczkowski: Liber promotionum pag. 77 et 85. — Majer: Wiadomości z życia prof. str. 27 i 28. — Łętowski: Katalog. T. III. str. 335 i nast. — Oettinger: Rys dziejów itd. — Kośmiński: Słownik. — Wisłocki: Liber diligentiarum. fac. art. univ. crac. Cracoviae 1886. — Album studiosorum pag. 214. — Wisłocki: Acta rectoralia. — Morawski: Hist. Uniw. Jag. T. II. str. 118—122.

[76]) Nadanie to, jak notują akta kapitulne, odbyło się „in praesentia Andreae Kościelecki thesaurarii Regni Poloniae vitrici eiusdem Joannis praepositi plocensis".

[77]) Acta actorum vol. II.

[78]) Acta actorum vol. III.

[79]) Starowolski: Monumenta Sarmatarum p. 45. — J. Chr. Arnold: Rozprawa o hojności królów, str. 177. — Majer: Kilka wiadomości z dziejów wydz. lek. str. 45. — Tenże: Wiadomości z życia profesorów, str. 27. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 188. — Muczkowski: Liber promotionum, p. 107. — Łętowski: Katalog biskupów. T. II. str. 39. — Oettinger: Rys dziejów, str. 93. — Kośmiński: Słownik. — Album studiosorum, p. 285. — Wisłocki: Acta rectoralia, p. 471. — Giedroyć: Źródła.

[80]) Acta actorum, vol. II. fol. 299 et 300.

[81]) Prałaci i kanonicy. T. I. str. 47.

[82]) Gąsiorowski: Hist. kanonikatu, str. 307. — Korytkowski: Prałaci i kanonicy. T. I. str. 47.

[83]) Tamże.

[84]) Starowolski: Monumenta, p. 20. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 188. — Rocznik wydz. lek. w U. J. T. III. str. 438. — Grabowski: Starożytnicze wiadomości o Krakowie, str. 223. — Łętowski: Katalog. T. IV. str. 257. — Gąsiorowski: Historya kanonikatu, str. 322. — Kośmiński: Słownik. — Morawski: Hist. Uniw. Jag. T. II. str. 125.

[85]) Acta actorum: vol. III. f. 63.

[86]) Acta actorum, vol. III. et IV.

[87]) Acta actorum, vol. IV. fol. 259.

wszedł do kapituły w r. 1541, obejmując kanonię i probendę Łatkowice po śmierci Stanisława Biela, kanonika krakowskiego. Tu wchodzą jednak w grę trudności, których nawet i przy pomocy aktów kapitulnych rozstrzygnąć nie można. Mamy tu na myśli, czy Jakób z Kleparza, którego napotykamy w aktach, a więc kanonik, o którym Łętowski[88]) wspomina, jest identyczny z lekarzem Muczkowskiego[89]), Oettingera[90]) i Giedroycia[91])? Muczkowski wspomina pod rokiem 1505 i 1510 o Jakóbie z Kleparza, nazywając go pierwszy raz jedynie „doctor medicinae“, a dodając mu drugi raz godność kanonika łowickiego i proboszcza skierniewickiego. Ta rozmaitość tytułów jemu przypisywanych spowodowała, — jak się zdaje, — Oettingera, że przyjął istnienie dwóch lekarzy tego samego nazwiska. Ten błąd sprostował Giedroyć, prostując zarazem i błąd, w który popadł i Kośmiński[92]).

W aktach katedralnych[93]) znajdujemy tak pod powyżej przytoczonym rokiem, jak i w następnych latach, nazwisko zupełnie identyczne z nazwiskiem lekarza Muczkowskiego, przy którym jednak ani razu nie znajdujemy jakiegokolwiek dopisku, przemawiającego za jego lekarskiem zajęciem. Okoliczność ta nie dowodzi wprawdzie bynajmniej, że nasz kanonik nie był lekarzem, gdyż w aktach kapitulnych znajdujemy bardzo często pominięte najrozmaitsze tytuły i godności, lecz daje zawsze do myślenia. Za tożsamością zaś obydwóch przemawiałby wiek, w którym się obydwa nazwiska w aktach uniwersyteckich i kapituły znajdują, jakoteż i do pewnego stopnia okoliczność, że kanonik, o którym czytamy w aktach kapituły, był już w chwili wstąpienia do kapituły człowiekiem podeszłego wieku, gdyż już w następnym roku z tego powodu uwolniono go od obowiązków kaznodziei. Okoliczność ta dałaby się bardzo dobrze pogodzić z faktem, że Jakób na przeszło trzydzieści lat wstecz osiągnął stopień „magistra artium“ i że stosunkowo krótko tylko godność kanonika katedralnego piastował. Wstąpił zaś do kapituły, jak to już wspomnieliśmy w r. 1541, a nie jak Łętowski powiada w r. 1542. Błąd, w który Łętowski popadł, pochodzi prawdopodobnie stąd, że jako datę śmierci Stanisława Biela, poprzednika Jakóba z Kleparza w kanonii, przyjął rok 1542, wyryty na nagrobku[94]). Zdaje się jednak, że rok ten wyrzeźbiono albo błędnie, albo też że data wspomniana oznacza czas umieszczenia nagrobka. W aktach bowiem katedralnych czytamy już pod rokiem 1541 o nadaniu Jakóbowi z Kleparza kanonii „morte olim domini Stanislai Biel vacantem“[95]). Z powodu nawału zajęć, które mu profesura przysparzała, nie mógł należycie spełniać obowiązków, połączonych z posiadaniem kanonii katedralnej, i z tego też powodu zwolniono go już w rok po jej objęciu od uczęszczania na posiedzenia kapituły. Z tego samego powodu, jako też niemniej z powodu ciężaru lat, złożył w ręce kanoników katedry dopiero niedawno mu nadany urząd kaznodziei katedralnego. Z innych czynności jego należy tu jeszcze podnieść, że w r. 1545 wchodził wraz z kardynałem Hozyuszem w skład komisyi, której poruczono zbadanie aktów, odnoszących się do procesu kanonizacyjnego św. Jacka[96]). Umarł w piątek dnia 10-go marca roku 1553[97]). Kanonię i prebendę Łatkowice (Latakowicze), w ten sposób opróżnioną, nadano już 17-go marca tego samego roku doktorowi Mikołajowi z Szadka, dziekanowi kościoła św. Floryana na Kleparzu. Wieś zaś Wąssów otrzymał nieco później Stanisław Górski[98]).

W r. 1533 ubiega się („vigore provisionis sedis apostolicae“) przez swego prawnego pełnomocnika Jan Solfa[99]) (Joannes Benedictide Maiori Glogovia, de Trebul), lekarz przyboczny króla, kanonik wileński, warmiński, warszawski, sandomirski i wrocławski, o koadjutoryę kanonii, którą naówczas posiadał kanonik krakowski Jakubowski. Kapituła jednak, zebrana 11-go grudnia tegoż roku, postanowiła jego żądanie oddalić, zarzucając mu pochodzenie nieszlacheckie. Od tej chwili nie sprzyjało Solfie więcej szczęście w Krakowie i rozpoczęły się zatargi między nim a kapitułą. Gdy się bowiem w r. 1516 opróżniła przy katedrze kanonia i prebenda topolska (Thopolya) przez podniesienie jej dotychczasowego posiadacza Andrzeja Zebrzydowskiego do godności biskupa chełmskiego, a Jan i o nią się ubiegał, nie nadano mu jej, powierzając natomiast tytułem pierwszeństwa Janowi Czermińskiemu, (Czyrmieński) kantorowi przemyskiemu i sekretarzowi królewskiemu. Kiedy się Solfa o tem dowiedział, wpadł do kapituły, protestując wobec zgromadzonych właśnie kanoników przeciw temu postępowaniu jej członków. Oburzona tym krokiem kapituła odpowiedziała nań równie energicznym protestem, do którego się w pierwszym rzędzie przyłączył Czermiński. Niezrażony jeszcze tem wszystkiem, ubiega się znowu Jan jeszcze w tym samym roku o kanonię i prebendę bossutowską, którą posiadał naówczas Jan Leżeński. Gdy mu się jednak i wtedy nie udało pozyskać dla siebie głosów prałatów i kanoników kapituły, począł w r. 1547 czynić ponownie kroki o uzyskanie kanonii i prebendy topolskiej. Tym razem opierał swoje starania na szlachectwie, uzyskanem od Ferdynanda, króla rzymskiego, przedkładając po temu dowody. Zalecał go od króla na tę kanonię Jan Ocieski, kasztelan biecki. Jednakowoż szlachta, dowiedziawszy się o tych zabiegach Solfy, wysłała do kapituły wybranych przez szlachtę wszystkich ziem polskich posłów, których imieniem przemawiał Jerzy Konarski, kasztelan międzyrzecki, protestując przeciw wyborowi Solfy, jako cudzoziemca, na kanonika katedralnego. W energicznem swojem przemówieniu odezwał się Konarski między innymi w ten sposób, że się obawiał przedewszystkiem stworzenia precedensu na szkodę szlachty przez nadawanie godności przy katedrze osobom obcym wątpliwego pochodzenia. „....Multos ex infirmo et plebeio genere homines etiam aduenas et alienos, ad dignitates, praelaturas, praebendas et canonicatus istius ecclesiae cathedralis cracoviensis et aliarum insignium, admitti, suscipi et in collegium suum recipi, ab eisdemque pleraque eiusmodi insgnia loca, possideri et occupari. Quae alioquin non aliis quam filiis istius patriae nobilibus, jure regni debent? videnturque ipsae ecclesiae, quasi quaedam xenodochia et hospitalia nobilitatis esse. Quaequidem leges, iura et privilegia huiusmodi per sedem apostolicam confirmata, plurimum violata et debilitata esse conspiciuntur in grande dedecus istius venalis confessus et epsius nobilitatem non mediocre praeiudicium“.... Cofając się zaś wstecz i przeglądając pokrótce ostatnich kilka nadań kanonii krakowskich, zakończył w ten sposób: „....Quaemadmodum ....fuerunt doctor Andreas praepositus nuper defunctus, Carolus Antonius et reliqui complures, veluti etiam et nunc fertur recipiendus, quidem dominus doctor Joannes Solffa ad hanc ecclesiam cracoviensem, *qui ut dicitur et extra regnum hoc et minime nobili loco natus sit* proinde petiit diligenter quatinus reverendi domini, id in posterum non admittere sed iura, prinilegia et immunitates ecclesiae manu tenere et inviolata conservare dignarentur[100])“. Widząc, że sprawa źle stoi, uciekł się Solfa do podstępu, stawiając 17-go maja 1547 r. czterech świadków „vulgariter Ochońskie dictos, omnes, ut dicitur, nobiles“, którzy mieli dowodzić jego szlachectwa. Przy bliższem jednak badaniu pokazało się, że oni nie znali nawet pochodzenia Solfy, a kapituła ich jako przekupnych odrzuciła. Trzeba było dopiero wstawienia się biskupa krakowskiego Samuela Maciejowskiego, żeby mu kapituła oddała „ex pluralitate votorum“ kanonię topolską, opróżnioną tym razem z powodu rezygnacyi Jana Czermińskiego. Lecz i teraz nie obeszło się jeszcze bez protestu, który podnieśli Czermiński i Albert Kijewski, uważając szlachectwo Solfy za nieudowodnione.

Mimo to jednak utrzymał się przy kanonii, a gdy w roku 1551 kapituła warmijska miała wybrać swojego biskupa, należał Solfa do owych czterech kandydatów, których jej król przedstawił. W r. 1554 otrzymuje wieś Zielonki, gdy jej dotychczasowy posiadacz Piotr Porębski otrzymał Wąssów, a w r. 1555 zostaje prowizorem domu kanoników, którym przedtem zarządzał kanonik Maciej Łącki (Mathias Lanczki). Przy Zielonkach utrzymał się Jan, zwany także w aktach wprost Benedyktem (Joannes Benedictus) aż do r. 1559, kiedy to otrzymał wieś prestymonialną Węgrzyce, — którą dotychczas posiadał kanonik Walenty Herbot — pod warunkiem przygotowania tamże w ciągu 2 lat mieszkania dla siebie i swoich w prowizoryi następców. Nie utrzymał się

---

88) Katalog. T. III. str. 128.
89) Liber promotionum, p. 142 et 149.
90) Rys dawnych dziejów, str. 146.
91) Źródła biogr. bibliograficzne.
92) Słownik.
93) Acta actorum, vol. III. IV. et V.
94) Łętowski: Katalog. T. II. str. 28.
95) Acta actorum: vol III. f. 322 et 323.
96) Hipler et Zakrzewski: Hosii epistolae. vol. I. Ap. 20.
97) Acta actorum: vol. V. f. 91 v.
98) Acta actorum: vol. V. f. 92 et 98.
99) Arnold: O hojności królów. Roczniki tow. warsz. T. VII. str. 177. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 189. — Wiszniewski: Hist. lit. pol. T. VIII. — Grabowski: Starożytnicze wiadomości. str. 224 — Łętowski: Katalog. T. II. str. 12 i nast. — Oettinger: Rys dawnych dziejów. str. 147. — Kośmiński: Słownik. — Hipler et Zakrzewski: Stanislai Hosii epistolae. T. II. §§ 558; 937, 1132, 1143, 1495, App. 47, 48, 66.— Wisłocki: Liber diligentiarum. — Morawski: Hist. Uniw. Jag. T. II. str. 125.

100) Acta actorum: vol. IV. fol. 214.

jednak i przy Węgrzycach długo, gdyż tylko 2 lata, odstępując je kantorowi i sufraganowi Walentemu Szlomowskiemu, uzyskując natomiast dla siebie wieś prestymonialną Brzezie, której prowizorya została opróżnioną z powodu śmierci proboszcza katedralnego Rafała Wargawskiego. Umarł w 1564 r. dnia 31-go marca[101]), a nie 30-go, jak powiada Kośmiński.

Zaledwie się tylko rozeszła pogłoska o jego śmierci, rozpoczęła się walka o kanonię topolską. Ubiegało się o nią aż 3 kandydatów, mianowicie: Walenty Kuczborski, sekretarz kardynała Hozyusza, Paweł Stępowski, kanonik władysławski, a jako trzeci kanonik płocki, doktor praw Jan Skaszewski[102]). Wszystkim trzem udało się przeprowadzić swoją instalacyę na rzeczoną kanonię. Jeszcze więcej kanoników ubiegało się o wieś Brzezie, którą jednak otrzymał Stanisław Szlomowski, biskup laodycki, kantor i sufragan krakowski[103]). Dom zaś kanoników („....in vicco canonicali dextrae partis ex castro eunti sitta sexta ab acie")....nadano kanonikowi Rafałowi Misłowskiemu.

Dla kapituły katedralnej zapisał Solfa 200 fl. pol.[104]), zastrzegając dla siebie za odsetki z tej sumy anniwersarz, a egzekutorowie testamentu uczynili zadość jego ostatniej woli w r. 1571.

Pod rokiem 1544 wspominają akta kapitulne o lekarzu Adamie[105]), nie podając obok imienia żadnego bliższego określenia tak, że nie jesteśmy w stanie na podstawie tej zapiski stanowczo rozstrzygnąć, czy tu idzie o osobę świecką, czy też duchowną, oraz czy lekarz ten pozostawał w jakich stosunkach do kapituły. Z tego co tu zanotowano wynika, że był on właścicielem domku, graniczącego z dobrami bieżanowskiemi, należącemi do kapituły i że prosił kapitułę, by mu odstąpiła kawałek gruntu celem powiększenia swego domku. Kapituła zgodziła się na jego żądanie pod pewnymi z góry mającymi się spełnić warunkami. Co się tyczy osoby Adama, należałoby przypuszczać podług tej zapiski, że tu mamy do czynienia z lekarzem stanu świeckiego, gdyż zapiski w aktach kapitulnych tytułują go jedynie „doctor Adam medicus". Czy tu jednak nie idzie o Adama z Brzezin, tego ani zaprzeczyć, ani też twierdzić nie można tembardziej, że we współczesnych aktach biskupich napotykamy jeszcze i innych lekarzy, których akta krótko nazywają „Adamus doctor in medicinis". I tak znajdujemy takiego lekarza pod rokiem 1550[106]), gdy pod rokiem 1551[107]) akta wspominają o doktorze Adamie z Brzezin, a pod rokiem 1554[108]) znowu o Adamie z Krakowa (Doctor Adamus de Cracovia), który naówczas był plebanem w Luboczycy. Pewnem jest, że mamy tu przed sobą co najmniej dwóch lekarzy Adamów, a mianowicie z Brzezin i z Krakowa; czy jednakowoż nie idzie tu przypadkiem o trzech lub nawet czterech współczesnych sobie lekarzy Adamów, tego rozstrzygnąć na podstawie tak krótkich wzmianek nie można. Gdybyśmy się jednak chcieli wdawać w rozumowania, moglibyśmy z pewnem prawdopodobieństwem przyjąć, że Adam z Brzezin, o którym akta biskupie wspominają, jako o świadku w sprawie plebana bieżanowskiego, doktora Marcina z Proszowic, identycznym jest z Adamem, sąsiadem dóbr bieżanowskich, o którym wspominają akta katedralne pod r. 1544.

W rok później napotykamy w aktach innego lekarza, którym się kapituła musiała bliżej zająć[109]). Szło o lekarza Jędrzeja z Opoczna (Andreas de Opoczno[110]), który, jak się zdaje, z powodu sporu z kanonikiem katedralnym Maciejem Zielińskim zawezwał pośrednictwa kapituły. O przyczynie sporu wspominają akta bardzo krótko, nazywając je ogólnikowo „controversiae et iniuriae verbales". Zdaje się, że pokrzywdzonym był tym razem Jędrzej z Opoczna, gdyż przewodniczący sądu upomniał kanonika Zielińskiego, by się w przyszłości wstrzymywał „a minis et comminationibus quibusvis" wobec Jędrzeja.

O osobie tego lekarza dotychczas bardzo mało wiemy, tembardziej więc zadziwić musi, że się z nim dotychczas prawie jedynie przy rozprawach sądowych[111]) zapoznajemy. Krótka zaś powyższa wzmianka nie pozwala na żadne wnioski o stosunku jego do kapituły. Nieco później, lecz tegoż samego jeszcze roku zajmują się kanonicy katedralni Jakóbem[112]) lekarzem, który towarzyszył Janowi Gamratowi, palatynowi mazowieckiemu, bratu arcybiskupa Gamrata, gdy się udawał z Janem na prośbę arcybiskupa dla poratowania zdrowia palatyna „ad thermas pathavinas". Temu to Jakóbowi dodają akta nasze tytuł „chirurgicus". Mimo to jednak nasuwa się myśl, czy osoba Jakóba chirurga nie jest przypadkiem identyczną z innym lekarzem, o którym wkrótce pomówimy, a mianowicie z Jakóbem z Biskupic. Przydomek bowiem „chirurgicus" możnaby dostatecznie wytłómaczyć rodzajem choroby Gamrata, która wymagała leczenia chirurgicznego.

Przeciw temu przypuszczeniu przemawiałaby jednak okoliczność, że się domagał od kapituły nietylko zwrotu kosztów poniesionych podczas podróży z bratem arcybiskupa, ale także i wynagrodzenia za trudy poniesione, czegoby prawdopodobnie Jakób z Biskupic, posiadający aż dwie kanonie lekarskie, a między niemi i krakowską, nie uczynił. Kapituła przyznała mu ze sumy, uzyskanej ze sprzedaży ruchomości i nieruchomości, pozostałych po Gamracie, obok kosztów poniesionych w kwocie 40 flor., jeszcze 60 flor. tytułem wynagrodzenia. Równocześnie z tą sprawą załatwiła kapituła podobną sprawę innego lekarza, lecz już stanowczo świeckiego, mianowicie Jana Antonina przyznając jemu za leczenie tego samego chorego kwotę 100 flor.

Mimo, że się członkowie kapituły posługiwali — i to, jak widzimy, stosunkowo nierzadko — lekarzami z poza kapituły, nie brakło takowych wtedy i pośród nich. Kiedy bowiem w roku 1544 umarł Stanisław Tarło, biskup przemyski i kanonik krakowski, otrzymał opróżniony przez niego archidyakonat lubelski i „stallum" w katedrze krakowskiej doktor medycyny Bartłomiej ze Stradomia[113]) (Bartholomeus a ponte regio crac. seu de Stradomia artium et medicinae doctor, custos s. Aegidii crac.), zwany także Sabinka (Sabinus, Sabynka), doradca lekarski kardynała Hozyusza[114]) i Zygmunta Augusta. O działalności jego w kapitule akta nic nie wspominają, a z nazwiskiem jego spotykamy się znowu w rocznikach naszych dopiero po jego śmierci, która nastąpiła w r. 1556, prawdopodobnie dnia 11-go sierpnia, a nie 20-go rzeczonego miesiąca, jak to podaje napis na nagrobku, przytoczony przez Starowolskiego i jak za nim wszyscy autorowie powtarzają. Już bowiem na posiedzeniu kapituły, które się odbyło 14-go sierpnia tegoż roku, zdano sprawę z pogrzebu Sabinki, który się odbył w tym właśnie dniu w kościele katedralnym („...cuius (Bartholomei Sabinka) exequiae funebres die hodierno (14 Augusti) hoc in templo sunt absoluti[115])"....

W kilka zaledwie miesięcy po wyborze Sabinki oddali kanonicy kapituły swoje głosy innemu, wyżej już wspomnianemu lekarzowi, mianowicie Jakóbowi z Biskupic[116]) (Jacobus Pontificius a Biskupicze artium et medicinae doctor, canonicus gnesnensis et plocensis, archidiaconus lovicensis), któremu akta także raz nadają tytuł „iurium doctoris"[117]) i „insignis mathematicus"[118]). Tym razem szło o nadanie kanonii i prebendy chmielnickiej, osieroconej przez śmierć Mikołaja Miłkowskiego, kanonika kra-

---

[101]) Acta actorum: vol. V. fol. 493 et v.

[102]) Ibidem: fol. 493 et 495.

[103]) Acta actorum: vol. VI. fol. 1 et v.

[104]) Acta actorum: vol. VI. fol. 190.

[105]) Acta actorum: vol. IV. f. 14 et 35.

[106]) Acta officialia: vol. 82. p. 521.

[107]) Ibidem: p. 711—712.

[108]) Acta officialia: vol. 84. p. 925.

[109]) Acta actorum: vol. IV. fol. 84 v. et 85.

[110]) Majer: Wiadomości z życia prof. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 28. — Muczkowski: Liber promotionum. p. 164 et 167. — Kośmiński: Słownik.

[111]) Wisłocki: Acta rectoralia.

[112]) Acta actorum: vol. IV. fol. 103 et 104.

[113]) Starowolski: Monumenta. p. 29 et 162. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 193. — Rocznik wydz. lek. T. II. str. 47. — Muczkowski: Liber promotionum. p. 180. — Grabowski: Starożytnicze wiadomości. str. 224. — Łętowski: Katalog. T. IV. str. 24. — Majer: Wiadomości z życia prof. str. 42 i 43. — Oettinger: Rys dawnych dziejów. str. 164. — Kośmiński: Słownik. — Wisłocki: Liber diligentiarum.

[114]) Hipler et Zakrzewski: Stanislai Hosii epistolae. Tom II.

[115]) Acta actorum: vol. IV. fol 47 et vol. V. f. 237 v.

[116]) Starowolski: Monumenta. p. 708. — Arnold: Rozprawa druga o hojności królów. str. 252. — Rocznik wydz. lek. Uniw. Jag. T. II. str. 57. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 231. — Muczkowski: Liber promotionum. p. 173 et 179. — Łętowski: Katalog. T. II. str. 35—37. — Gąsiorowski: Hist. kanonikatu. str. 308. — Oettinger: Rys dawnych dziejów. str. 159. — Hipler et Zakrzewski: Hosii epistolae. T. II. — Kośmiński: Słownik. — Wisłocki: Liber diligentiarum. — Windakiewicz: Materyały do historyi Polaków w Padwie w Archiwum do dziejów lit. i oświaty w Polsce. T. VII. str. 159. — Korytkowski: Prałaci i kanonicy. T. III. str. 253 i 254. Giedroyć: Źródła.

[117]) Acta actorum: vol. V. fol. 115.

[118]) Ibidem: f. 161.

kowskiego i proboszcza łowickiego, o którym Gąsiorowski w podręczniku swoim tyle jedynie podaje, ile z nagrobka, przytoczonego przez Starowolskiego, wyczytał. Nie więcej, aniżeli Gąsiorowski, wie o nim i Łętowski, jakkolwiek pierwszemu z tego czyni zarzut. Nadanie Pontificiusowi kanonii krakowskiej w r. 1545 zasługuje z tego względu na uwagę, że przy wyborze tym wzięli członkowie kapituły za podstawę *breve* papieża Pawła III z roku 1543. Wynikiem tego było, że Pontificiusowi oddano kanonię lekarską. „...prout in continenti eundem dominum doctorem Jacobum de Biskupicze, de promotione doctoratus sui per venerabilem dominum Joannem Droiowski can. crac. sufficienter docentem, superpellicio et almutio indutum *in ecclesiam ut et tanquam medicinae doctorem induxerunt*[119]". Na tej samej podstawie, na której uzyskał kanonię krakowską, osiągnął Jakób pierwszą kanonię lekarską w Gnieźnie w roku 1543, o czem jednak napis na nagrobku nie wspomina.

W r. 1550 otrzymał wspólnie z kanonikiem Janem Czermińskim w zarząd dobra Dobrawoda, a w roku 1552 sprawdzał wspólnie z kanonikiem Stanisławem Górskim szlacheckie pochodzenie Hieronima Garwaskiego, gdy się ten ubiegał o kanonię dojazdowską. Umarł około 6-go lipca roku 1554 w plebanii Wąsossc[120]), a nie w r. 1553, jak wynika z napisu na nagrobku, przytoczonego u Starowolskiego, co także powtarza ją Gąsiorowski, Korytkowski i inni. Chorował krótko, gdyż jeszcze 28-go czerwca r. 1554 zasiadał w kapitule. Egzekutorami jego testamentu byli: Zygmunt ze Stężycy i Marcin Kromer. Następcą jego w kanonii chmielnickiej był Hieronim Garwaski, ten sam, którego szlachectwa sam Pontificius dowodził. (C. d. n.)

IX. † Dr. Jan Mikulicz-Radecki

profesor chirurgii w Uniwersytecie wrocławskim, członek honorowy, czynny i korespondent wielu towarzystw naukowych na obu półkulach, niezrównany operator, człowiek głębokiej wiedzy i nadludzkiej pracy, — zakończył życie w Wrocławiu d. 14 czerwca 1905 r. Przyszedł na świat w r. 1850 w Czerniowcach, gdzie ojciec jego był sekretarzem Izby handlowej. Nauki średnie pobierał w Pradze czeskiej, Wiedniu, Celowcu, Hermansztadzie i Czerniowcach. W r. 1869 wstąpił na wydział lekarski w Wiedniu, który ukończył w r. 1875. Następnie poświęcił się chirurgii pod kierunkiem Billrotha, którego wreszcie został asystentem i sprawował te obowiązki do r. 1881. Otrzymawszy urlop od swego szefa, zwiedził pierwszorzędne Zakłady chirurgiczne w zachodniej Europie, jak Listera, Volkmanna i inne, a po powrocie do Wiednia habitował się na docenta chirurgii. W r. 1882, licząc lat 32, mianowany został profesorem chirurgii i dyrektorem kliniki chirurgicznej w Uniw. Jagiellońskim. Jeśli kliniki wiedeńskie wówczas nie odpowiadały swemu przeznaczeniu, to cóż powiedzieć o klinice krakowskiej, która zaniedbaniem srodze urągała tym zasadom antyseptyki, które pierwszy począł u nas wyznawać i stosować poprzednik Mikulicza prof. Bryk. Pomimo przełomu, jaki nastał po r. 1866 w wewnętrznej polityce rządu rakuzkiego, ministeryum oświaty nie mogło jakoś przystosować się do nowych form bytu politycznego w Austryi i odmawiało stale funduszów na podjęcie przeobrażeń w Zakładach klinicznych prowincyonalnych, wskazanych i koniecznych po przeobrażeniu pojęć patologii ogólnej. Poparty skutecznie przez Billrotha, udał się Mikulicz do ministra oświaty i wyjednał małe przeróbki w klinice dotychczasowej, a przedewszystkiem skłonił rząd do ostatecznego postanowienia wybudowania kliniki z gruntu nowej. Te starania Mikulicza, które były początkiem reorganizacyi krakowskich instytutów uniwersyteckich, pozostaną na zawsze w wdzięcznej pamięci społeczeństwa polskiego. Wydział lekarski nie wpisał Mikulicza do listy kandydatów na katedrę chirurgii: polecając Rydygiera, Obalińskiego, Lessera, Hofmokla, oświadczył Wydział, że wysoko sobie ceni naukę i niepospolite zdolności kandydata ministeryalnego Mikulicza, ale nieznajomość języka polskiego, będącego ustawowo językiem urzędowym Uniwers. Jagiellon., wyklucza go ze współubiegania się; przeszkoda ta, z chwilą, w której Mikulicz oświadczył ministrowi, że zna na tyle język polski, że się podejmuje w nim wykładać, została usuniętą; Mikulicz otrzymał nominacyę na prof. chirurgii w Krakowie, a począwszy od wykładu wstępnego, przekonał Wydział i słuchaczów, że rzeczywiście włada polskim językiem o tyle, że nie potrzebuje szukać pomocy w innym obcym języku dla jasnego wyrażenia swoich myśli. Wrodzony dar zjednywania ludzi, a przytem wyjątkowa zdolność młodego chirurga obok skromności i prostoty, zjednały Mikuliczowi w Krakowie serca słuchaczy, kolegów, a nawet społeczeństwa polskiego. Wniósł on ożywczą siłę w powolny prąd naszego życia lekarskiego, przekonał o potrzebie »Domu zdrowia« w Krakowie, rozbudził ruch naukowy w Towarz. lekarskiem, którego w r. 1887 został prezesem, wreszcie otworzył oczy rządowi austryackiemu na opłakane stosunki naszych instytucyi uniwersyteckich: nic więc dziwnego, że kiedy rząd niemiecki wezwał go do objęcia katedry w Królewcu, młodzież uniwersytecka, jak również Wydział lekarski i senat uniwersytecki czyniły największe starania, by skłonić Mikulicza do pozostania w Krakowie. Mikulicz opuścił nasze miasto r. 1887, a po trzech latach pobytu w Królewcu miał zająć katedrę po Volkmannie w Halli; lecz w tymże czasie zawakowała katedra chirurgii w Wrocławiu, którą objął w r. 1900. Po śmierci Billrotha proponowany był na drugiem miejscu na katedrę w Wiedniu, a gdy ta katedra znowu opróżniła się po śmierci Gussenbauera, Wydział lekarski w Wiedniu postawił go w ternie na pierwszem miejscu; lecz tego wezwania Mikulicz nie przyjął, mając w Wrocławiu wspaniale urządzoną klinikę i znakomite warunki działania, tak odpowiadające jego usposobieniu i jego żądzy naukowej pracy. Na wysokości tego powodzenia zaskoczyła go groźna choroba, która przecięła to pożyteczne, a tak płodne życie.

Działalność naukowa Mikulicza objęła wszystkie działy chirurgii: pierwsze swe prace poświęcił on patologii układu kostnego, mianowicie ogłosił studya o rozmaitości osobniczej kształtów kości udowej i goleniowej u ludzi; o skrzywieniach bocznych w stawie kolanowym; o operacyi uda z powodu kolana koślawego; o wyłuszczeniu łopatki; o nowej osteoplastycznej metodzie resekcyi kości stopy; o leczeniu operacyjnem próchnienia kręgów; o niekrwawem nastawianiu zwichnięć wrodzonych w stawach biodrowych itd.; obmyślił skoliozometer, przyrząd do mierzenia bocznych skrzywień kręgosłupa. Dłuższe studya poświęcał przełykowi, w szczególności pracował nad udoskonaleniem wziernika przełykowego; udowodnił, że zwężenie przełyku często ma źródło w skurczu wpustu, a przytem poświęcił parę rozpraw fizyologii przełyku. Na jednem z posiedzeń Towarz. lekarz. krakowskiego, mówiąc o szkodliwych następstwach wyłuszczenia całego wola, poruszył sprawę doniosłą częściowego jego wycięcia; myśl tę przeniósł i na operacyjne leczenie choroby Basedowa, którem zajmował się w czasie pobytu w Wrocławiu. Chirurgia jamy brzusznej i przewodu pokarmowego zawdzięcza Mikuliczowi swój rozwój: szereg artykułów poświęcił Mikulicz leczeniu ropnych zapaleń otrzewnej, tak zogniskowanych, jak i rozlanych i obmyślił swój sposób sączkowania jamy brzusznej, powszechnie znany pod nazwą »worka Mikulicza«. W chirurgii żołądka podał swoją modyfikacyę metody operacyjnej przy zwężeniach odźwiernika; pisał o laparotomii przy przedziurawieniu żołądka; rozszerzył technikę operacyjną przy raku żołądka i wydał nader gruntownie opracowaną rozprawę o postępowaniu

[119]) Acta actorum: vol. IV. fol. 63 et v. et 64.
[120]) Acta actorum: vol. V. f. 161.

chirurgicznem w przewlekłym wrzodzie żołądka. Chirurgia jelit zawdzięcza Mikuliczowi wiele ulepszeń operacyjnych. Przy złośliwych nowotworach jelit był on zwolennikiem resekcyi doszczętnej guza w dwóch posiedzeniach; prócz tego pisał o laparotomii w przypadkach przedziurawienia jelit, o niedrożności jelit, o postępowaniu operacyjnem przy wypadnięciu prostnicy i t. d. Pracę Mikulicza o obecnym stanie chirurgii trzustki należy uważać za zbiór wszystkich wiadomości i osobistych poglądów autora na patologię tego gruczołu.

Pracując z pewnem upodobaniem nad patologią niektórych działów chirurgii, jak układ kostny, wól, jama brzuszna, przewód pokarmowy, Mikulicz nie spuszczał z oka całego obszaru nauki, którą uprawiał; stąd powstało to tak liczne piśmiennictwo kazuistyczne, w którem na każdym przypadku wycisnął on piętno swego wyższego i samoistnego umysłu. Z liczby tych przyczynków wymienić należy osobną postać chorobową, polegającą na symetrycznem schorzeniu gruczołów łzowych i ślinnych, która nosi jego imię.

Pracując, jak nikt przed nim, w chirurgii trzew, przemyśliwał Mikulicz nad sposobem uodpornienia otrzewnej przeciw sztucznemu zakażeniu. Doświadczenia, które poczynił zachęcony przez Mikulicza Dr. Miyaka, dowiodły, że wstrzyknięcie do jamy otrzewnej roztworu soli kuchennej wywołuje spotęgowaną leukocytozę tak w przesięku otrzewnym, jak i w samej krwi; badania te świeżej daty nie doprowadziły jeszcze do wyrobienia zdania o praktycznej wartości tego zabiegu, nie wypowiedział też o nim Mikulicz swego zapatrywania.

Niemniej nie wyraził Mikulicz swego zdania o operowaniu chorób śródpiersiowych w kamerze pomysłu Sauerbrucha pod większem lub mniejszem ciśnieniem. Rozważny i ściśle krytyczny Mikulicz nigdy nie wyprowadzał wniosków ze sporadycznych przypadków, a twierdzenia swoje zawsze popierał na bogatej statystyce.

Kto, jak Mikulicz, wykonał tyle zabiegów w jamach i narządach wewnętrznych, ten potrafi ocenić całą praktyczną wartość bezgnilnego sposobu operowania i ten pojmie, dlaczego Mikulicz poświęcił połowę swych sił na wydoskonalenie aseptyki, którą w klinice wrocławskiej doprowadził do ostatnich granic możności. Do tych usiłowań należą jego prace o dezinfekcyi rąk i skóry zapomocą spirytusu mydlanego, o rękawiczkach podczas operacyi, o używaniu maski na nos i usta podczas operacyi i tyle innych. W tych zasadach bezwzględnej aseptyki wykształcił Mikulicz całe pokolenie chirurgów, a sam święcił tryumfy niedoścignionego i szczęśliwego operatora. Dzięki aseptyce chirurgia z rokiem każdym poczęła rozszerzać granice swego terytoryum na narządy wewnętrzne, a chirurdzy stopniowo poczęli się stawać internistami i temu przeobrażeniu dał wyraz Mikulicz w piśmiennictwie lekarskiem i wraz z Naunynem rozpoczął przed 10 laty wydawać czasopismo p. t. *Mittheilungen aus den Grenzgeb. der Chirurgie und der Medicin.* W 13 tomach, które do tej pory wyszły, klinika wrocławska zajmuje swojemi pracami niemal połowę miejsca. Najwięcej osobistych poglądów i wniosków z działalności naukowej ostatnich lat umieścił Mikulicz w dziele *Handbuch der praktischen Chirurgie,* które wydał wraz z Kauschem, Brunsem i Bergmannem.

Mistrz w dyagnostyce chorób żołądka, Mikulicz rozpoznał na sobie samym raka tego narządu. Laparotomia, wykonana przez Dr. Eiselsberga, musiała pozostać tylko próbną: nowotwór rozszerzył się już na narządy sąsiednie i wszelkie zabiegi do wyłuszczenia byłyby co najmniej bezskuteczne. Krwawe wymioty, którym uległ podczas pobytu w Meranie, przykuły Mikulicza do łoża, z którego już nie miał się podźwignąć.

Tak zgasł w sile wieku człowiek niepospolity, głębokiej wiedzy, wielkiej pracy, nieobliczonych zasług dla nauki i ludzkości. Jak wszyscy ludzie wyżsi ponad poziom przeciętny, Mikulicz był człowiekiem skromnym, prostym, koleżeńskim, szeroko pojmującym swoje zadanie życiowe. Opatrzność dała mu życie piękne: dzielił je między ulubioną muzykę a surową pracę chirurga: w ostatnim swym liście, już pogodzony z losem, pisał: »Umieram bez wszelkiej urazy i z odczuciem zadowolnienia z życia. Pracowałem według sił moich i znalazłem na świecie uznanie i szczęście«. Z takiemi słowami na ustach odlatują tylko duchy wyższe, którym ludzkość odpłaca niespożytą i wieczną wdzięcznością. *A. Kw.*

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Bardzo ciekawie i na czasie będące uwagi zawiera wiedeński list, ogłoszony w Nr. 26 b. r. „Münch. med. Wochschr.“ Przytaczamy kilka więcej zajmujących szczegółów.

Kolegium profesorów lekarskiego wydziału wiedeńskiego powzięło w ostatnich czasach uchwałę, zmierzającą do utrudnienia uzyskania docentury. Dotychczas starający się o stopień docenta wnosił podanie, a specyalny komitet zawodowców oceniał jego prace naukowe, godność osobistą i następnie zdawał sprawę wydziałowi wraz z wnioskiem przychylnym lub odmownym, nad którym wydział głosował. Przypuszczonym był kandydat do docentury, jeśli uzyskał w głosowaniu bezwzględną większość; w przyszłości będzie inaczej: tylko ten kandydat zostanie przypuszczonym do *colloquium* i przedstawionym do zatwierdzenia ministerstwu, który uzyska w głosowaniu $^2/_3$ większości. Uchwałę tę wydziału lekarskiego przesłano ministerstwu oświaty, — w jego ręku spoczywa obecnie decyzya. Posiedzenia wydziału są tajne; mimo to zawsze dostają się do publicznej wiadomości różne szczegóły i obecnie też dowiedziano się, że sprawę powyższą referował pewien wybitny członek wydziału, a uzasadniał swój wniosek tem, że na wydziale lekarskim wiedeńskim jest już za dużo sił nauczycielskich, że stosunek ilościowy sił nauczycielskich do liczby uczniów jest niestosunkowo wielki. Powiadają także, że ten sam przepis ($^2/_3$ większości) ma obowiązywać i przy innych sprawach osobistych, n. p. przy udzielaniu docentowi tytułu profesora nadzwyczajnego.

Ciekawą jest rzeczą, że właśnie niedawno pokazała się w kołach lekarzy i profesorów wiedeńskich broszura, napisana przez lekarza praktycznego dr. Ludwika Freya p. t. „Uwagi społeczno-lekarskie o stosunku profesorów uniwersytetu i docentów do lekarzy praktyków“ (»*Socialärztliche Betrachtungen über das Verhältnis der Universitätsprofesoren und Docenten zu den praktischen Aerzten*«) W broszurze tej zwraca się autor z wezwaniem do wydziału, by raczył baczniej spoglądać na ciężkie życie praktyków i zajął się ich ciężką dolą. Treść tej broszurki przedstawia się, jak następuje: Dr. Frey wykazuje liczbami, że personal nauczycielski w wiedeńskim wydziale lekarskim wzrósł od r. 1890. W r. 1890 było profesorów 21 zwyczajnych, 37 nadzwyczajnych i 66 prywatnych docentów (na ogół 124 sił nauczycielskich); w r. 1903 było już 20 zwyczajnych profesorów, 74 nadzwyczajnych i 103 prywatnych docentów (razem 197 sił nauczycielskich), a w r. 1904 podniosła się ogólna liczba sił nauczycielskich na 207. Wydział lekarski ze wszystkich czterech wydziałów ma największy przypływ sił nauczycielskich. Równocześnie sława wydziału lekarskiego wiedeńskiego w porównaniu z dawniejszymi czasami znacznie przycichła: zagraniczni uczniowie chętniej ciągnęli do Berlina lub Hejdelbergu, a liczba uczniów zwyczajnych krajowców znacznie spadła. Trudno wytłómaczyć sobie znaczny wzrost sił nauczycielskich postępem wiedzy, lub rosnącą liczbą słuchaczy; — przyczyna tego zjawiska leży gdzieindziej, a mianowicie w wyjątkowem stanowisku profesorów uniwersyteckich. Profesorowie wydziału lekarskiego, — czego nie ma na innych wydziałach, — zajmują się praktyką i to nieraz bardziej niż nauczaniem, niejednokrotnie wypierają z praktyki długoletnich lekarzy domowych, słowem stanowią bardzo poważne niebezpieczeństwo dla bytu lekarzy praktyków. O stopień akademicki starają się często ludzie nie z gorącej miłości dla nauki, ale dla widoków na materyalnie zapewnioną i łatwiejszą egzystencyę. „Karyerowiczostwo, oportunizm i bizantynizm stanowią dźwignie, popychające medyka na szczeble akademickiej hierarchii“. Uzyskać docenturę dzisiaj łatwiej, niż dostać prymaryat szpitalny, albo nawet posadę kierownika oddziału w jakiem ambulatoryum! Ponadto profesorowie i docenci gałęzi teoretycznych, jak n. p. hi-

storya medycyny, farmakologia, patologia doświadczalna, używają tego tytułu w swej praktyce lekarskiej. Publiczność wierzy, że taki docent lub profesor ma także większe doświadczenie i większą wiedzę, niż zwykły praktyk w wykonywanym przez siebie dziale praktycznej medycyny, odnosi się do niego z większem zaufaniem i płaci go lepiej. W ten sposób wytworzył się rodzaj lepiej płatnych lekarzy i jeśli tak dalej, jak do tej pory, lekarze będą się habilitowali i dostawali tytuły nadzwyczajnych profesorów, to w krótkim czasie wytworzy się gruntowny rozdział między lekarzami praktycznymi: z jednej strony stać będzie szereg profesorów i docentów, cieszących się t. zw. *praxi aurea*, a z drugiej biedni proletaryusze, zarabiający ledwo na życie praktyką kasową lub praktyką w rodzinach niezamożnych. Najniebezpieczniejszym konkurentem lekarza praktyka jest dzisiaj docent i tytularny profesor, wykonywujący zawód lekarski w mieście: dr. Frey dochodzi do radykalnego wniosku, żeby docentom i profesorom pozostawić praktykę konsultacyjną, jednak zabronić ogólnej praktyki lekarskiej — a zatem do wniosku, na który nie tak łatwo się zgodzić i który zwalczać uważa autor listu za zbyteczne. Dr. Frey wzywa także, jak już wspomnieliśmy, wydział lekarski o pomoc w tym względzie. Najwłaściwszą odpowiedzią wydziału na broszurę Freya jest wyżej podana uchwała wiedeńskich profesorów.

W związku z powyższą sprawą stoi fakt, że 20 czerwca b. r. zainterpelowali ministra wyznań i oświaty w Izbie posłów dr. Heilinger i towarzysze w sprawie stosunków na wydziałach lekarskich. Wywodzili oni: „Profesorowie i prywatni docenci na wydziale lekarskim wiedeńskim, którzy wykładają praktyczne gałęzie medycyny, mianowicie medycynę wewnętrzną, chirurgię, położnictwo i dermatologię, używają swoich tytułów prawie wyłącznie dla wyrobienia sobie lepszej praktyki, a wiedzą zawodową zajmują się niestety często tylko ubocznie. Im większą mają praktykę, tem mniej się oddają nauczaniu i tem mniej się zajmują badaniami naukowemi. Wynikiem tego jest, że lekarze, opuszczający ławy szkolne, mniej są wykształceni zawodowo. Przyczyna tego leży między innemi i w tem, że bardzo wiele czasu poświęca się na uniwersytecie dla spraw, które z przyszłą praktyką medyka w luźnym pozostają związku, a za to mało czasu zostaje na naukę praktycznych gałęzi lekarskich. Chorób zakaźnych, jak płonica, błonica, odra i t. d., nie widzi student zupełnie w klinikach, jak to wywodził w wykładzie swoim wybitny wiedeński higienista dr. Schrank. Zabiegom chirurgicznym musi się uczeń przyglądać w klinikach tylko z odległości, z galeryi, przy pomocy lornetki. Coraz bardziej daje się odczuwać, że niektórzy profesorowie i docenci, coraz mniej na szkodę uczniów zajmują się nauką, a gonią za złotonośną praktyką lekarską i konkurują z lekarzami praktycznymi, a pamiętać należy tutaj, że ci sami profesorowie i docenci często funkcyonują jako rzeczoznawcy sądowi w sprawach lekarzy praktycznych. Niektórzy profesorowie uważają, że zgadza się z ich powołaniem bawić nieraz u chorego daleko w obcym kraju, a dać się zastępować w czynności profesorskiej przez innego, często mniej zdolnego lekarza. Jeżeli stan lekarski nie ma stracić na swojem poważaniu i znaczeniu, należy temu zaradzić. I dlatego wnioskodawcy zapytują: Czy Jego Ekscelencya jest skłonną zarządzić, by 1) wykonywanie praktyki lekarskiej dozwolone było profesorom wydziałów lekarskich tylko w ograniczonym stopniu, a nigdy na koszt czynności nauczycielskich? 2) by natomiast profesorów i docentów odpowiednio lepiej wynagradzać? 3) by udzielenie tytułów docenta wstrzymać (!), gdyż tytuł ten bywa używany jako państwowa reklama dla uzyskania dobrej praktyki? i 4) by na uniwersytetach zwracano większą uwagę na praktyczne gałęzie medycyny, niż na medycynę sądową, chemię, higienę i t. d., które to przedmioty medycyny publicznej i tak lekarz, poświęcający się publicznej służbie zdrowia, zdawać musi przy egzaminie fizykackim"?

Dla dokładności podaje autor listu, że poseł Alojzy Heilinger jest doktorem prawa, urzędnikiem magistratu i docentem w c. k. technicznem Muzeum przemysłowem, a więc chyba zna z własnego doświadczenia stosunki na naszych wydziałach lekarskich, oraz potrzeby medyków i lekarzy. Prawdopodobnie lekarze byli suflerami jego interpelacyi; w pogoni jednak za oryginalnością, radykalizmem i Bóg wie jeszcze czem, pomięszał Heilinger sprawy słuszne z niesłusznemi. I tak n. p. obok życzeń racyonalnych, już nieraz podnoszonych, wyraża niemądre życzenie, by znieść tytuł docenta! Panowie Heilinger i towarzysze, którzy dzisiaj okazali się tak bardzo dbałymi o powagę i znaczenie stanu lekarskiego, to są ci sami panowie, którzy w sejmie dolnoaustryackim w przykry sposób szyderski rzucili się na profesorów wiedeńskiego wydziału lekarskiego, co nawet wywołało gorący protest u wszystkich lekarzy austryackich; to są ci sami panowie, którzy w sejmach stawiają wnioski, by znowu zaprowadzić po małych miasteczkach prowincyonalnych, jakto bywało dawniej, niższą kategoryę lekarzy, felczerów, chirurgów, żeby dozwolić na praktykę znanym (chociaż już często karanym) „składaczom kości". Ministrowi oświaty chyba nie sprawi żadnej trudności odpowiedź na tę interpelacyę.

„Stowarzyszenie austryackich docentów szkół wyższych" rozpisało nagrodę 300 K. za najlepszą pracę na temat: „Położenie i stanowisko prawne docentów prywatnych, szczególnie szkół wyższych w Austryi i państwie niemieckim". Konkurs ten ma na celu uzyskać dane, któreby się dały zużytkować wobec przepisów ustawowych i administracyjnych, aby tą drogą uzyskać wpływ na materyalne położenie docentów. Rękopisy niemieckie, opatrzone godłem, należy adresować do dnia 1 stycznia 1906 do zarządu Stowarzyszenia (Wiedeń I, Uniwersytet). Koperta, opatrzona tem samem godłem, co praca, powinna zawierać nazwisko autora. Wydział stowarzyszenia rozstrzygnie konkurs, względnie przyzna nagrodę, której w żadnym razie nie podzieli. *Stahr.*

Katedry medycyny społecznej domaga się rezolucya, powzięta na wniosek dr. A. Kleina na Wiecu Towarzystw lekar. w Wiedniu d. 26 marca (porównaj „Przegl. lek." str. 355, 1905). Jak obecnie miałem sposobność się przekonać, domagają się tej instytucyi nietylko sfery lekarskie, ale i przemysłowohandlowe. Bo oto sprawozdanie Izby handlowoprzemysłowej Austryi niższej za r. 1903 wyraźnie zaznacza, jak bardzo dla sfer handlowoprzemysłowych byłoby potrzebnem, aby na uniwersytecie zaznajamiano adeptów sztuki lekarskiej z medycyną asekuracyjną (*Versicherungsmedizin*). Niema dziś bowiem już lekarza, jak mówi sprawozdanie, któryby się nie znalazł w położeniu, iżby dla jakiejś prywatnej czy publicznej instytucyi ubezpieczeniowej nie musiał złożyć jakiegoś lekarskiego sprawozdania lub orzeczenia. Liczba lekarzy, cieszących się zaufaniem towarzystw ubezpieczenia na życie, rośnie coraz bardziej. Kasy chorych, a więc instytucye publiczne, ubezpieczające robotników w razie choroby i przypadku, zatrudniają bardzo dużo lekarzy w państwie. Wszyscy ci lekarze wynieśli z uniwersytetu bardzo niedokładne wiadomości o specyalnych zadaniach lekarzy, pracujących w dziale ubezpieczenia wogóle, a to, co wiedzą, nabyli drogą autodydaktyczną i to nieraz z wielkiemi trudnościami. Sprawami, odnoszącemi się do szerokiego zakresu ubezpieczenia, zajmować się muszą dzisiaj nietylko lekarze, w tym dziale pracujący zawodowo, jako mężowie zaufania tych lub owych instytucyj, ale często i od innych, szczególnie młodych lekarzy, wymaga się wystawienia świadectwa i wydania orzeczenia w sprawach asekuracyjnych, a więc od lekarzy, którzy się wcale nie zajmują tym działem zawodowo. Jako przykład niech służą coraz więcej mnożące się nieszczęśliwe wypadki, powodowane tramwajami elektrycznymi. Wszystkie one podlegają ustawom z 5 marca 1869, Dz. u. p. pr. Nr. 27, albo z 12 lipca 1901 Dz. u. p. p. Nr. 147, które stanowią o obowiązku odszkodowania, jaki mają przedsiębiorstwa kolejowe w razie nieszczęśliwego wypadku, wywołanego z ich winy. Lekarz praktyczny ma w takich przypadkach donieść, sporządzać historye chorób i wydać orzeczenia. Gdyby lekarze, w takich razach funkcyonujący, byli dokładnie ze sprawą obeznani, możnaby w licznych przed sądem handlowym toczących się sprawach uniknąć już to tak częstych nieporozumień i nieprzyjemności, które dotykają lekarzy, już to straty czasu i pieniędzy, co znowu przykro dotyka oskarżone przedsiębiorstwa i towarzystwa asekuracyjne, obowiązane do odszkodowań, towarzystwa, w których oskarżone przedsiębiorstwo było ubezpieczone. Zawiłe kwestye nerwicy traumatycznej, udawania (simulatio), przesadzania (aggravatio), dokładne spostrzeganie przedmiotowych cech cierpienia z wypadków i ewentualnych późniejszych, z niego wynikających skutków lub też powikłań, wymagają osobnego studyum i specyalnych wiadomości. Bez tych wiadomości może łatwo lekarz popaść w błąd, czy to raz dając zbytnio wiarę zapewnieniom swego pacyenta, czy też na odwrót innym razem za mało na nich polegając. Jednak nietylko badany może ponieść nieraz ciężką szkodę, ale i sam lekarz, skoro wśród toczącego się procesu o odszkodowanie dostanie się do publicznej wiadomości, że on właśnie popełnił błąd, że się nie poznał na cierpieniu. Wszystko to wydarzyć się może tylko dlatego, że lekarz nie jest obeznany z działem medycyny asekuracyjnej, bo nigdy nie miał sposobności zajmować się temi sprawami. Nieraz zapóźno dowiaduje się, jak doniosłego w praktyce znaczenia jest ten dział medycyny.

Z powyższych powodów dział ten medycyny nie powinien być nadal, jak dotąd, zaniedbywany w klinikach. Kwestye to należą zupełnie tak samo do praktycznego wykształcenia medyka, jak sztuka odpowiedniego pisania recept. Jasną jest rzeczą, że nauka tego przedmiotu nie powinna być dowolną, pozostawioną do wyboru studenta, ani przyczepioną do jakiejkolwiek kliniki z obopólną

szkodą, ale obowiązkową i wykładaną systematycznie z osobnej katedry. Katedra ta powinna mieć zapewnione wszelkie środki pomocnicze, dla swej nauki potrzebne, tak statystyczne, jak i literackie, zbiory fotografii typowych uszkodzeń, wywołanych nieszczęśliwym wypadkiem, fotografij rentgenowskich, odlewów gipsowych, modeli maszyn, niebezpiecznych dla otoczenia i t. d. Bardzo ważne byłyby także doświadczenia co do śmiertelności, statystycznie zestawione przez towarzystwa ubezpieczeń na życie. Dane te mogłyby służyć do studyowania statystyki co do dziedziczności, niebezpieczeństw połączonych z wykonywaniem pewnych zawodów i innych spraw, z których to studyów na odwrót i nauka lekarska wogóle mogłaby dla siebie wyciągać wnioski.

To przeświadczenie, że na polu medycyny, będącej w związku z ubezpieczeniami, wzajemna wymiana doświadczeń jest niezbędną, skłoniło niemieckie Stowarzyszenie dla nauki asekuracyjnej powołać do życia oddział lekarski, poświęcony sprawie ubezpieczeń.

Związek austryacko-węgierskich prywatnych towarzystw asekuracyjnych ma potworzyć naukowe stowarzyszenia, a mianowicie matematyczno-statystyczne, politechniczne, przyrodnicze i prawno-społeczne. Dział przyrodniczy będzie pewno obejmował i medycynę asekuracyjną. Stałe porozumiewanie się lekarzy, pracujących czy to w prywatnych, czy publicznych towarzystwach asekuracyjnych, mogłoby na pewno pchnąć naprzód naukę w tym zakresie; na tej samej drodze dałoby się osiągnąć także porozumienie w pewnych sprawach, co do których nie zgadzają się między sobą naczelni lekarze poszczególnych towarzystw asekuracyjnych. *Stahr.*

\- - -

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 20 lipca.

* Prezydyum Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej zawiadamia, że zmiana statutów dotychczasowej Kasy chorych lekarzy we Lwowie została zatwierdzoną przez Namiestnictwo, wobec czego koledzy przynależni do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej mogą być przyjmowani do tej Kasy.

* W Nr. 4 „Ginekologii“ czytamy: „Redaktor i wydawca „Ginekologii“ dr. Czesław Stankiewicz został ponownie powołany do służby wojskowej i opuścił Warszawę. Z tego powodu wydawnictwo „Ginekologii“ zostaje czasowo zawieszone.

* Krakowska ekspozytura centralnego Związku fabrycznego zawiadamia nas, że członek Związku, firma Stanisław Gurgul, reprezentująca fabrykę parową biszkoptów i pierników w Jarosławiu, rozpoczyna w zakładzie swoim „wyrób pieczywa leczniczego dla dyabetyków“. Pierwsze próby zostały posłane doc. dr. Lembergerowi do zbadania.

* Walne zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyło posiedzenie 29 czerwca b. r. Do zarządu wybrani zostali: Radca Dw. dr. J. Merunowicz (prezes), dr. Opolski (zastępca prezesa), doc. dr. Szulisławski (sekretarz), dr. Festenburg (skarbnik), wreszcie doc. Kowalski i dr. Stachiewicz (członkowie Rady zawiadowczej).

* Prymaryuszem oddziału chorób skórnych i wenerycznych w lwowskim szpitalu powszechnym mianował Wydział krajowy dr. Józefa Krzyszkowskiego.

* Młodszym etatowym ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w warszawskim szpitalu wolskim mianowany został dr. Kaz. Rzętkowski.

* Dzienniki rosyjskie donoszą, że rząd tamtejszy zezwolił na przyjmowanie do czasowej służby w wojsku lekarzy, którzy przekroczyli zakreślony dla urzędników wiek 65 lat. Bezpośrednia władza ma się przekonać o zadawalniającym stanie zdrowia kandydata i przyznaczyć go do czynności na tyłach wojska.

* Dziennik Towarzystwa lekarskiego im. Pirogowa został skonfiskowany a redaktor uwięziony. Członkowie zarządu tego Towarzystwa złożyli prokuratorowi poosobne oświadczenia, że może on uważać ich za spółwinnych i pociągnąć do odpowiedzialności.

* Akademia wojskowo-lekarska uchwaliła pozostawić prof. Pawłowa w czynnej służbie jeszcze lat 5, pomimo że głośny fizyolog dosięgnął już tego wieku, który ustawa przyjmuje za kres działalności profesorskiej.

* W pierwszym tygodniu lipcowym zmarło na cholerę dziecięcą 12 dzieci krakowskich. Wiadomo, jak wielką rolę w powstawaniu tej choroby odgrywa złe mleko. Tembardziej zatem zwrócić należy uwagę na świeżo założoną u nas instytucyę „Kropli mleka“.

* Wynik niedawno odbytego głosowania na członków Izb lekarskich galicyjskich nie jest znany i nie może być jeszcze znany: Według ustawy (§ 5) karty głosowania władza miejscowa (powiatowa, prezydenci miast Lwowa i Krakowa) przesyła do namiestnictwa, które, po sprawdzeniu prawomocności głosujących, odsyła je do zarządów obu Izb lekarskich. Izby na osobnem posiedzeniu przeprowadzają obliczenie głosów i podają wynik do publicznej wiadomości. Według wszelkiego prawdopodobieństwa nastąpi to jeszcze w miesiącu lipcu.

* We Lwowie ma powstać wydawnictwo p. t. „Przewodnik po Galicyi“, który obejmie między innemi i zdrojowiska i uzdrowiska krajowe. Przewodnik wychodzić będzie 15 września i 15 kwietnia i znachodzić się w wagonach kolei galicyjskich I i II klasy. Zgłoszenia przyjmuje p. Antoni Jung (Lwów, ul. Bartosza Głowackiego, 14).

* Dr. Levy ogłasza w „Le Progrés médical“ wyniki leczenia suchotników w sanatoryach niemieckich: w dwa lata po odbytem leczeniu sanatoryalnem czwarta część wszystkich chorych — umiera; po czterech latach losowi temu ulega $^{1}/_{3}$, a po 6 latach więcej niż połowa. Również zdolność do pracy po leczeniu sanatoryalnem nie przedstawia się świetnie: po 2 latach połowa nie jest w stanie zarabiać na życie; po 4 latach — jedna trzecia, po 6 — jedna szósta. Liczby te są w istocie zniechęcające, o ile dotyczą samych suchotników; z drugiej jednak strony statystyka rządowa, nic wspólnego nie mająca z reklamą, wykazuje stopniowe zmniejszanie się śmiertelności z gruźlicy, będące w prostym stosunku do zwiększającej się liczby sanatoryów; zależy to zapewne od mniejszej liczby zarażających się gruźlicą wskutek usunięcia suchotników z środowiska rodzinnego: gdybyśmy więc zapatrywali się na sanatorya dla suchotników tylko jako na zakłady izolacyjne, to jeszcze potrzeba i pożytek ich istnienia byłyby uzasadnione.

* Prof. Garrè z Królewca ma widoki zajęcia katedry po ś. p. prof. Mikuliczu.

* W sądzie paryskim toczyła się sprawa dr. Forta, obwinionego o „niedbałość podczas operacyi“, która spowodowała śmierć dwóch osób. Fort w celu rozszerzenia w jednym przypadku przełyku, a w drugim cewki moczowej, użył elektrolitycznego rozszerzacza swego pomysłu: w obu przypadkach koniec narzędzia oddzielił się, wpadając w pierwszym do żołądka, w drugim do pęcherza. Fort o smutnym wypadku nie uwiadomił tych chorych i oba wkrótce pomarli, leczeni przez innych lekarzy, których również Fort nie uprzedził o wypadku. Sprawa wyszła na wierzch wskutek doniesienia jednego z pomocników (nie lekarza). Śród wielkiej liczby wezwanych świadków i znawców znajdowali się Brouardel i Reclus, którzy twierdzili, że tego rodzaju przypadek zdarzyć się może każdemu lekarzowi, chorzy zaś pomarli z innych powodów, mianowicie z chorób, na które Fort ich operował. Sąd uwolnił obwinionego od odpowiedzialności.

* Między 25 czerwca a 1 lipca stwierdzono w 20 gminach, należących do 13 powiatów galicyjskich, 32 nowych przypadków zapalenia opon mózgowordzeniowych. Zmarło w tym czasie osób 24 w 20 gminach. W tymże czasie zaszło 3 przypadki ospy w powiecie chrzanowskim, oraz doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach: brzeskim (1 gm.), brzeżańskim (3 gm.), buczackim, cieszanowskim, drohobyckim, horodeńskim, jaworowskim (po 1 gm.), kołomyjskim (2 gm.), mościskim (1 gm.), nadwórniańskim (4 gm.), przemyskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim, sanockim (po 2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (5 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (3 gm.), turczańskim (2 gm.), zaleszczyckim, złoczowskim (po 1 gm.), żółkiewskim (3 gm.).

* Między 2 a 8 lipca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w Galicyi: w powiecie chrzanowskim (2 gm.) i zaleszczyckim (1 gm.). W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim (5 gm.), buczackim (2 gm.), horodeńskim, drohobyckim, jarosławskim, jaworowskim, kamioneckim lwowskim po 1 gm.), nadwórniańskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), sanockim (2 gm.), śniatyńskim, staro-samborskim (po 1 gm., stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), turczańskim (3 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), żółkiewskim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani profesorami nadzwyczajnymi: dr. Buttler — pedyatryi w Chicago; dr. Edsall — medycyny wewnętrznej w Filadelfii. Dr. Thomson mian. profesorem zwyczajnym w Londynie. Doc. dr Braun mianowany prof. nadzwyczajnym chirurgii w Lipsku.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Nr. 7. Simon: O nietypowych i poronnych postaciach przestankowego chromania.

— *Postęp okulistyczny* Nr. 6. Beigel: Przyczynek do etyologii pryszczykowych zapaleń oka. Wicherkiewicz: 1) Słówko w sprawie leczenia jaglicy. 2) Zapoznawanie podstawy kiłowej lub dopatrywanie się jej niewłaściwe w chorobach ocznych.

— *Medycyna* Nr. 27. Trzciński: Zapobieganie sprawom parasyfilitycznym (c. d.). Bregman: Przyczynek do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 26. Gabszewicz: Prof. Dr. Jan Mikulicz-Radecki. Pruszyński: O zapaleniu opon mózgowordzeniowem nagminnem (dok.).

— *Kronika lekarska* Z. 13. Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 192: Achard: Znaczenie soli w patologii (Przełożył z francuskiego dr. Podkóliński).

— *Ginekologia* Nr. 4. Wit. Orłowski: Zapalenie miedniczek nerkowych podczas ciąży. Dobrowolski: Sprawozdanie z dziesięciolecia (1895—1905) kliniki położniczej Uniw. Jagiel. Radcy Dworu prof. Henryka Jordana. Czyżewicz *(jun.)*: Kilka uwag w sprawie leczenia drgawek porodowych. Pisarzewski: O znieczuleniu skopolaminomorfinowem przy porodzie.

— *Głos lekarzy* Nr. 14 zawiera: Dziesięciolecie Izb lekarskich. — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych. — Towarzystwo lekarzy galicyjskich. — Nowe ograniczenie praw lekarzy kolejowych. — Odpowiedź namiestnictwa na petycyę lekarzy okręgowych — Z praktyki sądowej.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 8. Lembergier: Czy można zastąpić naturalne wody mineralne sztucznemi? Grabowski: Kilka dat statystycznych o ruchu i rozwoju c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1904.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 8. *F. Z.*: Kilka uwag z powodu tegorocznego Zjazdu balneologicznego. Skórczewski: Wspomnienia historyczne w drodze do Krynicy (c. d.).

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaeteticke therapii* Nr 8. Bakeš: Kasuistické přispěvky ku poznani osteoarthropathii při syringomyelii (s poznámkami o spontannich frakturách vůbec (dok.). Mourek: Vzácný případ náhlé duševni infekce šesti sourozenců (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 28. Cisler: O poruše řeči při posunčině. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrozené příjici (c. d.). Marčan: O tonické, sthenické a statické funkci labyrinthu (c. d.).

— *Lékařské rozhledy* Nr. 6. Cisler: Poznámky k pathologii obrn svěračů hlasivky. Nová: Zkušenosti o maretinu.

— *La Presse medicale* Nr. 53. Lombardi: Przyczynek do nauki o obojnactwie dróg rodnych. Colte: Zgorzel karbolowa.

Nr. 54. Reclus: Powody wywołujące zapalenie wyrostka robaczkowego. Lebreton: Leczenie miejscowe przewlekłego zapalenia cewki moczowej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 28. Babes i Panea: Zmiany patologiczne a krętek blady w kile wrodzonej. Bickel: Doświadczalne badania nad wpływem zasad i kwasów na wydzielniczą czynność błony śluzowej żołądka. Ehrlich i Apolant: Uwagi nad złośliwymi nowotworami u mysz. Reinecke: Trzy przypadki owaryotomii pochwowej metodą Dührssena. Dunbar: Etyologia i swoista terapia gorączki siennej. Hoffmann: O znajdowaniu się krętka w raku zwrzodziałym

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 28. Latzko: Operacya raka macicy ciężarnej drogą brzuszną. Glas: Przyczynek do patologii guzów podstawy języka. Raubitschek: O znalezieniu krętka bladego w krążącej krwi.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 28. Siegel: Nowe badania nad etyologią kiły. Müller i Seidelmann: Fizyologia i patologia odruchów ściany brzusznej. Frey: Uniknięcie podrażnienia nerek wielkiemi dawkami przetworów salicylowych. Manteufel: Doświadczenia z odczynem Gruber-Widala z uwzględnieniem wspólnej aglutynacyi prątków „paratyfusu“. Kranepuhl: Wytwarzanie ropni przez prątek „paratyfusu“ B. Reiche: Gruźlica a ciąża. Heissler: Epidemia odry. Salzer: Czego nas poucza nowa bawarska statystyka ociemniałych. Thesing: Krytyczne uwagi o krętku bladym w kile. Sahli: Uproszczenie butyrometrycznej metody badania żołądka i jego znaczenie dla praktyki lekarza (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 28 Lichtheim: Torbiele móżdżka. Kraske: Zachowanie się zwieracza i dalsza jego sprawność przy wyłuszczeniu raka odbytnicy. Wassermann i Citron: W sprawie tworzenia się bakteryjnych istot zaczepnych w żyjącym ustroju. Bickel: O napięciu w sokach ustroju w warunkach fizyologicznych i patologicznych. Stern: Badania nad patogenezą niedokrwistości i nad czynnościową oceną wątroby u chorych na kiłę. Esau: Operacyjne wyleczenie ropnia śledziony po durze brzusznym. Landau: Śmierć po uśpieniu morfinowo-skopolaminowem. Werner: Miejscowe uczulenie i uodpornienie tkanki przeciw działaniu radu (dok).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 28 (od dnia 9/VII do 15/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 27, dziew. 19; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 13, kob. 19; zamiejscowych: męż. 16, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) **gruźlica:** miej. 6, ob. 10. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 8, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 2. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 2. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 25.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Nieszkodliwość lysoformu. Dr. Mode z Karlhorst podaje spostrzeżenie, dowodzące, że lysoform nie jest trujący 23-letnia kobieta zażyła zamiast ergotyny przez pomyłkę łyżkę nierozcieńczonego (koncentrowanego) lysoformu. Pomimo niemiłego smaku połknęła pacyentka całą tę ilość i nie zwymiotowała. Mode stwierdził w godzinę potem stan zupełnie dobry; chora skarżyła się jedynie na niewielkie pieczenie w przełyku. Dlatego nie przepłukano żołądka, lecz zalecono tylko obficie mleko i kleik ryżowy. Później stan nie pogorszył się, tętno i ciepłota pozostały prawidłowe.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr. **Brodzki Jan.**

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr. **Riedmüller B.**, b. asyst. klin. chir. Uniw. Jag., lekarz oddziału dermatol. szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Dr. **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr. **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Aronsohn Julian**, („Krakus“).
Dr. **Askenazy Zygmunt**, („Pod Orłem“).
Dr. **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr. **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „Pod Kosynierem“).
Dr. **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem“).
Dr. **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka“).

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).
Dr. **Jasiński Stanisław**, lekarz zakładowy.

Rabka.
Dr. **Cholewicz F.**
Dr. **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Bielecki Ignacy**, lek. okr.
Dr. **Regiec Jan.**
Dr. **Wajgiel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).
Dr. **Zanietowski J.**

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attylą“).
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu na Miedziusiu.
Dr. **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr. **Zuliński Edward**, (Willa „Alma“), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr. **Pelczar Zenon.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.
Dr. **Dłuski Kaz.**, Dyr. Sanat. dla piersiowo chorych (4—5 g.).
Dr. **Dłuska Bron.**, Sanatoryum (wtorek, czwartek, sobota 5—6 g.).

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Biarritz.
Dr. **Bohdanowicz A.**, (Villa Enia) (zimą **Nizza** 11. Boulv. Victor Hugo).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr. **Wohr**, lekarz zakł. (zimą **Lussinpiccolo**).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen“).

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa **Grado** obok Tryestu.
(Kąpiele morskie, słoneczne i piaskowe).
Dr. **Oransz M.**, (Polak), specyalista chor. dzieci i ortopedyi.

Gries obok **Bozen** (Sezon: 1/IX—1/VI).
Dr. **Nazarkiewicz**, kierown. „Sanatoryum“ i „Sonnenhofu“.

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kostecki**, (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva“) (przez cały rok).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr. **Maciejewski J.**, („Villa Elsa“), ordynuje jak dawniej

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr. **Weissenberg**, (zimą w **Nervi**).

Marienbad.
Dr. **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried“).
Dr. **Kaufmann Michał**, („Villa Lissa“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder R.**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Wiesbaden.
Dr. **Simon Aleks.**, (z Warszawy), właściciel lecznicy fizyk.

Rok XLIV. Kraków 29 Lipca 1905. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Stanowisko psychiatryi w rzędzie innych nauk lekarskich, oraz nowoczesne jej zadania i cele.

Wykład wstępny, wygłoszony dnia 16 maja 1905 roku

przez

Prof. Dra Jana Piltza

przy otwarciu katedry psychiatryi i neuropatologii w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

Choroby umysłowe istnieją tak dawno, jak dawno istnieje ród ludzki. Tylko zapatrywania na istotę chorób umysłowych zmieniały się stosownie do ogólnych pojęć, panujących w różnych epokach.

W starożytności patrzono na obłąkanych, jako na ludzi, znajdujących się pod wpływem sił nadprzyrodzonych, jako na natchnionych przez bogów. Stosownie do tego odnoszono się też do nich ze współczuciem, albo otaczano ich czcią, a nawet modlono się do nich.

W wiekach średnich widziano w obłąkanych ludzi, opętanych przez złego ducha; a na czarownice, wśród których niezaprzeczenie było wiele kobiet umysłowo chorych, patrzono jako na istoty, pozostające dobrowolnie w stosunkach z djabłem. Stosownie do tych zapatrywań obchodzono się też z umysłowo chorymi w tych czasach okrutnie — opętanych egzorcyzmowano i poddawano najrozmaitszym torturom w celu wypędzenia z nich złego ducha, a czarownice palono na stosach.

W późniejszych czasach wpływ rozmaitych spekulacyjno-psychologicznych zapatrywań na istotę chorób umysłowych uwidoczniał się w stosowaniu do nich środków terapeutycznych, jak worek, kręcąca się huśtawka (*Drehschaukel*), tretrada, trumna i zimny natrysk, zapomocą których starano się wywierać na umysłowo chorych pewien wpływ psychiczny w celach leczniczych. A więc i wtedy jeszcze chorych męczono, ale już nie z barbarzyństwa, a tylko w najlepszej wierze i w zamiarze ich leczenia.

Na szczęście tego rodzaju terapia nie utrzymała się długo. Wszystkich tego rodzaju środków i przyrządów leczniczych wkrótce zaniechano; chociaż z drugiej strony stosowanie u chorych podnieconych zwyczajnych mechanicznych środków krępujących, n. p. krępującego kaftana (*Zwangsjacke*), jeszcze przez dziesiątki lat uważano nietylko za rzecz nieodzowną, ale nawet i za bardzo pożyteczną ze względów leczniczych.

Właściwie dopiero od czasu powstania specyalnych zakładów pod zwierzchnim zarządem lekarzy rozpoczyna się prawdziwie przyrodniczy kierunek w badaniu umysłowo chorych i w sposobach obchodzenia się z nimi.

Pierwszy taki zakład powstał w Anglii pod nazwą zakładu St. Łukasza w drugiej połowie XVIII stulecia. Prawdziwi zaś lekarze psychiatrzy pojawiają się dopiero w końcu XVIII wieku. Od tego czasu też datuje się nowa era w psychiatryi, która dzięki usiłowaniom i zabiegom takich uczonych i filantropów, jak Pinel, Chiaruggi, William Tuke i Langermann, rozpoczęła się przedewszystkiem od uwolnienia umysłowo-chorych z łańcuchów i kajdan, oraz z pod bata. A najnowszy system no-restreint, znoszący wogóle wszelkie przymusowe środki, krępujące swobodę ruchów u umysłowo chorych, zainicyował i wprowadził w życie w połowie zeszłego stulecia, — a więc nie dawniej, jak 50 lat temu, — angielski psychiatra Conolly.

Podstawą nowoczesnej psychiatryi, jako nauki przyrodniczej, opartej na doświadczeniu, zbieranem drogą spostrzegania u łóżka chorego, jest zapatrywanie i fakt, że tłem organicznem wszystkich czynności psychicznych jest mózg; że wogóle każdej zmianie w stanie naszej świadomości towarzyszy pewna zmiana w ośrodkowym układzie nerwowym i że choroby umysłowe są tylko objawem pewnych patologicznych zmian w mózgu. Dowodzi tego porównawcza anatomia mózgu u zwierząt, a z drugiej strony patologiczna anatomia chorób umysłowych, a w szczególności zaś zboczeń rozwojowych.

Dla należytego pojmowania chorób umysłowych niezbędnem jest poznanie podstawowych zasad psychologii; dla psychologii zaś nieodzowną jest gruntowna znajomość anatomii i fizyologii mózgu. Budowa mózgu dorosłego człowieka jest jednak tak bardzo zawikłana, że poznać ją i zrozumieć można tylko, badając filogenetyczny i ontogenetyczny rozwój mózgu [1]), do czego (*phylogenesis*) dochodzi się badaniem budowy mózgu u różnych zwierząt, a z drugiej strony poznaniem embryologii mózgu. To samo odnosi się również i do fizyologii: badania bowiem z fizyologii kory mózgowej u zwierząt, stojących na różnych szczeblach filogenetycznego rozwoju i badania z fizyologii kory mózgowej nowonarodzonych, rzucają olbrzymie światło na fizyologię mózgu człowieka.

Tak samo zupełnie rzecz się ma i z psychologią. Objawy psychofizyologiczne i psychologiczne, w ściślejszem tego słowa znaczeniu, są u człowieka tak powikłane, że dla właściwego zrozumienia ich powinniśmy również zwrócić się do porównawczej psychologii, t. j. do badania objawów psychicznych u zwierząt, u różnych ras ludzkich, a także i u dzieci.

[1]) T. j. badając rozwój rodzajowy (*phylogenesis*) i jednostkowy (*ontogenesis*) mózgu.

Słuchacze, przystępujący do wykładów z dziedziny psychiatryi, posiadają zazwyczaj dostateczne wiadomości z anatomii i fizyologii mózgu. Chodzić więc będzie tylko o właściwe zastosowanie tych wiadomości w szczególności do psychiatryi. Zupełnie inaczej rzecz się ma z psychologią. W tej dziedzinie nie posiadają oni zazwyczaj zgoła żadnego przygotowania. Stanowi to ogromny brak w dzisiejszych naszych studyach lekarskich. Wszak udział psychiki (sfery psychicznej) w powstawaniu wielu chorób jest dziś ogólnie uznany — a psychoterapia odgrywa dziś w leczeniu bardzo wielu chorób pierwszorzędną rolę. Wreszcie związek pomiędzy psychologią (względnie psychofizyologią) a psychiatryą jest zupełnie taki sam, jaki zachodzi pomiędzy fizyologią a kliniką wewnętrzną, z tą tylko różnicą, że wykład fizyologii jest przedmiotem obowiązującym, a wykładów z dziedziny psychologii w Wydziale lekarskim niema wcale. Miejmy jednak nadzieję, że w przyszłości psychologia zajmie w nauce medycyny należne jej stanowisko, na równi z anatomią i fizyologią. W dzisiejszych warunkach wstęp do psychiatryi z konieczności będzie musiał być poświęcony zaznajomieniu słuchaczów, chociaż w najogólniejszych zarysach, z głównemi zasadami psychologii.

Głównem zadaniem psychiatryi pozostanie naturalnie badanie umysłowo chorych i wynalezienie i wypracowanie odpowiednich metod ich leczenia.

Metody badania, którerni posługujemy się w psychiatryi, mają ogólny charakter metod badania przyrodniczego, chociaż, co prawda, zastosowanie jakichkolwiekbądź ścisłych metod lub przyrządów mierniczych do badania władz umysłowych jest dziś jeszcze bardzo ograniczone. Najgłówniejszym dzisiaj środkiem badania psychiatrycznego jest obserwacya — czyli, że przyrządem, zapomocą którego badamy objawy rozstroju psychicznego u umysłowo chorych, jest własny nasz mózg, własna nasza głowa. A więc im lepiej będzie ona zrównoważona i w odpowiednim kierunku do przedmiotowego badania przygotowana, tem wynik tego badania będzie bardziej zbliżony do prawdy.

Zastanówmy się teraz nad tem, na co należy głównie zwracać uwagę przy badaniu chorego, ażeby wykryć istniejącą u niego chorobę umysłową i gruntownie ją zbadać. Ażeby odpowiedzieć na to pytanie, wystarczy zdać sobie sprawę z tego, jakie objawy naszego życia zależą od stanu naszych władz psychicznych? — Stosunki nasze z ludźmi regulujemy zapomocą uświadomionej czynności duchowej; nic dziwnego więc, że choroba umysłowa uwidocznia się przedewszystkiem w zmienionem zachowaniu się chorego względem innych ludzi. Wszak żadna inna grupa chorób nie wkracza tak głęboko w nasze stosunki rodzinne i społeczne i nie wywiera tak wybitnego wpływu na nasz sposób życia i zachowania się, jak choroby umysłowe. Wynika to stąd, że wpływ i znaczenie sfery psychicznej uwydatnia się niemal we wszystkiem: czy to będzie wychowanie dzieci i nauka szkolna, czy taki lub inny sposób życia i postępowania w ogóle, czy idzie tu rzecz o nasze pojęcia religijne, polityczne i etyczne, o nasze dążenia, o wybór tego lub innego zawodu i pracy w obranym zawodzie; czy o działalność deputowanego w parlamencie, czy o twórczość pisarską i poetycką, czy o uczucia nasze i miłość, o stosunki rodzinne i towarzyskie, wreszcie o zabawy i rozrywki, wszak wszystko to jest wyrazem i treścią naszego życia psychicznego. Jeżeli więc sfera psychiczna tak wszechwładnie panuje nad całem naszem życiem, bo przecież panuje ona także i nad fizyologicznemi czynnościami całego naszego ustroju, to nic dziwnego, że choroby umysłowe, polegające na pewnych wrodzonych nieprawidłowościach lub nabytych zmianach naszych władz umysłowych, muszą przejawiać się we wszystkich szczegółach naszego życia i im bardziej społeczeństwo, do którego chory należy, wyżej stoi pod względem kultury i im chory był bardziej wykształcony i im rozleglejsze posiadał stosunki z ludźmi, tem wyraźniej zarysowuje się każde jego zboczenie psychiczne i pociąga za sobą poważniejsze skutki.

Najwyraźniej uwydatnia się choroba umysłowa w zwykłych warunkach, to jest wtedy, gdy chory posiada jeszcze zupełną swobodę działania, czyli przed wstąpieniem jego do szpitala. Dlatego też wywiady mają dla nas tak wielkie znaczenie. Z chwilą bowiem wstąpienia chorego do szpitala, cały szereg objawów natychmiast się zaciera — w zależności od nowych warunków szpitalnych, ograniczających w wysokim stopniu swobodę działania chorego. Tak np. rozrzutność cierpiącego na porażenie postępujące możemy obserwować prawie jedynie przed wstąpieniem jego do szpitala.

Zebrawszy drogą wywiadów od rodziny chorego dokładne dane co do dziedziczności, co do przeszłości chorego i co do postępowania jego od czasu wystąpienia pierwszych objawów rozstroju psychicznego, przystępujemy do badania stanu umysłowego chorego.

Badanie psychiatryczne składa się:

1⁰ z badania stanu psychicznego;

2⁰ z badania stanu fizycznego czyli cielesnego.

Z wejrzenia chorego, z wyrazu jego twarzy, z jego zachowania się, z treści i tonu jego mowy, z odpowiedzi na zadawane mu pytania — wnioskujemy o jego stanie psychicznym. Zwykłe pytanie, jakie stosujemy zazwyczaj do wszystkich chorych — „co ci dolega?“ — nie prowadzi tutaj do żadnego celu dlatego, że w większości przypadków umysłowo chorzy wcale nie uważają siebie za chorych i nie zdają sobie zupełnie sprawy z tego, o co nam chodzi, gdy się ich pytamy — „co im dolega?“ — Najpewniejszą, chociaż nie najkrótszą drogą badania umysłowo chorego jest poprowadzenie rozmowy z nim w taki sposób, ażeby chory sam odpowiadając na nasze pytania, był zmuszony opisać nam swoją przeszłość. — Zbliżając się w rozmowie z chorym, stopniowo do okresu jego życia z ostatnich kilku lat, miesięcy lub dni, przy pewnej wprawie i uwadze zazwyczaj dochodzimy do wykrycia objawów choroby umysłowej.

Drugą niezbędną część badania psychiatrycznego stanowi badanie cielesne. Choroba umysłowa, jak wiemy, jest chorobą mózgu. Badanie jednak tego narządu przy pomocy obmacywania, opukiwania i osłuchiwania dla łatwo zrozumiałych powodów, nie daje nam żadnych wyników. Jedynie tylko badając dno oka przy pomocy wziernika ocznego, możemy bezpośrednio w nielicznych przypadkach wykryć pewne zmiany w mózgu. Natomiast szczegółowe badanie układu nerwowego rzuca nam zazwyczaj bardzo wiele światła na stan mózgu, nieraz odrazu rozstrzyga wszelkie wątpliwości co do istoty i rodzaju danej choroby umysłowej. Badanie przemiany materyi u umysłowo chorych musi w przyszłości również wchodzić w zakres badania psychia-

trycznego, gdyż według najnowszych teoryi o przyczynach powstawania umysłowych chorób, pewne grupy tych chorób powstają wskutek samozatrucia ustroju.

Obserwacya chorego w szpitalu stanowi dalszy ciąg badania pierwotnego.

Bardzo ważnem uzupełniem badania psychiatrycznego jest sekcya. Dziś jednak niestety jedynie na podstawie pośmiertnego badania mózgu nie możemy, jeszcze z bardzo małymi wyjątkami, tak jak to ma miejsce w innych działach medycyny, uczynić rozpoznania klinicznego formy przebytej choroby umysłowej, a nawet nie możemy również odpowiedzieć i na pytanie, czy dany człowiek był przed śmiercią psychicznie zdrowym, czy też umysłowo chorym? Wynika to z jednej strony stąd, że patologiczna anatomia chorób umysłowych nie jest dostatecznie opracowana, jak niemniej i z niedostatecznego wydoskonalenia naszych sposobów badania, zapomocą których molekularnych albo bardzo delikatnych zmian protoplazmy wcale wykryć nie jesteśmy w stanie. Wreszcie w rozpoznawaniu patologicznych zmian w komórkach, wywołujących choroby umysłowe, przeszkadza i ta okoliczność, że zaburzeniom świadomości, które występują podczas konania, towarzyszą już widoczne zmiany w komórkach kory mózgowej (Nissl), które utrudniają rozpoznanie właściwego patologo-anatomicznego tła przebytej choroby umysłowej.

Pomimo jednak tych wszystkich trudności, uwzględniając przy badaniu nietylko stan komórek i włókien nerwowych, ale i neurogleju i naczyń, jesteśmy już dziś w stanie wykryć pewien związek pomiędzy objawami anatomicznymi, a klinicznymi i z wyniku badania pośmiertnego wysnuć pewne wnioski co do klinicznego obrazu, przynajmniej w niektórych chorobach. To stosuje się przedewszystkiem do wrodzonego niedołęstwa (*idiotismus*), do porażenia postępującego (*paralysis progressiva*), do chorób umysłowych na tle zwapnienia tętnic zmian kiłowych w naczyniach krwionośnych i do pierwotnego otępienia przedwczesnego (*dementia praeox*) (Kraepelin). Nissl znalazł bowiem, że w katatoni zmiany anatomo-patologiczne ograniczają się przeważnie do głębokich warstw kory mózgowej, gdy tymczasem przy porażeniu postępującem zmiany te są rozlane w całej grubości kory mózgowej. (Padaczka jest także spowodowana przewlekłą rozlaną sprawą kory mózgowej).

Czy rzeczywiście jednak znajomość psychiatryi potrzebną jest dziś dla lekarza praktyka?

Jak na wstępie zaznaczyłem, choroby umysłowe istnieją od czasów najdawniejszych. Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że z rozwojem cywilizacyi, — naturalnie nie wskutek rozwoju cywilizacyi, a tylko wskutek jednoczesnego rozpowszechnienia się pewnych szkodliwych czynników, — liczba umysłowo chorych wzrasta w sposób zastraszający i że choroby umysłowe dziś już stanowią klęskę, trapiącą ludzkość nie w mniejszym stopniu, niż gruźlica i kiła. W Szwajcaryi naprzykład liczba umysłowo chorych wzrasta szybciej, aniżeli naturalny przyrost ludności (Mahaim). Jak wielką klęską są dziś choroby umysłowe i jakie olbrzymie fundusze pochłania utrzymanie umysłowo chorych, dowodzi prawdopodobnie powszechnie dobrze znany przykład, podany przez niemieckiego psychiatrę Pelmanna, rodziny niejakiego Jukego, która, pochodząc od protoplasty alkoholika, w ciągu zaledwie kilku pokoleń wydała na świat przeszło 1000 ludzi, przeważnie przestępców, wszetecznic, umysłowo chorych, różnych niedołęgów i kalek psychicznych, na których wyżywienie i utrzymanie — według obliczenia Pelmanna — państwo wydało około 5,000.000 marek. Przytaczając ten przykład, Bleuler zwraca uwagę, że przecież całej tej klęsce tak łatwo można było w swoim czasie zapobiedz przez zupełnie niewinną operacyę nałożenia podwiązki na nasieniowody tego cudownego protoplasty.

Wszystkie te fakty dowodzą, że poznanie chorób umysłowych, sposobów ich leczenia i zapobiegania im jest niezbędne dla lekarzy praktyków przynajmniej na równi ze znajomością gruźlicy i kiły. Z drugiej strony zaburzenia w sferze psychicznej tak często spotykamy w przebiegu wielu innych chorób, n. p. w durze, zapaleniu opon mózgowych i bardzo wielu chorobach dziecięcych, przebiegających z gorączką, że należyta ocena tych objawów jest dla internisty konieczna. A niezbędnem jest dla każdego lekarza nietylko poznanie ogólnych zasad psychiatryi, ale nawet gruntowna znajomość różnych postaci klinicznych chorób umysłowych wobec tego, że każdy lekarz praktyk musi nieraz w charakterze znawcy składać w sądzie orzeczenia w wypadkach, gdy chodzi o rozstrzygnięcie tak trudnego zagadnienia, czy dany człowiek jest psychicznie zdrowym i może rozporządzać swojem mieniem, czy też jest chorym i powinien być ubezwłasnowolniony i oddany pod kuratelę, albo też w wypadkach, gdy chodzi o rozstrzygnięcie pytania, czy podsądny jest zbrodniarzem, odpowiedzialnym za swoje czyny, czy też umysłowo chorym, który za popełnione zbrodnie nie odpowiada, lub wreszcie czy mamy przed sobą udawacza, naśladującego chorobę umysłową.

Wobec tak trudnych i pełnych odpowiedzialności obowiązków lekarza praktyka, znajomość psychiatryi jest dla niego koniecznie potrzebną i dla tego też wykłady z psychiatryi są obowiązkowe i stanowią t. zw. *Examenfach*.

W końcu nadmienię jeszcze i o tem, jak olbrzymi przewrót zrobiła psychiatrya w ukształtowaniu się naszych pojęć co do winy i kary, t. j. wymiaru sprawiedliwości za czyn popełniony w ogólności, ażeby uwydatnić potrzebę wiedzy psychiatrycznej nietylko dla medyków, ale i dla prawników. (Ciąg dalszy nastąpi).

U Z kliniki chirurgicznej i pracowni doświadczalnej Profesora Kadera w Krakowie.

Kora mózgowa w świetle badań chirurgii.

Przyczynek do nauki o umiejscowieniu i odnawianiu się ośrodków korowych.

Podał

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk

Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Jak wspominaliśmy, odradzanie się ośrodków u zwierząt następuje bardzo szybko. Nic to dziwnego, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że n. p. dziecko uczy się chodzić kilka miesięcy i więcej, a zwierzę umie już chodzić w kilka dni po urodzeniu. Wziąść tu należy także pod uwagę, że warunki statyczne chodzenia u zwierzat są mniej skomplikowane, niż u człowieka. Bądź co bądź, jednak zupełnie upra-

wnieni jesteśmy do usuwania zniszczonych lub zmienionych części kory w tej myśli, że jeżeli jest już porażenie, to choremu jedynie tylko pomódz możemy; jeżeli zaś go niema, lub jest tylko podrażnienie ośrodka, to zmiana zapewne nie jest wielka, lub nie zajmuje żadnego z ważniejszych ognisk danego ośrodka. Wycinanie ośrodków jest, zdaje się, wyrażeniem o tyle niestosownem, że, jak wykazaliśmy powyżej, ośrodki wyraźnych granic nie mają, nie można ich też wyciąć w całości, co najwyżej tylko usunąć ważniejsze ogniska.

Wycinanie schorzałych części kory u człowieka zastosował po raz pierwszy w roku 1886 Horsley z powodu padaczki korowej. (Wyciął on zbliznowaciałą część kory). W ślad za nim poszedł Bergmann, wycinając ognisko prostowaczy w ośrodku ręki.

Obecnie znanych jest przeszło 50 takich operacyi. Graff zebrał 19 przypadków szczegółowo: z tych w 11 operacya nie pomogła nic, lub tylko chwilowo; w 3 wystąpiła wybitna poprawa stanu (czas spostrzegania bardzo krótki), a w 5 przypadkach nastąpić miało wyleczenie.

Statystyka ta będzie zapewne powiększać się ciągle i stale. Sprawy chorobowe kory mózgowej zajęły już sobie w chirurgii wybitne stanowisko, a otwieranie szerokie tymczasowe czaszki, dało nam możność lepszego oryentowania się w korze mózgowej. Cała trudność leży jednak w rozpoznawaniu, a na niespodzianki każdy operator musi być przygotowany.

Tak n. p. w jednym z naszych przypadków, operowanym przez prof. Kadera, rozpoznawaliśmy guz w okolicy sfery ruchowej prawej, a to na mocy tego, że chory okazywał osłabienie i zanik drobnych ruchów ręki lewej, strzelające bole w nodze lewej, dalej silne bole głowy i obustronną tarczę zastoinową.

Dzień przed operacyą utracił chory na chwilę przytomność, a po odzyskaniu jej okazywał dziwną ociężałość, trudno podnosił powieki, niechętnie odpowiadał na pytania i ulegał śpiączce. W przekonaniu, że mamy do czynienia z guzem sfery ruchowej, idącym zdaje się do przodu, przystąpił prof. Kader do operacyi po stronie przeciwnej zajętych kończyn, t. j. prawej. Operacya nie wykazała jednak nic oprócz wygładzenia zupełnego zwojów przy tętniącym mózgu. Chory w kilka dni zmarł na zapalenie płuc, a sekcya wykazała mięsaka lewego płatu czołowego, leżącego tuż pod korą, wielkości kurzego jaja. Wobec tego zmiany w lewych kończynach odnieść należało do tak zwanego *contre coup*, wyrazem czego było wygładzenie zawojów.

Porażenia po tej samej stronie, co zmiany mózgowe znane są w piśmiennictwie, a zajmował się niemi szczególnie Ledderhose i zebrał z piśmiennictwa 50 podobnych przypadków.

Prócz tego zastać możemy różne nieprawidłowości w położeniu indywidualnem ośrodków, jak ośrodek mowy w półkuli prawej i t. d.

Poniżej przytaczam doświadczenia moje na zwierzętach, jakoteż przypadki mózgowe, z uwzględnieniem li tylko polskich operatorów.

Część doświadczalna.

Do doświadczeń moich używałem różnych zwierząt, jak gołębie, koty, psy, króliki i barany. Zwierzęta ssące operowałem w znieczuleniu eterowem z uwzględnieniem aseptyki. Czaszkę otwierałem dłutem, trepanem i kraniotomem Dahlgrena, robiąc jużto otwory małe, jużto wycinając tymczasowo kości sklepienia czaszki podług Wagnera.

Dla lepszej oryentacyi przytaczam poniżej szemat mózgu psa podług Munka, gdyż ten był dla mnie głównym drogowskazem. Jak wspominałem na początku pracy, nie chodziło mi zupełnie o umiejscowienie ośrodków, gdyż te, będąc różne u zwierząt i u człowieka, nie mogą dla nas chirurgów mieć stanowczego znaczenia; chodziło mi tylko o spostrzeganie zmian po wycinaniu i niszczeniu kory, a dalej o odradzanie się ośrodków.

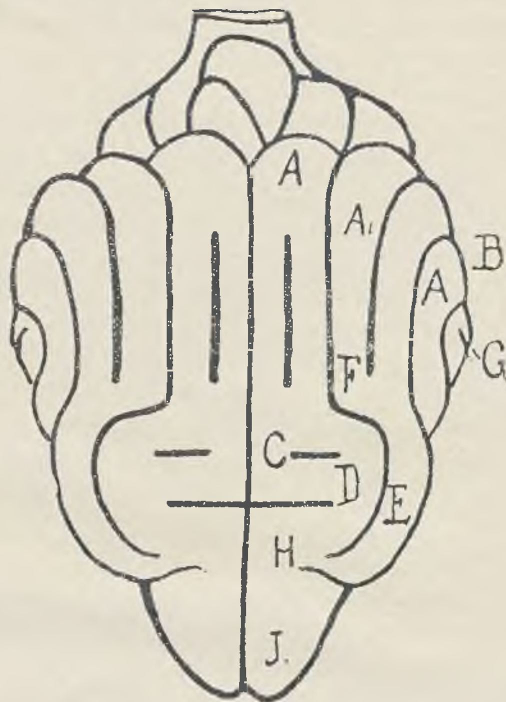


Fig. III. — *Szemat mózgu psa.*
A sfera wzroku, *B* sfera słuchu, *C* tylna łapa, *D* przednia łapa, *E* głowa, *F* oczy, *G* uszy, *H* kark, *J* korpus.

Doświadczenie 1.

1/III 1903. Gołąb. Otwarcie czaszki nożyczkami. Przypalenie powierzchowne prawie całej widocznej w ranie części półkuli prawej. Zaraz po operacyi ptak chodzi i lata i żadnych zmian wybitnych nie okazuje, — podobnie i później.

Doświadczenie 2.

3/III 1903. Gołąb. Otwarcie czaszki nożyczkami. Ścięcie bardzo powierzchowne dużej części kory półkuli lewej. Ptak nie okazuje potem żadnych wybitnych zmian, jak i poprzedni.

Doświadczenie 3.

24/I 1903. Wyżeł. Trepanacya dłutem w uśpieniu eterowem po stronie prawej. Natrafiono na miejsce, odpowiadające według szematu Munka *(patrz fig. Nr. 3)*, części kory w punkcie AA'. Usunięcie powierzchowne kory (zeskrobanie) na przestrzeni 2 halerzy. Zeszycie rany. Po operacyi pies leży spokojnie, bardzo osłabiony. W kilka godzin zaczyna się rzucać niespokojnie. Źrenica lewa rozszerzona.

25/I. Niepokój silniejszy. Zwracanie.

26/I. Pies wyje. Pod wieczór drgawki ogólne.

27/I. Pies zdechł.

Sekcya: Kora mózgowa w miejscu operowanem okazuje ubytek wielkości 20 halerzówki, sięgający na $^1/_2$ ctm. wgłąb, pokryty rozmiękłą tkanką mózgową. Ubytek ten komunikuje zapomocą wązkiego kanału z komorą. Zresztą mózg i opony bez zmian.

Doświadczenie 4.

3/II 1903. Pies duży. Trepanacya w uśpieniu eterowem ponad oczodołem po stronie lewej. Wycięcie powierzchowne nożem napotkanej kory na przestrzeni 20-halerzówki. Zeszycie rany. Po operacyi

pies leży zwinięty w kłębek, wklęsłością po stronie operowanej. Poruszany, wraca ciągle do swej pozycyi. Po 6 godzinach zaczyna chodzić niezgrabnie, zataczając się w stronę lewą.

4/II. Pies chodzi, zbaczając w stronę lewą.

16/II. Rana zagojona przez rychłozrost. Pies chodzi już wcale dobrze, ale w kółko, jak koń w ujeżdżalni.

20/II. Puszczony na dziedziniec, biega szybko wkoło, a wołany, przylatuje, zakreślając różne przy tem łuki. Ze schodów schodzi swobodnie.

1/IV. Pies chodzi zupełnie dobrze. Ma jednak czasem skłonność do skręcania karku w stronę lewą (Demonstrowany na Zjeździe chirurgów).

Doświadczenie 5.

4/II 1903. Pies. Trepanacya dłutem po nad oczodołem prawym. Potem otwarcie czaszki kraniotomem Dahlgrena. Płat wielkości 5 koron. Wycięcie kory na $^1/_2$ ctm. w okolicy H na przestrzeni 20-halerzówki. Po operacyi silny *shok*. W godzinę pies wstaje i siada. Wieczorem chodzi już w stronę operowaną i wyje.

5/II. Sztywność karku, drgawki, źrenice rozszerzone.

6/II. Pies zdechł. Sekcya wykazuje: Zapalenie ropne opon. Mózg przedstawia zniszczenie na daleko większej przestrzeni, niż sądzono przy operacyi.

Doświadczenie 6.

30/III 1903. Pies. Trepanacya dłutem nieco powyżej oczodołu prawego. Natrafiono na miejsce, odpowiadające okolicy CD. Przypalenie żegadłem Paquelina bliżej brzegu środkowego półkuli na przestrzeni małego grochu. Po operacyi silne przygnębienie. Pies skuczy i wyje. Rusza się jednak stosunkowo na posłaniu dobrze. Lewa łapa tylna stawia większy opór przy biernych ruchach. Pod wieczór wybitne powłóczenie tylnej łapy lewej.

31/III. Pies leży ciągle na boku prawym, nie wstaje.

2/IV. Kurcze rytmiczne w obu tylnych łapach.

10/IV. Pies dźwiga się na przednie łapy. Rana zagojona przez rychłozrost.

20/IV. Pies próbuje chodzić, utykając i powłocząc nogą tylną prawą, przyczem często stawia ją fałszywie, t. j. grzbietem palców na ziemi.

15/V. Pies schodzi ze schodów, jak królik, obu tylnemi nogami na raz. Na powietrzu goni szybko, podnosząc często chorą nogę do góry, stąpać jednak na niej potrafi, tylko nie może jej używać jako podpory, n. p. przy podnoszeniu biernem łap lewych. Przy oddawaniu moczu nie podnosi łapy, jak to czynił przed operacyą, lecz odbywa tę funkcyę, jak suka.

1/VI. Ruchy prawie zupełnie swobodne, jedynie nie może się podpierać na tylnej prawej łapie (Demonstrowany na Zjeździe chirurgów).

Doświadczenie 7.

27/VI. Pies. Trepanacya w uśpieniu eterowem dłutem i kraniotomwem Dahlgrena. Po stronie prawej natrafiono na okolicę, jak wyżej. Wypalenie żegadłem Paquelina okolicy D na przestrzeni halerza. Po operacyi silny wstrząs, skręcanie się w stronę operowaną. Pies po kilku godzinach próbuje wstawać, lecz zaraz się wywraca.

5/VII. Pies zaczyna chodzić, powłócząc łapą przednią lewą. Pierwej umiał podawać łapę, teraz uczynić tego nie potrafi.

8/VII. Pies następuje przy chodzeniu na grzbietną stronę palców, nie może się dobrze na niej podpierać (Demonstrowany na Zjeździe chirurgów).

Wśród feryi wakacyjnych pies zdechł, wskutek czego sekcya nie odbyła się.

Doświadczenie 8.

28/VI. Pies. Uśpienie eterem. Trepanacya dłutem po stronie prawej w miejscu, jak wyżej. Korę w okolicy C okrojono do brzegu półkuli na głębokość 1 (mniej więcej) centymetra w głąb, tworząc kółko wielkości grochu. Zaszycie rany.

Po operacyi pies chodzi zupełnie swobodnie.

29/VI. Pies utyka trochę na nogę lewą.

9/VII. Pies chodzi na 3 nogach tylko. Kończyna lewa tylna przykurczona. Po wyprostowaniu biernem pozostaje pewien czas w tej pozycyi, poczem znowu się kurczy. Napięcie mięśni stosunkowo słabe.

15/VII. Pies zaczyna niezgrabnie podpierać się nogą chorą.

1/IX. Pies chodzi zupełnie dobrze (Demonstrowany na Zjeździe chirurgów).

Doświadczenie 9.

15/VII. Trepanacya psa (Nr. doświadcz. 4) w uśpieniu eterowem po stronie prawej w środku półkuli kraniotomem Dahlgrena. Na korę przyłożono kawałek lodu i trzymano około 5 minut. Po operacyi pies leży na boku lewym. W łapach lewych brak oporu przy ruchach biernych. Po 3 godzinach próbuje wstać, lecz przewraca się; w 8 godzin zaczyna chodzić, a na drugi dzień chodzi już swobodnie.

(Czy przypisać to należy działaniu zimna na korę, czy też wstrząsowi pooperacyjnemu, orzec trudno; za działaniem zimna przemawiałyby objawy jednostronne).

Doświadczenie 10.

16/II 1903. Baran. Uśpienie eterowe. Trepanacya płatu czołowego. Warunki operacyi z powodu wielkiej grubości kości bardzo trudne. Trepan założono między nasadą lewego roga, a okiem. Wycięto nożem korę dość głęboko na przestrzeni 10-halerzówki. Po operacyi prócz osłabienia objawów niema żadnych.

28/II. Baran zaczyna być niespokojny. Bodzie rogami i rzuca się. W nocy uderza ciągle rogami o drabinę w stajni. Nad ranem leży wśród drgawek. Śmierć.

Sekcya: Zniszczenie płatu czołowego na przestrzeni wspomnianej, sięgające głęboko aż do komory. Okoliczne części mózgu z licznemi wynaczynionkami i rozmiękłe.

Doświadczenie 11.

20/IV Królik. Uśpienie eterowe. Trepanacya w środku czaszki. Poprzeczne przecięcia kilku zwojów głęboko aż do istoty białej. Po operacyi kilkugodzinny wstrząs, poczem żadnych objawów niema.

Doświadczenie 12.

26/IV. Kot młody. Uśpienie eterowe. Trepanacya z rozległem tymczasowem odcięciem kości ku przodowi. Po przecięciu opony twardej odsunięto ostrożnie półkulę od środka i przecięto spoidło częściowo. W tejże chwili jednak ustało oddychanie, a w pewien czas akcya serca (Cięcie nie dochodziło do rdzenia przedłużonego).

Doświadczenie 13.

26/IV. Kot stary. Uśpienie eterowe. Trepanacya płatu czołowego prawego. Wycięcie kory nożem na przestrzeni korony dość głębokie. Po operacyi *shok*. Zwierzę przewraca się z boku na bok, rusza przytem wszystkiemi łapami. W nocy śmierć. Sekcya wykazuje dość duży krwiak w miejscu operacyi.

Doświadczenie 14.

27/IV. Kot. Uśpienie eterowe. Trepanacya dłutem w środkowej części; zeskrobanie powierzchowne kory na przestrzeni korony. Po operacyi przygnębienie.

28/IV. Na drugi dzień kot nie okazuje już żadnych wybitnych zmian.

Doświadczenia moje, nieliczne, nie mogą być naturalnie miarodajnemi, pozwoliły mi jednak i tak uczynić kilka ciekawych spostrzeżeń.

I tak przekonałem się, że bardzo często porażenia występują dopiero w pewien czas po operacyi, co przypisać należy już zmianom następowym w okolicznych częściach kory i istoty białej. Zmiany porażne, występujące w krótki czas po operacyi, t. j. w kilka — do kilkunastu godzin, pochodzą najczęściej od obrzęku okolicznych części, wynaczynień krwi i t. d., dają też lepsze rokowanie co do powrotu funkcyi; porażenia zaś, występujące później, następowo, są już wyrazem zmian większych rozmiękczynowych, niszczących substancyę mózgu w szerz i w głąb, dają też rokowanie co do powrotu funkcyi o wiele gorsze. Powierzchowne urazy kory, jak przypalenie lub zeskrobanie, przebiegają, zdaje się, też bez objawów, o ile nie dołączą się do nich wspomniane powyżej zmiany lub zakażenie. Okrojenie wkoło pewnej części kory mózgowej wywołuje dopiero w pewien czas zmiany w postaci niedowładu i przykurczenia mięśni, zmiany te jednak ustępują bardzo szybko. Natomiast przecinanie kory w kierunku podłużnym nawet do istoty białej nie wywołuje żadnych wybitnych zmian.

Powrót funkcyi po zniszczeniu ośrodka u zwierząt jest zupełnie możebnym i występuje w stosunkowo dość krótkim czasie, bo w 3—12 tygodni. U psa przy porażeniu łapy tylnej występuje często współruch przy ruchach łapą tylną zdrową. Porażona łapa zdolną jest czasem do grubych ruchów, niema jednak ani siły statycznej, ani też drobnych ruchów, a ponadto pies używa jej często mylnie, stawiając fałszywie palce. O zmianach czuciowych i umysłowych, jako bardzo trudnych do badania, w doświadczeniach moich mi nie chodziło.

Obecnie pozostają jeszcze do omówienia przypadki kliniczne cierpień chirurgicznych mózgowych. (Dok. nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

J. Arneth. **O neutrofilnych ciałkach białych krwi w chorobach zakaźnych.** (Jena. G. Fischer, 1904).

Na ten sam temat ogłosił Arneth pracę z początkiem roku 1904 w Nrze 2 i 3 „Deutsche med. Wochenschrift", która miała stanowić niejako tymczasowe doniesienie. Po ukazaniu się zaś przytoczonej książki napisał w Nrze 25 „Münchener med. Wochenschrift" niejako uzupełnienie swej obszernej pracy.

Sprawą tą zajmował się przed Arnethem bardzo długi szereg badaczy, nikt jednak dotąd nie uchwycił tej sprawy z tego ciekawego punktu widzenia, co Arneth. Podać dokładnie treść tej książki jest wprost niemożebną: pozwolę sobie ją tylko po krótce nakreślić.

Autor robi preparat krwi i barwi go trójkwasem Ehrlicha i sto krwinek białych, okazujących ziarninę neutrofilną, układa wedle ich wielkości i postaci jądra w odpowiednie tabele. Rozróżnia on 5 klas krwinek białych neutrofilnych: do klasy 1) zalicza krwinki białe o obfitej ziarninie i jednem jądrze soczystem, okrągłem i płytko lub głęboko zakarbowanem. Klasa 2) obejmuje krwinki, o jądrze składającem się z 2 części, które mają wejrzenie albo 2 pętlic, albo 2 ziarn, albo pętlicy i ziarna. W klasie 3) mieszczą się krwinki białe, których jądro składa się z 3 części, znowu w różnych kombinacyach, wedle ich wejrzenia. Do klasy 4) należą krwinki z 4 częściami, a do ostatniej 5) z pięcioma lub większą liczbą części jądra. Podczas gdy pierwsze dwie klasy w krwi prawidłowej bardzo skąpo się znachodzą, to klasa trzecia stanowi 48%, czwarta 23%, a piąta 4% ogólnej liczby krwinek neutrofilnych w warunkach prawidłowych.

Za prawidłową liczbę uważa A. 6000 krwinek białych w 1 mm.^{3}; — za leukocytozę zaś liczby, przekraczające 8000. Wedle jego zdania nie przedstawia żadnej wartości samo liczenie krwinek białych i oznaczanie ogólnej ich liczby bez równoczesnego dokładnego rozdziału odsetkowego wedle ich poszczególnych form, gdyż niejednokrotnie udało mu się przekonać, że najcięższe zaburzenia w mieszaninie krwi przebiegały, nie zdradzając się zupełnie na zewnątrz jakimkolwiek przybytkiem w liczbie krwinek białych.

W prawidłowych warunkach okazują przytoczone klasy mniej więcej stałe wartości odsetkowe z małemi osobniczemi wahaniami, i im klasa wyższa, tem dojrzalsze obejmuje postacie białych neutrofilnych krwinek.

W warunkach patologicznych mają występować najrozmaitsze zmiany w powyższym obrazie neutrofilnym krwi, — wśród bardzo ciężkich zaburzeń w ustroju może się obraz wprost odwrócić. Stale znikają najpierw postacie najdojrzalsze (klasa 5), — a potem w szeregu inne, aż wreszcie stać się może, że prawie wyłącznie klasy najmłodsze (1, 2, 3), stanowią ów t. zw. neutrofilny obraz krwi. Na podstawie bardzo licznych spostrzeżeń co do liczby krwinek białych i ich rozdziału, rozróżnia A. następujące typy:

I) Hiperleukocytozy (wyżej 8000): *a*) Iso —, *b*) Anisohiperleukocytozy.

II) Normoleukocytozy (około 6000): *a*) Iso —, *b*) Anisonormoleukocytozy.

III) Hipoleukocytozy (niżej 6000): *a*) Iso —, *b*) Anisohipoleukocytozy.

Przez izoleukocytozę wogóle w każdym z tych 3 szeregów rozumie (czy to hiper-, normo- czy też hipoizoleukocytozę) taki stan, gdzie normalny liczbowy układ w neutrofilnym obrazie krwi został zupełnie zachowany. Najcięższem schorzeniem krwi jest więc wedle A., o ile chodzi o leukocyty i neutrofilny obraz krwi, anisohipoleukocytoza; mniej ciężką postacią chorobową jest anisonormohiperleukocytoza; a jeszcze mniej anisohiperleukocytoza, — podczas gdy izohipercytoza przedstawia najkorzystniejszy stan.

Wyniki pracy autora nie dadzą się w zupełności pogodzić z panującą obecnie nauką o chemotaksis, gdyż wedle niej neutrofilny obraz krwi nie powinien ulegać zmianie, — a przeciwnie, potwierdzają przypuszczenie Löwita o leukocytozie, na które się szczególnie w tych przypadkach musimy godzić, gdzie w krwi znajdujemy leukopenię z silnem zaburzeniem prawidłowego neutrofilnego obrazu krwi (anisohipoleukocytoza).

Zmiany, klinicznie spostrzegane w ustroju, nie zawsze dadzą się pokryć odpowiednim obrazem Arnethowskim. I tak z jednej strony można widzieć klinicznie ciężkie zaburzenia w obrazie krwi pośród względnie lekkiego przebiegu choroby i naodwrót względnie drobne zaburzenia w obrazie neutrofilnym krwi wśród ciężkiej choroby, a ponadto spostrzeżenia dowiodły, że i najcięższe zaburzenia krwi mogą ustępować.

Anisohipocytozę znalazł A. wśród ciężkiego śmiertelnego zapalenia płuc, stale znajdował w durze brzusznym i odrze, często wśród ospicy i zapalenia gruczołu przyusznego, dalej wśród najcięższych zatruć krwi, posocznicy, błonicy, gruźlicy prosówkowej, w przypadkach posocznicy, w których koniecznie należało przypuścić drobnoustroje krążące w krwi, w gośćcu stawowym, wśród piorunującego zapalenia wyrostka robaczkowego, w okresach początkowym i wysypkowym ospy. A. sądzi, że wszystkie powyższe sprawy chorobowe mają to wspólne, że wśród nich drobnoustroje same krążą we krwi, że zaś tam, gdzie krążą tylko jady, wytwarza się hiperleukocytoza. Wysuwanie się na jaw w neutrofilnym obrazie krwi postaci coraz mniej dojrzałych tłómaczy A. niszczeniem leukocytów przez krążące we krwi drobnoustroje, którym ulegają najdojrzalsze krwinki, gdyż te najdojrzalsze krwinki białe, ginąc, dostarczają najskuteczniejszych niweczników.

Na podstawie swojej pracy wywodzi autor wnioski bardzo delikatnej natury, wnioski, które, aby się ostać, potrzebują jeszcze mocnej podstawy. Autor sam to odczuwa i przyrzeka uzupełnić swą pracę równoczesnem studyum szpiku kostnego i krwi, jakoteż zbadaniem, jak się zachowują inne rodzaje leukocytów.

Na podstawie swoich spostrzeżeń powiada autor, że można z neutrofilnego obrazu krwi dokładnie określić chwilę, kiedy w jakiejś chorobie zaczyna się ozdrowienie, nie oglądając się na objawy kliniczne.

Kiedy z chwilą ozdrowienia krew wraca do stanu prawidłowego, bardzo często w pierwszej chwili postacie najdojrzalsze zaczynają nawet nieprawidłowo przeważać przez krótki czas, potem znowu przez chwilę przeważają postacie najmłodsze, i tak zauważyć można kilkakrotne wahanie to w jedną, to w drugą stronę, zanim się stosunki ułożą zupełnie prawidłowo i nastanie niejako spokój w obrazie.

Autor czynił spostrzeżenia miesiącami, bardzo dokładne i liczbowo obfite, wśród najrozmaitszych chorób w klinice lekarskiej w Würzburgu. Dzieło ilustrowane jest wielką liczbą tablic, starannie wykonanych. Wnioski autora może

idą nieco za daleko, praca jednak jest bardzo ciekawa, w każdym razie dowodzi, że chociaż już o krwi wiemy sporo, to jeszcze wiele tajników jest nam nieznanych.

W pracy dodatkowej, ogłoszonej (w „Münchener med. Wochenschrift“ 1904, Nr. 25) już po ukazaniu się powyższego dzieła, omawia autor kilka ciekawych przypadków, które badał na swój sposób:

Wśród gruźlicy prosówkowej widział A. najcięższy obraz krwi (anizohipoleukocytozę); — obraz ten aż do śmierci chorego wciąż się pogarszał. W przeciwieństwie do tego przypadku nie okazywały neutrofile żadnych zaburzeń wśród śmiertelnego przypadku tężca. Bardzo niewinny przypadek ospicy okazywał na szczycie choroby bardzo ciężkie zaburzenia w obrazie krwi. W przypadku tym na obrazie krwi bardzo ładnie dało się spostrzegać ozdrowienie. Ciężkie zmiany w obrazach krwi okazywały przypadki zapalenia opon mózgowych, po jednym przypadku ropień wątroby, ropne zapalenie otrzewnej i rumień guzowaty. Przypadek duru płucnego (*pneumotyphus*) okazywał takie same typowe zmiany, jak niepowikłany dur. Ciekawe wyniki dały przypadki plamicy najrozmaitszego pochodzenia, jakotoż zatrucia kwasem solnym, które w 8 godzinach sprowadziło śmierć; — w tych przypadkach obrazy krwi przypominały najcięższe choroby zakaźne. Autor widzi w tem zjawisku punkt styczny między nieorganicznem, a organicznem zatruciem ustroju w odniesieniu do neutrofilów. *Stahr.*

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Dr. Schmalz. **O dziedzicznem drżeniu.** (*Münch. med. Wochenschr.*, Nr. 14, 1905). Autor zwraca uwagę na postać chorobową, którą charakteryzuje jedyny objaw — drżenie, występujące dziedzicznie przez kilka pokoleń z rzędu w jednej rodzinie. Pierwsze spostrzeżenia zanotowane zostały w r. 1766; w ostatnich latach liczba przypadków rozpoznanych się zwiększyła. Autor sam miał sposobność spostrzegać trzy rodziny, u których w każdem pokoleniu przynajmniej jeden osobnik okazywał wybitne drżenie. Co do etyologii — nic pewnego powiedzieć nie można. Przypuszczano, że opilstwo rodziców wybitniejszą w tem cierpieniu gra rolę. Przeczy temu przypadek Nagyego, gdzie u osobników nadużywających wyskoku drżenie było mniejsze, niż u innych, do tej rodziny należących, a tem samem cierpieniem dotkniętych. Kiła i inne zakażenia przewlekłe zdają się nie mieć wpływu żadnego. Badanie takich chorych — poza wzmożeniem odruchów i to nie stałem, — daje wynik ujemny. W każdym razie są to osobniki na wszelkie bodźce łatwo pobudliwe, skłonne do płaczu i śmiechu, na wszelkie wogóle urazy łatwo oddziaływające. Jedynym objawem jest drżenie o umiejscowieniu najrozmaitszem, co do ilości zmienne, bo od 3—10 drgnięć na sekundę, zazwyczaj wybitniej występujące przy ruchach zamierzonych. Drżenie to utrzymuje się zazwyczaj przez całe życie. Przy życiu spokojnem, po usunięciu wpływów, zwłaszcza psychicznych, może się zmniejszać, a nawet zniknąć na czas jakiś, by znów pod wrażeniem jakiegobądź bodźca na nowo wystąpić. Rozpoznanie może nasuwać pewne trudności. Dwie są postacie chorobowe, wchodzące w grę pod względem różniczkowania; drżączka porażna i stwardnienie rozsiane rdzenia. W pierwszym przypadku wiek, w drugim brak zmian w narządzie wzrokowym, brak upośledzenia mowy, brak napadów udarowych, wreszcie brak postępu choroby mogą ustalić rozpoznanie. *S.*

Ch. Aubertin. **O pochodzeniu szpikowem ostrej białaczki.** (*La semaine médicale*, 1905, Nr. 21). Teorya dualistyczna Ehrlicha, dzieląca białaczki na dwie grupy o typie szpikowym z leukocytami ziarnistymi i typie limfatycznym z jednojądrzastymi bez granulacyi przyjęła się prawie bez zmiany u większości klinicystów francuskich. Jedynie Gilbert i Weil, a z nimi autor jest zdania, że ostra białaczka jest pochodzenia nie limfatycznego, lecz raczej szpikowego. Ważnym dowodem klinicznym, jakkolwiek ujemnym, przemawiającym za pierwotnem szpikowem pochodzeniem ostrej białaczki, jest nieznaczny tylko obrzęk lub zupełny brak obrzęku gruczołów chłonnych i śledziony, obserwowany prawie przez wszystkich badaczy w przebiegu tego cierpienia. Nadto natężenie stanu chorobowego nigdy nie idzie w parze z ewentualnym obrzękiem gruczołów, o ile do takowego przychodzi. Znane są spostrzeżenia przypadków, w których liczba leukocytów dochodziła do 960.000 przy równoczesnym braku znaczniejszego obrzęku gruczołów lub śledziony. Nadto obecność bardzo silnych bólów kostnych w ostrych białaczkach jest charakterystyczną. Prawie wszystkie nowsze spostrzeżenia notują obecność we krwi ciałek czerwonych jądrzastych i ciałek szpikowych (myelocytów) ziarnistych w przebiegu ostrej białaczki, co jest zaznaczeniem odczynu szpikowego. Myelocytów neutrofilnych bywa 0·5—3 na 100 leukocytów. Pfannkuch znajdował ich w ostrej białaczce do 10 prc. Eozynochłonnych bywa 1—3 prc., nieliczne komórki tuczne. Krwinki czerwone jądrzaste znachodzą się w stosunku 1—2 na 100 leukocytów. Dualiści przypisują temu oddziaływaniu szpikowemu tylko znaczenie samoobrony przeciw rozpadowi krwinek, lub też uważają ją za wtórne, towarzyszące tylko podrażnienie szpikowe. Wczesne powstawanie jednakże myelemii i związek, oraz ciałka przejściowe, istniejące między jednojądrzastemi ziarnistemi i nieziarnistemi, przemawiają za samoistną pierwotną przyrodą tego cierpienia. W przypadkach o ostrym przebiegu choroby zmiany anatomiczne najbardziej są zaznaczone w szpiku kostnym, mniej w śledzionie, a najmniej w gruczołach. W przypadkach bardzo ostrych część autorów znajdowała zmiany tylko w samym szpiku, a śledziona i gruczoły bywały zupełnie wolne. W przypadkach o powolnym przebiegu przychodzi do następowej „przemiany myeloidowej“ śledziony i gruczołów. Ciała jednojądrzaste, bezziarniste, o wyraźnem jądrze i bazofilnej pierwoszczy, znachodzące się w prawidłowym stanie w szpiku kostnym, a opisane przez Fraenkla i nazywane komórkami pierwotnemi, lub też limfocytami, limfogonami lub myelogonami, z których według zgodnych zapatrywań Pappenheima, Grawitza i Wolfa pochodzą wszystkie pierwiastki krwi, ulegają w przebiegu ostrej białaczki zwiększonemu rozmnażaniu się w pierwszym rzędzie i zaraz z początkiem przebiegu sprawy chorobowej. Przyczyną tego bujnego rozmnażania się szpikowego jest prawie z pewnością ostre, gwałtowne zakażenie, które szpik kostny odpowiada szybkiem bujaniem niezróżnicowanych pierwiastków zarodkowych.

Dr. Blassberg.

Prof. Riedel. **O lewostronnym bolu żołądka.** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, Nr. 17, 1905). Bole żołądka mogą występować na drodze odruchowej, mogą też udzielać się od sąsiednich narządów, w końcu mogą powstać wskutek owrzodzeń żołądka. Na drodze odruchowej występują bole żołądka: 1) w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, rzadziej w zapaleniu tego wyrostka o przebiegu przewlekłym. Przytem ból występuje czasem ponad pępkiem, w miejscu odpowiadającem wielkiej krzywiźnie żołądka. 2) Bole żołądka na drodze odruchowej występują też przy przepuklinie w linii białej. 3) Odruchowe bole żołądka występują i przy skręceniu przydatków sieciowych. 4) Ostatecznie i przy wrzodach w jelicie poprzecznem występują odruchowe bole żołądka. Ważniejsze i częściej od poprzednich występujące bole żołądka pochodzą z sąsiednich narządów, jak: 1) Z woreczka żółciowego, będącego w stanie zapalnym, powstającym często w kamicy żółciowej. 2) Ze zrostów z jednej strony między woreczkiem a wątrobą, z drugiej między dwunastnicą, a odźwiernikiem. 3) Bole żołądka prawostronne wywołać może przemieszczona prawa nerka wędrująca. 4) Bole żołądka znów w linii środkowej zawdzięczają często swe pochodzenie wielkim wrzodom dwunastnicy, których dno zrosło się z wątrobą. 5) Bole w środku żołądka, lub pojawiające się po jego lewej stronie, zawdzięczają często swe wystąpienie zwyrodnieniu tłuszczowemu lub torbielowatemu trzustki. 6) Sprawy ropne śledziony dają początek bolom żołądka lewostronnym. Jak z tego widać, bole żołądka na drodze odruchowej występują najczęściej w linii środkowej; bole zaś pochodzące z narządów sąsiednich — po stronie prawej, a tylko wyjątkowo jedne lub drugie pojawiają po stronie lewej. Natomiast bole żołądka przy chorobach samego żołądka (wrzodach) występują zależnie od umiejscowienia, jakie w żołądku zajmują. I tak wrzód odźwiernika daje powód najczęściej do prawostronnego bolu żołądka, wrzód w wejściu do odźwiernika — do bolu w linii środkowej, zaś wrzód środkowego odcinka żołądka powoduje lewostronny ból. Ból ten posuwa się tembardziej ku stronie lewej, im większy naciek się rozwija na tle wrzodu żołądka. Wrzody odźwiernika nie mają same przez się skłonności do tworzenia się nacieków, natomiast wrzody małej krzywizny i tylnej, oraz przedniej ściany żołądka, a zatem po lewej stronie, mają ją w wysokim stopniu, przyczem ściana żołądka w miejscu wrzodu zrasta się często z lewym płatem wątroby i trzustki. Z tego więc wynika, że wrzody, wychodzące z środkowej części żołądka, tembardziej się przesuwają w stronę lewą, im większe wrzody tworzą. Ból ten więc ma wielkie znaczenie rozpoznawcze, gdyż wskazuje na cierpienie żołądka i pozwala wykluczać bole odruchowe, a tem samem daje możność przystąpienia do zabiegu operacyjnego przed wytworzeniem się żołądka klepsydrowatego.

A. K.

S. Muttermilch. **O tworzeniu się i wydzielaniu kwasu moczowego.** (*Medycyna*, 1905, 2—6). Kwas moczowy jest związkiem pochodnym puryny $C_5H_4N_4$. Postać, w jakiej krąży w sokach tkankowych ludzi zdrowych, jest dotąd nieznana. Według Minkowskiego krąży kwas moczowy w tkankach normalnie w połączeniu z kwasem nukleinowym. W moczu część kwasu moczowego powstaje z rozkładu nukleiny jąder komórkowych samego ustroju, jako tak zw. endogeniczna, część zaś zwana egzogeniczną powstaje z rozpadu ciał purynowych, wprowadzonych z pokarmami. Przy dyecie, nie zawierającej związków purynowych i składającej się z mleka, jaj, sera, białego chleba, ziemniaków, ryżu i zielonych jarzyn kwas moczowy, wydalany z moczem, należy uważać za będący pochodzenia endogenicznego. Ilość kwasu moczowego endogenicznego jest dla każdego osobnika wielkością stałą, indywidualną i wynosi prawidłowo 0·25 do 0·55 gramów na dobę. Jeżeli przy dyecie wolnej od ciał purynowych ilość kwasu moczowego przekracza powyższą ilość, wówczas mówimy o wzmożonem względnie zmniejszonem wydzielaniu kwasu moczowego. Wzmożone wydzielanie kwasu moczowego powodują: mięso, bulion, grasica, wątroba, mózg, nerki i inne narządy wewnętrzne, nadto kawior. Kawa i herbata nie wpływają na wzmożenie wydalanego kwasu moczowego. Ustrój ludzki prawidłowy zdolny jest do utlenienia i zamiany na mocznik połowy krążącego we krwi kwasu moczowego, a utlenieniu ulega kwas moczowy w wątrobie, nerkach i mięśniach. Kwas moczowy tworzy się w wątrobie, grasicy, śledzionie i innych narządach nukleinowych. Część wydalanego prawidłowo kwasu moczowego tworzy się być może na drodze syntetycznej w wątrobie, przyczem punktem wyjścia dla niego są prawdopodobnie kwas mleczny i mocznik. Podczas gdy osobnik zdrowy wydziela stale taką samą ilość kwasu moczowego przy dyecie wolnej od ciał purynowych, to u chorych na dnę zachodzą wyraźne wahania w ilości wydzielanego dziennie kwasu moczowego. Podczas napadu ilość kwasu moczowego w moczu stale niezależnie od ogólnej przemiany ciał białkowych jest zwiększona, przed napadem i po napadzie istnieje raczej pewne zmniejszenie. Najmniejsza ilość wydalanego kwasu moczowego przypada najczęściej na 1 dzień przed napadem; największa zaś przypada przeważnie nazajutrz po napadzie, czasami po 2, 3 lub 4 dniach. Dodatek mięsa do dyety wolnej od ciał purynowych nie wywołuje prawie wcale wzmożenia wydalanego kwasu moczowego podczas ostrego napadu dny. Podczas gdy jedni autorowie upatrują dotychczas w kwasie moczowym główny czynnik dny, tłómacząc nadmierną zawartość jego we krwi niedostatecznem wydalaniem przez nerki, wzmożoną produkcyą, bądź niedostatecznem spalaniem przez tkanki, inni sądzą, że kwas moczowy wogóle nie gra żadnej roli w patogenezie dny, ponieważ tworzy się w porażonych stawach na miejscu z nukleiny jąder komórkowych. Nowa hipoteza Minkowskiego przypuszcza, że u chorych na dnę kwas moczowy krąży we krwi i cieczach tkankowych w postaci innej, niż u zdrowych, jako niezdatny do wydzielania się przez nerki (*harnunfähig*) i wpływający tem samem szkodliwie na tkanki. Oznaczenie ilości kwasu moczowego nie pozwala na wnioski co do istnienia dny, natomiast charakterystyczne wahania wydalanego kwasu moczowego w przebiegu ostrych napadów dny w wątpliwych przypadkach przemawiają za skazą moczanową. W kamicy nerkowej moczanowej niema zboczeń pod względem zawartości kwasu moczowego we krwi lub w moczu. W zapaleniu włóknikowem płuc, w sprawach posocznicznych i gorączkowych, w cukrzycy, a przedewszystkiem w białaczce wydzielanie kwasu moczowego jest wzmożone. W przewlekłem zapaleniu nerek dobowa ilość kwasu moczowego i zasad ksantynowych waha się w granicach prawidłowych.

Dr. Blassberg.

F. Arnstein. **O leczeniu zdrojowo-kąpielowem w kamicy moczowej.** (*Gazeta lekarska*, 1905, Nr. 19). Leczenie ściśle dyetetyczne w chorobach przemiany materyi, a specyalnie w kamicy moczowej, ma duże znaczenie jako środek zapobiegawczy przy usposobieniu wrodzonem lub nabytem do kamicy. W okresach zaś choroby ze zmianami anatomicznemi i złogami, z napadem kolki nerkowej lub przypadłości pęcherzowych, leczenie zdrojowo-kąpielowe występuje na pierwszy plan. Wówczas składniki wód mineralnych, dostawszy się drogą krwiobiegu do dróg moczowych, wywierają bezpośredni wpływ na skład moczu i na tkanki chorobowo zmienione, a nadto przez działanie moczopędne łatwiej wydalają się wytworzone złogi, zalegające drogi moczowe. Leczenie zdrojowe zmierza do tego celu bądź przez wody alkaliczne, które przeszkadzają strącaniu soli moczowych, rozpuszczonych w moczu, bądź przez wody mineralne wapienne, których sole wapniowe wiążą w kiszkach fosforany i zmniejszają ilość fosforanów kwaśnych w moczu.

Dr. Blassberg.

PEDYATRYA. Galatti. **Przyczynek do charakterystyki ostrych nie krostowych wysypek i ich postaci mieszanych.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, tom 61, czerwiec, 1905). Autor zwraca się przeciwko zapatrywaniom Pospischila i Hukiewicza, którzy na podstawie 21 przypadków odry, skombinowanej wrzekomo z płonicą, spostrzeganych w wiedeńskim szpitalu jubileuszowym, dochodzą do wniosku, że zakażenie odrowe wzmaga usposobienie do zapadnięcia na płonicę, że ogólne zakażenie paciorkowcami w odrze i ospie wietrznej należy w przeważnej liczbie przypadków odnieść do wtórorzędnego zakażenia płonicą, że spostrzegane niekiedy w następstwie tych chorób i różyczki — krwotoczne zapalenie nerek należy uważać za popłonicze. Rozpoznanie płonicy w większości przypadków Pospischila i Hukiewicza opiera się jednak jedynie na pojawieniu się wysypki płonicowatej, bez innych płoniczych objawów; często zaś i wysypka była niewybitna i nieogólna. Autor przechodzi przyczyny, mogące wywołać wysypkę płonicowatą, podnosi z naciskiem, że także następowe łuszczenie nie rozstrzyga sprawy na korzyść płonicy, gdyż świadczy tylko o równym rodzaju zmiany w skórze, nie o tej samej etyologii. Wysypka płonicowata przy odrze we wspomnianych przypadkach mogła być wyrazem zakażenia równoczesnego, niezależnego, innym czynnikiem, lecz niekoniecznie płonicą; mogła być jednak także zależną jedynie od zakażenia odrowego. Przy rozmaitych bowiem innych chorobach zakaźnych: durze, ospie, grypie, tak zw. gośćcowej, lub żołądkowej gorączce itd. podobne wysypki spostrzegano. Podwójne zakażenia wolno rozpoznawać tylko przy obecności mniej lub więcej wybitnych dla obu chorób znamiennych obrazów chorobowych.

Lewkowicz.

E. Terrien. **O rokowaniu przy zapaleniu płuc u dzieci.** (*La presse médicale*, 1905, Nr. 40). Zapalenie płuc u małych dzieci przebiega zazwyczaj pomyślnie, o ile niema powikłań. Spostrzeżenia autora, zestawione ze spostrzeżeniami innych autorów, dowodzą atoli, że rokowanie bywa wątpliwem przy powikłaniach, pochodzących z poza płuc, a to przeważnie u dzieci, liczących mniej niż dwa lata. Zwłaszcza zapalenie osierdzia może przebiegać niepostrzeżenie u dziecka i spowodować w przebiegu zapalenia płuc nagłą śmierć. Pierwszą oznaką grożącej nagłej śmierci bywa w podobnych przypadkach zazwyczaj sinica.

Dr. Blassberg.

OKULISTYKA. Dr. Fehr. **O naczyniaku naczyniówki.** (*Centralb. f. Augenheilk.*, Nr. 6, 1905). Autor opisuje przypadek tego cierpienia, ważny dla nauki dlatego, iż od szeregu lat ściśle był badany i wziernikowany. Mianowicie chory, obecnie 65 lat liczący, już przed 15 laty zgłosił się do kliniki prof. Hirschberga, skarżąc się na upośledzenie wzroku w lewem oku. Prof H. stwierdził wówczas guz, usadowiony w tylnym odcinku oka; ponieważ jednak guz ten nie robił wrażenia nowotworu złośliwego, przeto oka nie wyjmowano. Z biegiem lat wzrok na oku lewem coraz bardziej podupadał. Dopiero w ostatnich czasach, t. j. po 15 latach od chwili stwierdzenia choroby, wystąpiły w niewidzącem już zupełnie oku objawy ostrej jaskry, z powodu których oko wyłuszczono. Badanie histologiczne i drobnowidowe potwierdziło w zupełności dawne rozpoznanie; na dnie oka znajdował się naczyniak uszypułowany, pokryty zewsząd dosyć grubą otoczką łącznotkankową, w jednem miejscu skostniałą. Cechą, odróżniającą w obrazie wziernikowym ten nowotwór od nowotworów złośliwych, było wejrzenie otoczki. Nowotwór ten miał otoczkę jednostajną białą z odcieniem niebieskawym, podczas gdy nowotwory złośliwe mają powierzchnię nierówną i pstrą.

Dr. Liebermann.

Dr. Pihl. **Zmiana w cięciu skórnem przy operacyi Krönleina.** (*Centralbl. f. Augenheilk.*, 1095, Nr. 6). Chcąc sobie utworzyć możliwie dogodny przystęp do dużych nowotworów, usadowionych poza gałką oczną, postąpił autor w 2 przypadkach w sposób następujący: do cięcia Krönleina dołączył drugie, wzdłuż brzegu oczodołu po stronie zewnętrznej, a dochodzące aż do kości jarzmowej i trzecie cięcie, prostopadłe do poprzedniego, wzdłuż kości jarzmowej. Reszty operacyi dokonał w sposób typowy.

Dr. Liebermann.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Piotr Bergell i A. Braunstein. **O lecytynie i bromolecytynie.** (*Therapie der Gegenwart*, 1905, Z. 5). Przed 5 laty otrzymał P. Bergell za pośrednictwem soli podwójnych z chlorkiem kadmowym lecytynę, wolną od stałych kwasów tłuszczowych. — Późniejsze badania Henriquesa i Hansena, Lavesa i Cousina wykazały, że płynny kwas tłuszczowy z lecytyny nie jest jedynie kwasem olejowym, ale zawiera także kwasy bardziej nienasycone o typie kwasu linolowego. Lecytyna daje się z łatwością bromować w roztworze chloroformowym. Ilość pochłoniętego bromu wynosi 27—29 prc. suchej substancyi, zatem więcej, niżby to odpowiadało kwasowi olejowemu, choć brom wchodzi tylko w grupę kwasu tłuszczowego, nie naruszając grupy cholinowej. Lecytyna ulega pod wpływem enzymów rozkładowi na cholinę, kwas glicerynofosforowy i kwasy tłuszczowe; bromolecytyna

zachowuje się podobnie, lecz rozkład jest znacznie powolniejszy. Bromolecytyna ulega z łatwością resorbcyi. W doświadczeniach na królikach wprowadzali autorowie do żołądka 5 gramów bromolecytyny, zawierającej 20 prc. bromu w postaci zawiesiny, bez żadnej szkody dla zwierzęcia. Po zabiciu zwierzęcia można było znaleźć w alkoholowych wyciągach z wątroby i śledziony pokaźne ilości kwasu fosforowego i bromu. W doświadczeniach klinicznych otrzymywali autorowie znakomite wyniki w rozmaitego rodzaju niedokrwistościach po podaniu bromolecytyny w pigułkach, mianowicie 3 razy dz. po 2 pig. po 0,1 bromolecytyny przez kilka do kilkudziesięciu dni. Wyniki dorównywują tym, jakie otrzymywał Serono po wstrzykiwaniach lecytyny podskórnie. Bromolecytyna nie posiada w działaniu swem charakteru przetworu bromowego. *Seńkowski.*

Gerhardt. **Patogeneza żółtaczki.** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, Nr. 19, 1905). Nauka o powstawaniu żółtaczki w ostatnich dziesiątkach lat znacznie postąpiła naprzód i uległa zmianom tak ze strony czysto teoretycznej, jak i praktycznej. Żółtaczka najłatwiej da się wytłómaczyć i zrozumieć wtedy, gdy główny przewód żółciowy zatka bądź kamień, bądź czopek śluzu, bądź też jakiś guz, a żółć, z tej przyczyny, ulega powyżej przeszkody zastojowi, wsysa się tutaj i dostaje się do krwi i tkanek. Teorye, począwszy od Heidenhaina, są różne. Jedne przypisują główne znaczenie naczyniom krwionośnym, inne chłonnym. Zachodzi też pytanie, czy zawsze idzie o jeden i ten sam barwik żółciowy bez względu na przyczynę żółtaczki? Mniemano, że obok właściwego barwika żółciowego, także i spokrewniona z nim pod względem chemicznym urobilina może być przyczyną żółtaczki, tembardziej, że między urobiliną, a barwikiem krwi jest wielkie powinowactwo. Dziś możemy stanowczo powiedzieć, że ten pogląd jest błędny. W każdym przypadku żółtaczki da się wykazać w tkankach barwik żółciowy, nawet gdy z moczem wydziela się tylko urobilina. Barwik jest więc we wszystkich przypadkach żółtaczki identyczny. Przy tłómaczeniu żółtaczki w tych przypadkach, gdzie się nie da wykazać schorzenia dróg żółciowych, możnaby było przyjąć, że barwik żółciowy powstaje tutaj wprost z barwika krwi. Dlatego od dawna tego rodzaju przypadki przeciwstawiano poprzednim, jako *icterus haematogenes*, powstałym drogą wessania w samej wątrobie. To bowiem nie ulega żadnej wątpliwości, że taka przemiana hemoglobiny w bilirubinę jest możliwa. Tutaj zachodzi jednak pytanie, czy ten sposób tworzenia odbywa się na tak dużą skalę, żeby się całe ciało potrafiło żółtaczkowo zabarwić. Tego dotychczasowe doświadczenia nie potrafiły udowodnić. W przypadkach tak zw. żółtaczki toksycznej, która pierw tu należała, wykazał Naunyn i jego szkoła, że jednak barwik żółciowy pochodzi z wątroby. Przytem przekonano się, że żółć z początkiem nastania żółtaczki odpływa obficiej i jest zasobniejsza w barwiki żółciowe, a że później staje się więcej śluzowa i ciągnąca. Z tego to właśnie powodu ulega zastojowi w początku dróg żółciowych i tu się wsysa. Hemoglobina ulega w naczyniach przemianie i przez to dostarcza wątrobie bogatego materyału do tworzenia się barwików żółciowych. Dzieje się to przy otruciach n. p. fosforem i t. d. To samo dzieje się przy chorobach wątroby, ale wątroba odgrywa tu tylko pośrednią rolę, głównym zaś czynnikiem jest uszkodzenie ciałek czerwonych. Rozpad ciałek czerwonych, jaki ma miejsce przy krwotokach wewnętrznych, zapaleniu płuc i t. d. daje powód do żółtaczki. Na tej samej podstawie występuje żółtaczka i w chorobach sercowych. Według badań Kimury z kliniki Fr. Müllera żółć w rówych chorobach przedstawia się rozmaicie tak ze względu na swą gęstość, jak i na zawartość barwików żółciowych. Także i przy tak zw. żółtaczce ropniczej wskutek zapalnych spraw w przewodach żółciowych przychodzi do zastoju i do wessania żółciowych barwików. W sposób analogiczny, jak i poprzednie, da się wytłómaczyć żółtaczka noworodków wskutek rozpadu czerwonych ciałek krwi. Quinke przypisywał tu wybitną rolę wessaniu bilirubiny z przewodu pokarmowego, która nie ulega tu, jak później, przemianie w urobilinę. Oprócz rozpadu ciałek czerwonych, główną rolę odgrywa w żółtaczce stan nieżytowy przewodów żółciowych. Minkowski, Liebermeister i Pick wypowiedzieli zdanie, że cierpienia komórek wątrobnych dają powód do tego, że żółć przechodzi nie do dróg żółciowych, jak być powinno, ale do naczyń krwionośnych. Aczkolwiek wszystkie postacie żółtaczki mają pewne pokrewieństwo, to jednak przeróżne czynniki odgrywają tu rolę i ulegają przeróżnym komplikacyom, tak w żółtaczce nieżytowej, jak w marskości wątroby, jakoteż i kamicy żółciowej. Dawniej tłómaczono żółtaczkę w kamicy żółciowej tem, że albo kamień żółciowy przechodził przez przewód żółciowy, albo w nim tkwił. Jednak nowsze badania wykazały, że obecność kamienia w przewodzie żółciowym nie zawsze daje powód do żółtaczki. Czasem znów znajdowano kamień w przewodzie pęcherzykowym, wśród żółtaczkowego zabarwienia tkanek. Otóż tłómaczą ten rodzaj żółtaczki drogą odruchu z przewodu pęcherzykowego na przewód żółciowy wspólny, którego błona śluzowa ulega zgrubieniu, a przewód cały zamknięciu, lub znacznemu zwężeniu. Najważniejszą przyczyną żółtaczki w tych razach jest stan zapalny przewodów żółciowych, o jaki w tych razach jest bardzo łatwo. Zakażenie przewodów żółciowych odgrywa tu bardzo wybitną rolę i w występowaniu żółtaczki i w tworzeniu się kamyków żółciowych, szczególnie *bacterium coli commune* jest najczęstsze. Żółtaczka występuje wtedy naprzemian z podniesieniem się ciepłoty ciała. Wątroba jest wtedy powiększona, tkliwa. Otóż *cholangitis diffusa* jest właśnie bardzo częstą przyczyną żółtaczki, a nie same kamienie, na co dowód mamy w tem, że często po usunięciu kamienia żółciowego, żółtaczka nie ustępuje, ale się jeszcze na jakiś czas potęguje. Także i przy marskości wątroby *bact. coli commune*, rozwijające się tem obficiej, że żółć wolno przepływa, daje główny powód do żółtaczki. Najmniej wyjaśnione są dziś poglądy na żółtaczkę nieżytową. Że tu daje często powód do żółtaczki zatkanie przewodu żółciowego czopkiem śluzu, to jest fakt, dający się stwierdzić tem, że często po ucisku na woreczek żółciowy, lub po faradyzacyi jego objawy żółtaczki mijają. Prócz tego działa tu głównie zakażenie przewodu żółciowego głównego, lub drobnych przewodów na większej przestrzeni, następnie ten rodzaj żółtaczki, jaki występuje w chorobie Weila i ostrym zaniku wątroby. Słowem, nieżyt drobnych przewodów żółciowych, jakoteż i większych, czy to na drodze toksycznej, czy zakaźnej, daje najczęściej obraz tego rodzaju żółtaczki. *A. K.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Aristochinę stosował Deutsch (*Centr. f. Kinderheilk.* 1905, 3) w 35 przypadkach krztuśca. 4 z nich stracił z oczu, w 5 nie było żadnego skutku, natomiast w 26 stwierdził zmniejszenie się siły i częstości napadów. Skutek był tem wybitniejszy, im wcześniej i w im większych dawkach podano aristochinę. Jeżeli nie wystarcza zwykła dawka 0,05—0·1 u osesków, a 0,3 u starszych dzieci 3 razy dnia, to podaje D. 0,2—0,25 u pierwszych, a 0,4—0,5 u drugich bez przykrych skutków, właściwych chininie. W ciężkich napadach wspiera D. działanie aristochiny heroiną lub dioniną. Nadto podawał Deutsch aristochinę w zapaleniach gardła (50 przyp.) i twierdzi, że lek ten niemal przecina chorobę. Równie dobrze działała aristochina jako lek przeciwzimniczy i przeciwgorączkowy. *R.*

Dla stwierdzenia własności **bromokolu** jako *nervinum* wykonał Meier (*Allg. med. Central-Ztg.* 1905, 15) szereg doświadczeń na myszach, zatruwanych strychniną, i stwierdził, że bromokol osłabia lub znosi działanie tej trucizny. *A.*

Bioferynę w niedokrwistości u dzieci podawał Nebel (*Deutsche medic. Wochenschr.*, 1905, 24). Lek ten, mający postać brunatnoczerwonego płynu i słaby gorzkawo-aromatyczny smak, przewyższa tem inne przetwory hemoglobiny, że nie ma ich mdłego smaku, ani zapachu. U sześciorga dzieci 1—1½ rocznych, którym podawano przez 6 tygodni stale 2 razy dnia po 5,0 bioferyny, wzrosła ilość hemoglobiny z 50—80 na 100 prc. Nawet w przypadkach powikłanych (zator mózgu, krztusiec) wynosił przyrost hemoglobiny jednak 15—30 prc. Podobne wyniki uzyskał N. w przypadku niedokrwistości po krwotoku porodowym. *L.*

Bornyvalu używa zamiast innych przetworów kozłka Beerwald (*Allg. med. Ctrl. Zeit.*, 1905, 23) stale ze względu na to, że lek ten zawiera dokładnie określoną i niezmienną ilość borneolu i kwasu kozłkowego, że więc pozwala on dokładnie dawkować rzeczywiście skuteczne składniki kozłka. Szczególnie dobrze działał bornyval w podnieceniach w toku neurastenii i zadumie, oraz w nerwicach serca. B. użył bornyvalu także w 15 przypadkach grypy: w 7 z nich nie zauważył wprawdzie żadnego skutku, natomiast w 8 innych stwierdził korzystny wpływ leku na serce i na ogólne objawy zatrucia. Działanie bornyvalu stawia B. na równi z działaniem bromu w podobnych przypadkach. W padaczce i pląsawicy nie miał B. sposobności wypróbować działania bornyvalu. *Ll.*

W leczeniu gruźlicy używa Renon (*Journ. des Prat.*, 1905, 5) taniny, jak twierdzi, z dobrym skutkiem. Aby uniknąć niemiłych zaburzeń trawienia, częstych po taninie, posługiwać się można tanigenem 2—3 r. dnia po 0·2. *B.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół zwyczajnego posiedzenia z dnia 11 maja 1905.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przedstawił kol. Reiss sześcioletniego chłopca z zmianami kiły późnej w postaci owrzodzenia wielkości dłoni na sklepieniu czaszki. U chłopca tego od kilku tygodni wystąpiły objawy ze strony układu nerwowego ośrodkowego, a mianowicie nader leniwe oddziaływanie źrenic na światło, objaw Romberga bardzo wybitny, wygładzenie fałdu nosowo-policzkowego lewego, porażenie lewej połowy podniebienia i objawy w kierunku bardzo znacznej niedomogi w zakresie kończyn dolnych. Odruchy kolanowe zniesione zupełnie. Przed dwoma tygodniami chory o własnych siłach nie mógł chodzić, obecnie pod wpływem leczenia wcieraniami szaruchy i podawania przetworów jodu chód się znacznie poprawił. Owrzodzenie na głowie, które zniszczyło blaszkę kostną zewnętrzną, pod wpływem maści kalomelowej Heydena zmniejszyło się znacznie i okazuje obecnie dążność do gojenia. W dalszym ciągu przedstawił kol. Reiss chorą, u której przed kilku miesiącami wytworzyło się owrzodzenie na podniebieniu twardem w pobliżu nasady zębowej. Brzegi owrzodzenia dość płytkiego ostre, dno nierówne, pokryte szarawym nalotem wypocinowym. Przy dotyku owrzodzenie mało bolesne. Kol. Reiss, przyjmując gruźliczą przyrodę, rozpoznaje zmianę tę jako początkowe ognisko wilka. Następnie przedstawił kol. Reiss kilkoletniego chłopca z wrzodem twardym wargi dolnej i obrzękiem swoistym gruczołu podszczękowego lewego. — Następnie przedstawił kol. Borzęcki: 1) chorą z zmianami kiły późnej na podudziu lewem w formie: *lues gumosa serpiginosa.* Chora przed kilku tygodniami porodziła dziecko zdrowe. 2) Chorego, u którego skóra tułowia i kończyn z wyjątkiem przegubów pachowych, łokciowych, pachwinowych i kolanowych pokryta jest pokładem czarnych wielokątnych, zrogowaciałych, bardzo trudno oddzielających się łusek. Sprawa trwa od wczesnej młodości. Rozpoznano: *Ichthyosis serpentina.* 3) Chorą z wrzodem twardym, umiejscowionym między wargą lewą sromową większą a mniejszą i charakterystycznem powiększeniem gruczołów pachwinowych. — Następnie przedstawił kol. Gogulski kilku chorych po operacyach plastycznych, wykonanych przez siebie z powodu wilka nosa i twarzy. Operacye te wykonywał kol. Gogulski częściowo sposobem Diffenbacha, częściowo z pomocą własnych modyfikacyi. Pomimo wielkich trudności w wytworzeniu przegrody nosowej udało się kol. Gogulskiemu w ostatnich operacyach plastycznych trudności te pokonać o tyle, że nosy takie zupełnie się nie zapadają i chorzy mogą zupełnie swobodnie oddychać. Wyniki zaś otrzymane po operacyach, dokonanych tą metodą, pod względem kosmetycznym nie pozostawiają nic do życzenia.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Stopczański.*

VII. Lekarze krakowskiej kapituły katedralnej.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Ciąg dalszy).

Jakób z Biskupic umierając zostawił przy katedrze aż trzech lekarzy. Byli nimi Sabinka, Solfa i Mikołaj z Wieliczki, doktor filozofii i medycyny, scholastyk kielecki i profesor medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim [121]. Tego ostatniego powołano do kapituły w r. 1551 na psałterzystę katedralnego po śmierci Bernarda a Radis. Już w r. 1552 uwalniają go członkowie kapituły od obowiązkowego pilnego brania udziału w posiedzeniach, tłómacząc ten swój krok wiekiem i powagą Mikołaja, jako też niemniej zbytniem przeciążeniem jego z powodu czynności lekarskich („....quod sit vir gravis et maturus, occupatusque in curandis excellentium personarum aegritudinibus [122]", które mu nie pozwalają pilnie uczęszczać na posiedzenia, zwoływane nierzadko dla załatwienia błahych spraw.

Wielka przykrość spotkała Mikołaja z Wieliczki w r. 1554. Jako egzekutor testamentu Feliksa, sufragana wileńskiego i biskupa kaffeńskiego, zajął stanowisko odmienne, aniżeli tego wymagał biskup Andrzej Zebrzydowski, za co go tenże kazał z pogwałceniem praw i przywilejów, przysługujących profesorowi uniwersytetu — odprowadzić do więzienia, z którego go dopiero po upływie dwóch dni za wstawieniem się kapituły uwolnił [123].

Mikołaj wchodził w skład kapituły zaledwie osiem lat, gdyż umarł w r. 1559; a kanonicy nadali osieroconą przez śmierć jego psałteryę Stanisławowi Piotrowi Opatowiczowi, bakałarzowi nauk wyzwolonych i prebendarzowi kaplicy św. Trójcy w katedrze na Wawelu [124].

Łętowski [125]) wymienia pod rokiem 1552 kanonika kapituły katedralnej krakowskiej imieniem Zygmunt, który miał być zarazem i lekarzem. Nasze poszukiwania w tym kierunku naprowadzają nas na myśl, że tutaj najprawdopodobniej zachodzi pomyłka, gdyż lekarza takiego nie mogliśmy odszukać pomimo wielokrotnych poszukiwań w aktach kapitulnych. Spotykamy się wprawdzie pod wspomnianym rokiem wielokrotnie z doktorem Zygmuntem, lecz zawsze idzie tu o Zygmunta ze Stężyc, doktora praw, którego akta bardzo często mienią w ten sposób. Nigdzie jednak nie zauważyliśmy, by obok tego imienia się znajdował dopisek „medicinae doctor". Jeżeli zaś przypadkiem Łętowski takie miejsce odszukał, natenczas nie ulega wątpliwości, że tu miała miejsce pomyłka, których zresztą w tych aktach jest niemało.

Po powołaniu Adama Konarskiego na biskupstwo poznańskie począł czynić zabiegi o opróżnioną w ten sposób kanonię raciborowicką Piotr z Poznania, Poznańczykiem zwany [126]. Przeciw przyjęciu jego protestował jednak Stanisław z Szamotuł, wikary i penitencyaryusz kapituły, motywując swoje stanowisko tem, że Piotr jest „ex plebeo ordine natus", jako też niemniej i tem, że prebenda raciborowicka nie należy do rzędu tych, które przeznaczono dla doktorów pochodzenia plebeuszowskiego. Sprawa oparła się o króla, który popierał dążenia Poznańczyka. Lecz członkowie kapituły postanowili go oddalić, jakkolwiek „....id sacra Maiestas Regia studiosius litteris suis urgere videatur"...., nie chcąc przekraczać przepisanej liczby kanoników nieszlacheckiego pochodzenia („quominus plures plebei quam sunt isti quattuor ad Ecclesiam admittantur"). Mimo jednak tego nieprzychylnego stanowiska kapituły udało mu się uzyskać kanonię raciborowicką, a dotyczący „instrument" odczytano 18-go grudnia 1562 r. Z tego instrumentu dowiadujemy się, że Piotr osiągnął stopień doktora medycyny w Bolonii r. 1545 [127]). Przysięgę przepisaną dla obejmujących kanonie złożył w r. 1563. Przy sposobności tego aktu wyszło na jaw, że tę samą kanonię raciborowicką nadano już poprzednio innemu kanonikowi, a mianowicie Hieronimowi Chojeńskiemu. Pozbawiony w ten sposób prawa głosowania i brania udziału w posiedzeniach na równi z innymi członkami kapituły, opuścił ją Poznańczyk. Czując się zaś przez to pokrzywdzonym, czynił zabiegi, by ten dla siebie przykry stosunek do kapituły zmienić, co się mu powiodło dopiero po upływie czterech lat. W r. 1567 doszła — po poprzedniem porozumieniu się ze Stolicą apostolską — do skutku ugoda pomiędzy nim i Chojeńskim z jednej, a kapitułą z drugiej strony, na podstawie której przyznano mu prawa, przysługujące kanonikom katedry na równi z innymi członkami kapituły. W tymże samym roku postanowiono mu nadać wieś Bierzanów i dom kanoników, opróżnione przez powołanie na biskupstwo płockie ich dotychczasowego posiadacza Piotra Myszkowskiego. Gdy się jednak ten ostatni ta-

[121]) Rocznik Wydz. lek. T. II. str. 46 i T. III. str. 444. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 28. — Muczkowski: Liber promotionum. — Grabowski: Starożytne wiadomości. str. 261. — Majer: Wiadomości życia prof. str. 32. — Oettinger: Rys dziejów wydz. lek. str. 147. — Kośmiński: Słownik. — Wisłocki: Liber diligentiarum.

[122]) Acta actorum: vol. V. fol. 34.

[123]) Hipler et Zakrzewski: Hosii epistolae. T. II. Nr. 1252. Ap. 66.

[124]) Acta actorum: vol. V. fol. 358 i. v.

[125]) Katalog. T. IV. str. 316.

[126]) Rocznik Tow. Warsz. Przyj. N. T. VII. str. 177. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 142. T. II. str. 29. — Rocznik wydz. lek. T. II. str. 47. T. III. str. 438. — Wiszniewski: Hist. lit. pol. T. III. str. 28. — Muczkowski: Liber prom. p. 185 et 144. — Majer: Wiadomości z życia profesorów. str. 39 i 40. — Łukaszewicz: Hist. szkół. T. III. str. 28. — Grabowski: Star. wiadomości. str. 224. — Łętowski: Katalog. T. III. str. 488—490. — Oettinger: Rys dziejów. str. 172—174. — Hipler et Zakrzewski: Hosii epistolae. T. II. — Wisłocki: Liber diligentiarum. — Kośmiński: Słownik. — Lachs: Lekarz szkolny przy Uniw. Jagiell. (Przegląd lekarski z r. 1903).

[127]) Acta actorum: vol. V. fol. 470.

kiemu nadaniu sprzeciwił, odebrano mu jedynie dom kanoników pod pozorem, że mieszkając w Płocku, nie może się nim należycie zająć. Myszkowski się jednak i temu sprzeciwił, a sprawę załatwiono ostatecznie w drodze ugody po wdaniu się w nią króla i stolicy apostolskiej[128].

Przy rozdzielaniu dóbr kapitulnych otrzymał Poznańczyk w r. 1572 wieś Wąssów, którą jeszcze tego samego roku zamienił na Zielonki. Te ostatnie nadano jednak już w r. 1574 kanonikowi Erazmowi Mielińskiemu, pozostawiając Piotrowi w zamian za nie Węgrzyce, przy których się utrzymał zaledwie dwa lata, bo już przy najbliższym podziale dóbr odebrano mu je na korzyść kustosza Brodzińskiego, a jemu przydzielono Grembałów[129], przy którym pozostał do końca życia swojego, t. j. aż do roku 1579. Jako dzień jego śmierci podaje Łętowski 23-go września, gdy go Oettinger umieszcza pod 22-go września, co także i Kośmiński powtórzył. Pogrzeb odbył się 1-go października. Kanonię i prebendę Raciborowice nadano Marcinowi Skarszewskiemu, Grębałów Jakóbowi Milewskiemu, a dom kanoników („in platea canonicali octavam ab acie in sinistra parte e castro eunti sitam“) Mikołajowi Myszkowskiemu[130].

Egzekutorem testamentu zamianował Piotr z Poznania innego lekarza przy katedrze krakowskiej, mianowicie Marcina z Pilzna.

Marcin z Pilzna[131], zwany także Glickim (Glicius)[132] Marcinem, wstąpił do katedry w r. 1564 — już jako proboszcz kościoła WW. Swiętych, i jako bakałarz teologii,— obejmując urząd kaznodzieja katedralnego. Szczególniejszym swoim darem wymowy zwrócił wkrótce na siebie powszechną uwagę. Gorliwością zaś, zapałem, a czasem i bezwzględnością, która mu pozwalała czasem zapomnieć i o miejscu, z którego przemawiał, ściągał na siebie nierzadko upomnienia ze strony kapituły, by się hamował („.....ut nihil ex privato odio nihil ex invidia sed omnia graviter et meditata appareant ex amore et bono zelo processisse, vergantque in aedificationem et exemplum, non in destructionem et scandalum auditorum[133])“.... Te i inne okoliczności spowodowały go też do złożenia tej godności w roku 1579. Kanonikiem katedralnym został w r. 1575, obejmując kanonię i prebendę Łętkowice, — opróżnioną przez śmierć Michała z Wiślicy, — nie jako doktor medycyny, lecz jedynie jako doktor teologii (tanquam theologiae doctor[134]). W r. 1580 objął z rąk Jakóba Montana urząd prokuratora kapituły[135]), z którego już w następnym roku zrezygnował, a w r. 1585 zaszczycono go godnością „censoris morum[136])“, którą zatrzymał aż do końca życia. Z dóbr kapitulnych posiadał następujące: w roku 1580 nadano mu Wolę Zacharyaszowską, gdy jej dotychczasowy posiadacz Paweł Dębski otrzymał Pychowice, a prawie równocześnie został prowizorem domu kanoników („in postico aediculae S. Petri sitae“). W r. 1581 obejmuje Pychowice, odstępując Wolę Albertowi Szydłowskiemu; w r. 1585 zaś dostaje za Pychowice, które nadano Mikołajowi Myszkowskiemu, wieś Brzezie, odebraną znowu Pawłowi Dębskiemu. W tymże samym jeszcze roku nadano Brzezie Janowi Gałczyńskiemu, wynagradzając Marcina wsią Szymonowice. Lecz i przy Szmoniowicach utrzymał się zaledwie rok, gdyż je nadano Albertowi Szydłowskiemu, przydzielając Grembałów — Glickiemu, po powołaniu dotychczasowego jego posiadacza Wawrzyńca Gościckiego na biskupstwo kamienieckie[137]).

Umarł w poniedziałek 23-go sierpnia r. 1591, mianując egzekutorami testamentu swojego Michała z Wiślicza i Mikołaja Szadka i przekazując na katedrę krakowską 140 fl., 100 fl. na dalsze prowadzenie budowy wieży przy kościele WW. Swiętych w Krakowie i 200 fl. na anniwersarz dla siebie. Kanonię i prebendę Łętkowice (Lenthkowice) objął jako jego następca w kanonii doktor teologii Stanisław z Pinczowa, a wieś Grembałów otrzymał Bartłomiej Zawadzki[138]).

Gdy biskup krakowski Filip Padniowski zrezygnował w r. 1568 z prebendy Wawrzyńczyce, opróżnił przez to jedną kanonię dla doktora teologii, o którą się ubiegał jego własny lekarz przyboczny, doktor teologii, filozofii i medycyny, fizyk królewski Jakób Montan[139]), któremu już w r. 1562 kapituła katedralna nadała archidyakonat lubelski, gdy się takowy opróżnił przez śmierć Pawła Chmielowskiego[140]). Większość kapituły poparła jego zabiegi, lecz gdy odczytano instrument jego przyjęcia do katedry, zaprotestowali przeciw temu Marcin Kromer i Franciszek Krasiński, zarzucając przyjęciu temu sprzeczność z treścią bulli papieża Leona X i z rozporządzeniem króla Jana Alberta. Protestujący znaleźli poparcie i ze strony innych członków kapituły, a mianowicie kanoników Jana Kłodzińskiego i Jana Radomskiego. Ostatecznie cofnęli jednak protestujący swoje zastrzeżenie i Montan mógł w połowie roku 1569 złożyć przepisaną przysięgę.

W dwa lata po wstąpieniu do katedry obejmuje on już prowizyę domu kanoników, gdy się jej Franciszek Krasiński wtedy zrzekł. Innych dóbr katedralnych nie otrzymał aż do roku 1575. Dopiero wtedy nadano mu Wolę Zacharyaszowską (Volia Zacharzowska), którą już w następnym roku zamienił na wieś Pychowice. Lecz i przy Pychowicach nie utrzymał się długo, bo jeszcze w r. 1576 utracił je na rzecz archidyakona Stanisława Krasińskiego, a sam objął Wąssów.

W r. 1575 obierają go członkowie kapituły swoim prokuratorem, z której to godności w trzy lata później rezygnuje; lecz kanonicy zaszczycili go mimo to ponownym wyborem. Jako dowód zaś, jak gorliwie sprawował swój urząd, może posłużyć okoliczność, że mu członkowie kapituły niejednokrotnie swoje uznanie wyrażali, a raz przyznali mu nawet wynagrodzenie pieniężne w sumie 10 grzywien.

W roku 1576 poruczono mu obowiązki „fabricatoris ecclesiae cathedralis“.

Umarł po krótkiej chorobie w r. 1580 w nocy z dnia 19-go na 20-go lutego, mianując egzekutorami swojego testamentu wspomnianego wyżej archidyakona Stanisława Krasińskiego i kanonika Łukasza Podoskiego. Kośmiński podaje, że Montan umarł około r. 1580. Niepewność ta pochodzi prawdopodobnie z powodu napisu na nagrobku, który opiewa, że nagrobek postawiono 20-go lutego r. 1580, co prawdopodobnie spowodowało Kośmińskiego do przypuszczenia, że Montan umarł mniej więcej około tego czasu. Napis jednak na nagrobku zawiera pewną w tym kierunku niedokładność, gdyż członkowie kapituły powzięli, jak to z aktów wynika, dopiero w r. 1582 uchwałę uczczenia pamięci zmarłego przez umieszczenie tablicy pamiątkowej tak, że data tu podana jest właściwie datą śmierci, a nie datą ustawienia nagrobka Montana. Zwłoki jego pochowano w kościele katedralnym „iuxta fores sacelli rosarum in quo olim reverendissimus Philippus Padniewski episcopus crac. requiescit“. Z testamentu wynika, że zapisał 1039 flor. pol. na katedrę i na aniwersarz dla siebie, dla Piotra z Poznania, Zygmunta Augusta itd. Następcą Montana w kanonii obrano Grzegorza Zamojskiego, wieś zaś jego Wąssów oddała kapituła Stanisławowi Krasińskiemu, a dom kanoników Zbigniewowi Ziołkowskiemu[141]).

Po śmierci Montana nie powoływała kapituła przez ciąg trzech lat żadnego nowego lekarza do swojego grona. Akta wspominają wprawdzie pod rokiem 1581 o chirurgu Mikołaju Stoczyńskim[142]) z Iłży, — któremu biskup Piotr Myszkowski odstąpił grunt, graniczący z górą zamkową w Iłży, — lecz ten lekarz był z największem prawdopodobieństwem lekarzem świeckim, za czemby przemawiał jego przydomek „chirurgus“ i ta okoliczność, że mu akta nie nadają żadnego innego tytułu. Czy on pozostawał w jakichkolwiek stosunkach lekarskich do kapituły, nie można stanowczo twierdzić na podstawie krótkiej zapiski. Za przypuszczeniem podobnem przemawiałaby jednakowoż darowizna Piotra Myszkowskiego.

Z nowym lekarzem spotykamy się w gronie kanoników krakowskich dopiero w roku 1583, kiedy przystąpiono do obsadzenia

[128]) Acta actorum: vol. VI. f. 135.
[129]) Acta actorum: vol. VI. fol. 209 i. v. et 367.
[130]) Acta actorum: vol. VII. f. 129, 139 et 140.
[131]) Starowolski: Monumenta. pag. 47. — Siarczyński: Obraz pan. Zygm. III. T. II. str. 82. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 255. — Majer: Wiadomości z życia prof. str. 30. — Łętowski: Katalog. T. II. str. 253—156. — Kośmiński: Słownik. — Wisłocki: Liber diligentiarum. — Giedroyć: Źródła. — Lachs: Lekarz szkolny przy Uniw. Jag.
[132]) W aktach naszych nie znajdujemy nigdzie „Glicius“, natomiast często czytamy „Martinus Pilsno“, lub też samo „Pilsno“.
[133]) Acta actorum: vol. VI. f. 81 v. et 82.
[134]) Ibidem. f. 336. Instrument nadania kanonii nie dodaje Marcinowi z Pilzna wogóle ani razu tytułu doktora medycyny.
[135]) Acta actorum: vol. VII. f. 166 v.
[136]) Ibidem: f. 427 v.
[137]) Ibidem: f. 171, 176, 406, 415 et 441.

[138]) Acta actorum: vol. VIII. p. 388, 389, 391, 398, 452, 517.
[139]) Starowolski: Monumenta. p. 43. — Arnold: Druga rozprawa o hojności królów. str. 261. — Rocznik wydz. lek. T. II. str. 47. — Majer: Wiadomości z życia profesorów. str. 33. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 29. — Oettinger: Rys. str. 117. — Kośmiński: Słownik. — Windakiewicz: Materyały do hist. Pol. w Padwie. str. 141. — Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne.
[140]) Acta actorum: vol. V. fol. 475 v.
[141]) Acta actorum: vol. VI. et VII.
[142]) Acta actorum: vol. VII. f. 240.

kanonii Węgrzyce (Vegrczo). Ubiegał się bowiem o nią i otrzymał ją doktor filozofii i medycyny Tomasz Ragusini (Thomas Vincentius Natalei de Epidauro seu Ragussio), o którym Łętowski[143]) zaledwie kilku tylko słowami wspomina i co także Kośmiński[144]) dosłownie powtarza. Ragusiniego promowali dnia 20-go lipca r. 1572 w katedrze bolońskiej Mikołaj Turchini i doktor praw Laurentius Campegii, archidyakon tejże katedry. Kanonię doktorską osiągnął jedynie na tej podstawie („ut et tanquam philosophiae et medicinae doctor"....), że był doktorem filozofii, gdyż kanonię lekarską, jako nie wymienioną w bulli papieża Leona X, należało się zdaniem członków kapituły uważać za nie istniejącą „quiquidem locus et canonicatus pro doctore medicinae iuxta dispositionem statuti regni per serenissimum olim Joannem Albertum Poloniae regem etc. editi et per sanctissimum olim papam Leonem decimum speciali bulla de recipiendis ad ecclesias cathedrales quinque doctoribus promulgata, confirmati in hac ecclesia cathedrali cracoviensi ad praesens vacet sitque vacuus[145])".

Łętowski[146]) umieszcza go dopiero pod rokiem 1585, co, jak widzieliśmy, o tyle nie odpowiada rzeczywistości, że Ragusini już o dwa lata wcześniej był przy katedrze.

Czy Ragusini usprawiedliwił swoje zabiegi około osiągnięcia kanonii krakowskiej? Na to pytanie wymownie bardzo odpowiadają akta kapituły, w których się tylko zaledwie tu i ówdzie spotykamy z jego nazwiskiem. Co więcej: już w r. 1586 otrzymuje Ragusini pozwolenie na wyjazd do Włoch, poruczając swoje zastępstwo w sprawach kapituły Piotrowi Gorczyńskiemu, skąd więcej nie miał wrócić do Krakowa. Tablica pamiątkowa w kościele pabianickim z r. 1588[147]), uwieczniająca nazwiska ówczesnego grona kanoników krakowskich, wymienia wprawdzie pośród nich nazwisko doktora Nataleusa, lecz nie ulega wątpliwości, że Ragusini już wtedy jedynie „de nomine" był kanonikiem krakowskim. Gdy zaś pomimo wielokrotnych wezwań do powrotu i do objęcia swoich obowiązków nie uczynił temu żądaniu zadość, odebrano mu 13-go marca r. 1589 zaocznie kanonię Węgrzyce i nadano ją Janowi Zorzyńskiemu[148]).

Po rezygnacyi Adama Pieczychowskiego z kanonii i prebendy dojazdowskiej, obrano w r. 1588 jego następcą Stanisława Fugelwedera[149])—syna szlachcica Andrzeja Fugelwedera i Maryi Glacówny, również szlacheckiego pochodzenia,—archidyakona warszawskiego, proboszcza miechowskiego, kanonika wileńskiego i płockiego, lekarza kapituły katedralnej poznańskiej i sekretarza królewskiego. Dziwnym zbiegiem okoliczności nie wymieniają go akta kapituły krakowskiej, — pomimo, że przez ciąg 15 lat stosunkowo dosyć często z jego nazwiskiem się spotykamy, — ani razu jako lekarza. Nie czyni tego także instrument jego przyjęcia na kanonika krakowskiego, z którego w dodatku wynika, że mu nadano nie kanonię lekarską, lecz jedynie szlachecką. Wobec tego byłoby blizkiem przypuszczenie, że Fugelweder wogóle nie był lekarzem tembardziej, że go za takiego i wielu innych badaczy nie uważa (Siarczyński, Łętowski, Oettinger, Kośmiński). Gdy jednak Gąsiorowski[150]), który swoje badania przeprowadził na podstawie aktów kapituły poznańskiej, — twierdzi, że był lekarzem, można na tem polegać.

Kanonię krakowską i prowizyę domu kanoników nadano Fugelwederowi po zapewnieniu z jego strony, że jest szlachcicem. Ponieważ jednak forma wymagała zapewnienia o pochodzeniu szlacheckiem ubiegającego się przez wiarygodnych świadków, przeto uczynił jej zadosyć, prowadząc jako takich Jakóba Wyczychowskiego z Łomży, Zygmunta Sowczowskiego z Pilzna, Jana Nakielskiego z Iclowskiego i Macieja Tłuczowskiego z Pilzna[151]). Piastowanie tak wielu godności, a szczególniej sekretaryatu królewskiego, pociągnęło za sobą częste wyjazdy Fugelwedera. Gdy zaś nie chciał zaniedbywać spraw kapituły, ustanowił swoim zastępcą (prokuratorem) dla spraw katedry Szydłowskiego. Z dóbr nadano mu w r. 1590 Wolę Zacharyaszowską i dom kanoników („in platea canonicali iuxta collegium artistarum"), który już w następnym roku odstąpił Wincentemu Romiszewskiemu, obejmując sam ten, który się opróżnił z powodu śmierci Jana

[143]) Katalog. T. IV. str. 3.
[144]) Słownik.
[145]) Acta actorum: vol. VII. f. 329 v. et 330.
[146]) Katalog. T. IV. str. 3.
[147]) M. Baruch: Pabianice, Rzgów i wsie okoliczne. Warszawa, 1903.
[148]) Acta actorum: vol. VIII. p. 143—146.
[149]) Siarczyński: Obraz pan. Zygm. III. T. I. str. 128.
[150]) Historya kanonikatu. str. 323.
[151]) actorum: vol Acta VIII. p. 35—39.

Piotrowskiego. Umarł w r. 1603. O spadek po nim ubiegało się równocześnie kilku petentów, a kapituła odbyła pierwej kilka posiedzeń, zanim doszła do skutku ugoda pomiędzy jej członkami, na mocy której prebendę dojazdowską nadano Jakóbowi Lempickiemu, doktorowi praw i sekretarzowi królewskiemu, a dom kanoników („domus canonicalis in parte sinistra plateae canonicalis sita") Pawłowi Dębskiemu, sufraganowi laodyckiemu, kanonikowi i wikaremu krakowskiemu[152]). (Dok. nastąpi).

VIII. † Herman Nothnagel

zmarł nagle dnia 7 b. m. Szkoła wiedeńska, w której od 23 lat ostatnich bez przerwy zmarły nauczał, a w zawodzie tym nauczycielskim godnym był następcą Škody, Bambergera i Oppolzera, ciężką poniosła stratę.

Bez przesady, — jaka towarzyszy i wydawać zwykła przedwczesne wyroki nad świeżo otwartą mogiłą, powiedzieć można, że Nothnagel był jedną z tych nielicznych postaci, w których niezwykłe dary ducha jednoczą się z szlachetnymi przymiotami serca w jednolitą, harmonijną całość, unoszącą człowieka, a zwłaszcza lekarza, na takie wyżyny, na jakie spoglądać trzeba z prawdziwą czcią i podziwem. Pamiętne słowa, wypowiedziane przed laty, „że tylko dobry człowiek może być dobrym lekarzem", były dewizą całego jego życia i jego niezmordowanej pracy zawodowej; im zawsze pozostał wiernym, a jakkolwiek otoczony sławą znakomitego uczonego i klinicysty, nie ograniczał się nigdy przy łożu chorego na samem postawieniu trudnego rozpoznania, nie szukał chluby i zadowolnienia własnej ambicyi w rozwiązywaniu zawiłych dla młodszych lekarzy zagadek, lecz stawiał zawsze i wszędzie, czy to w klinice, czy w praktyce prywatnej, dobro chorego na pierwszem miejscu, nietylko wiedzą, ale i ciepłem, unoszącem ponad troski codziennej walki, słowem, niósł ulgę cierpieniu. Wrodzona dobroć, skromność, uczynność, tkliwe na nędzę i ogarniające wszystkich prawdziwą miłością bliźniego serce, — to główne przymioty, które przedstawiał Nothnagel jako człowiek.

Na działalność naukową Nothnagla wywarli wpływ znaczny: Traube, Du Bois-Reymond, Kussmaul, Virchow i Leyden, których wiernym był uczniem i którym zawsze w wykładach swych uniwersyteckich do końca życia poświęcał zawsze słowa najwdzięczniejszej pamięci; od nich przejął on ścisłość w klinicznem badaniu, opartą z jednej strony na podstawach ściśle anatomo-patologicznych, z drugiej zaś na doświadczeniu na zwierzęciu. Obdarzony znakomitą wymową, umiał porywać za sobą słuchaczy i przykuć uwagę uczniów do swego przedmiotu; to też nierzadko widzieć można było zasiadających na ławkach szkolnych starszych osiwiałych już w zawodzie lekarzy, przysłuchujących się z zapałem wykładom ulubionego dawnego nauczyciela. Wykład jasny, przejrzysty i potoczysty w pierwszym rzędzie uwzględniał potrzeby lekarza-praktyka, nie gubił się w ciemnych i niedostępnych dla początkujących słuchaczy hipotezach, ale zakreślał szerokie, wielką miłością prawdy i cierpiącej ludzkości nacechowane poglądy. Nothnagel był przeciwnikiem ciągłego — dziś tak modnego — podziału medycyny wewnętrznej na coraz to nowsze specyalne gałęzie, wskazywał natomiast, że podstawy jej i dalszego rozwoju szukać należy w fizyologii i patologii doświadczalnej, która zwalczyć musi dzisiejszy nihilizm terapeutyczny i przynieść dla cierpiącej ludzkości błogie w przyszłości owoce. Pojmując, podobnie jak zmarły niedawno Billroth, szczytnie i prawdziwie po obywatelsku zawód nauczycielski, wykształcił i wychował cały zastęp zdolnych uczniów, wśród których niektórzy zajmują dziś poczestne w nauce stanowiska, jak: Jaksch, Lorenz, Mannaberg, Hammerschlag, Pick, Frankl-Hochwart i wielu innych.

[152]) Acta actorum: vol. IX.

Jako uczony zostawia po sobie zmarły obfity plon literacki. Niespożytej siły i wytrwałości, pomimo zajęć klinicznych i rozległej praktyki, nie wypuszcza pióra z ręki do ostatniej chwili. Jedną z jego pierwszych prac jest wydana w czasie wojny francusko-niemieckiej, w której jako lekarz wojskowy brał udział, rozprawa o podurowych schorzeniach układu nerwowego. Niedługo później opracowuje Nothnagel wspólnie z Rossbachem znany i swego czasu ogromnem powodzeniem wśród lekarzy cieszący się podręcznik farmakologii (*Handbuch der Arzneimittellehre*), który doczekał się 7 wydań i licznych tłómaczeń na obce języki. W zbiorowym podręczniku Ziemssena umieszcza rozprawy o padaczce, zapaleniu nerwów, krwotokach i rozmiękczeniu mózgu, o bolu i zaburzeniach czucia skórnego i wiele innych. W „*Studien über die Funktionen des Gehirnes*" zbija dotychczasowe poglądy Flourensa o niepodzielnej i równorzędnej czynności wszystkich części kory mózgowej, a toruje drogę nowej nauce Hitziga, Goltza, Fritscha i Munka o ścisłej lokalizacyi kory mózgowej. Własne swe doświadczalne badania nad ośrodkami kory streszcza w wydanej w roku 1879 pracy, p. t. „*Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten*", w której dotychczas po raz pierwszy w nauce budaje na podstawie klinicznego doświadczenia symptomatologię pojedynczych, rozmaicie zlokalizowanych ognisk chorobowych w mózgu; praca ta, pomimo iż nie doczekała się późniejszych wydań, nie straciła i dzisiaj wielkiego znaczenia i śmiało rzec można przyczyniła się znacznie do rozwoju nowoczesnej chirurgii mózgu. W następnych latach umieszcza Nothnagel cenne rozprawy prawie ze wszystkich działów medycyny wewnętrznej, pomieszczane w różnych czasopismach. W roku 1894 podejmuje się olbrzymiego zadania, a mianowicie staje na czele znanego 24 tomowego podręcznika „Szczegółowej patologii i terapii", do którego sam opracowuje choroby jelit i otrzewnej. Pomimo, iż już 12 lat upłynęło od chwili ukazania się na półkach księgarskich pierwszych tomów, dzieło to jeszcze nie wyszło w całości; śmierć, zabrawszy autora, nie pozwoliła mu spoglądać na ostateczne wykończenie umiłowanego dzieła kilkunastu lat życia. Kto zdaje sobie sprawę dokładnie, ile zabiegów, energii i cierpliwości wymaga żmudny obowiązek redaktora, ten należycie potrafi ocenić ogromny trud, jaki nałożył sobie Nothnagel podobnem na tak szeroką skalę założonem wydawnictwem; do przyszłości należeć będzie szczegółowa jego ocena; dziś jednak już powiedzieć można, że stanowić ono będzie na długie lata, pomimo ciągłego postępu wiedzy i coraz to nowych odkryć, podstawowy i źródłowy zbiór wiadomości naszych na polu medycyny wewnętrznej, zapewniając Nothnaglowi na kartach dziejów sztuki lekarskiej jedno z miejsc najpoważniejszych.

L. W.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

O konieczności objęcia ustawą sprawy używania promieni Roentgena pisze w 27 Nrze „Medizinische Klinik" (rok 1905, str. 684) Dr. Hennecart z Sedanu. Bieg myśli tej krótkiej, ale nadzwyczaj ciekawej notatki jest następujący:

Powszechnie jest już dzisiaj wiadomo, że promienie Roentgena, oświetlając ustrój, wywołują zmiany nietylko na jego powierzchni, ale także i w jego głębi. Działają zatem także i na narządy rodne męzkie i niewieście. Albers (Schöneberg) wykazał wpływ na jądra świnek morskich; Felden-Brown — na jądra mężczyzny; Halbstädter widział ujemny wpływ promieni Roentgena na jajniki samicy królika, a de Courmelles podaje, że naświetlając okolicę jajników u kobiety, można wywołać ten skutek, że miesiączka będzie coraz skąpsza, a wreszcie ustaje. Innemi słowy, można uczynić kobietę niepłodną, skoro można wywołać zanik jajników, a z nim ustanie miesiączki. Jak wiadomo, ustawa nie przeszkadza ani operatorowi (bez względu na to, czy nim jest lekarz, czy nawet laik) stosować X-promieni, jeśli tylko kobieta o tem wie i tego chce. Jeśli nadto kobieta, poddająca się naświetlaniu, jest zdrowa, to nawet karne dochodzenie na operatorze, choćby nim był i laik, jest niedopuszczalne. Co do ustawy cywilnej, to kobieta, zdrowa, czy chora, o ile prosiła o naświetlanie i na nie się zgodziła, nie może dochodzić żadnego odszkodowania. A więc tak, jak sprawa dziś stoi, można przy pomocy promieni Roentgena zupełnie bezkarnie czynić kobiety niepłodnemi. A jak wiadomo, przerwanie ciąży bez wskazania naukowego jest dotkliwie karane, chociaż kobieta, raz poroniwszy, może przecie niejeden raz jeszcze rodzić. Wobec zatem tego faktu, że promieni Roentgena wolno dziś używać każdemu, żąda autor zwołania międzynarodowej komisyi dla ujęcia tej sprawy z punktu widzenia prawniczego. Żąda stanowczo, żeby promienie Roentgena używać i stosować wolno było wyłącznie lekarzom, chociażby tylko dla ciężkich zmian, jakie często wywołują na skórze.

Stahr.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 27 lipca.

* Redaktor „Przeglądu lekarskiego", dr. A. Kwaśnicki, wyjechał na letni wypoczynek. W sprawach redakcyjnych należy się zgłaszać do prof. dr. Stan. Ciechanowskiego (ul. Wielopole, 4).

* Senat Uniwersytetu lwowskiego uchwalił złożyć do rąk rządu memoryał o potrzebie wybudowania gmachu dla pomieszczenia klinik i innych instytucyi lekarskich, oraz założenia botanicznego ogrodu na obszarach Żelaznej Wody.

* Dnia 21 lipca odbyły się w Uniw. lwowskim następujące wykłady habilitacyjne na stopień docenta: dr. Kazimierza Panka (higiena): „O kanalizacyi"; dr. Modrakowskiego (farmakognozya): „O naparstnicy purpurowej"; dr. Markowskiego (anatomia): „O nerwach rdzeniowych".

* Trzeci bezpłatny kurs dla służby odkażającej w gminach prowincyonalnych urządza fizyk m. Lwowa, dr. Legeżyński, od 7 do 12 sierpnia b. r. Z kursów poprzednich wyszło 160 zawodowo wykształconych funkcyonaryuszów sanitarnych, a musi być ich działalność pożyteczna, skoro w roku bieżącym od wiosny napływają zgłoszenia rozmaitych miast o przyjęcie na kurs ich kandydatów. Równocześnie odbędzie się kurs osobny dla naczelników posterunków żandarmeryi, na który zgłosiło się dotychczas 120 żandarmów. Część demonstracyjną będą oni odbywali wspólnie z wysłannikami gmin, nauka zaś praktyczna odbywać się będzie dla nich osobno. Kurs dla żandarmeryi odbył się w roku zeszłym po raz pierwszy, a uzyskane tam wiadomości zużytkowują żandarmi z wielką dla ludności korzyścią. Dają oni inicyatywę w starostwach do przeprowadzenia postępowego odkażania i pouczają o sposobach tej czynności; ich staraniom w znacznej mierze przypisać należy, że coraz częściej przeprowadza się po wsiach odkażenie w razie pojawienia się choroby zakaźnej, zamiast palenia rzeczy, jak to było dotychczas w zwyczaju. Stwierdzono datami statystycznemi, że w r. 1904 znacznie zmniejszyły się wypłacane włościanom wydatki, jako zwrot za spalone rzeczy.

W ten sposób fizykat m. Lwowa, dzięki dobrej woli i obywatelskiemu poczuciu, rozszerzył zakres działania swego daleko po za rogatki miejskie i oddaje całemu krajowi niespożyte usługi.

* Wydział lekarski Uniw. Jag. oświadczył się za dopuszczeniem kobiet-lekarzy do stanowisk asystentów przy katedrach uniwersyteckich.

* Dr. Wacław Kraszewski mianowany został ordynatorem szpitala św. Antoniego w Włocławku.

* Dr. Józef Górka mianowany został lekarzem okręgowym w Sędziszowie.

* Petersburscy lekarze, jak donosi „Syn Otieczestwa", powzięli następującą rezolucyę: „Wskutek oświadczenia naszych kolegów polskich o trudnych warunkach, wśród których odbywa się ich praca zawodowa, a to dzięki panującemu tam systemowi rządzenia, lekarze petersburscy wyrażają swym kolegom polskim głębokie współczucie i wzywają ich do bratniej wspólnej pracy w imię odnowienia kraju i braterstwa narodów".

* Kijowskie rzymsko-katolickie Towarzystwo dobroczynności zajęło się w roku bieżącym urządzeniem po dworach obywateli ziemskich pobytu letniego dla ubogich i osłabionych dzieci miejskich. Ten rodzaj kolonii letnich przyniósł odrazu błogie owoce. Towarzystwo rozmieściło 250 dzieci.

* Kosztem ziemstwa w Ufie została urządzona stacya pasteurowska, której kierownictwo zostało poruczone dr. Palczykowskiemu.

* Dr. Kirschner podał wyniki naukowe niemieckiej wyprawy, wysłanej przez rząd na Ślązk dla bakteryologicznego badania nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Ciecz mózgowordzeniowa była badaną 243 razy, w których znaleziono meningokoki Weichselbauma u 56,8%. Na 139 sekcyi stwierdzono drobnoustrój ten u 49,5%. Krew badano 420 razy i wykazano aglutynacyę w 50%. W śluzie nosowym i połykowym znaleziono meningokok u 23% chorych i 9% zdrowych.

* Między 9 a 15 lipca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w Galicyi, mianowicie: w Chrzanowie (7), w Tarnowie (2). W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: brzeżańskim (3 gm.), buczackim (2 gm.), cieszanowskim, drohobyckim (po 1 gm.), horodeńskim, jarosławskim (po 2 gm.), mościskim, myślenickim, przemyślańskim (po 1 gm.), rawskim (2 gm.), sanockim, śniatyńskim, staro-samborskim (po 1 gm.), stryjskim, tarnopolskim (po 2 gm.), turczańskim (3 gm.), złoczowskim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Brauer mian. został profesorem i dyrektorem kliniki lekarskiej w Berlinie. Doc. medycyny wewn. dr. Clemens mian. profesorem nadzwycz. w Freiburgu. Dr. Mayrhofer mian. prof. nadzwycz. i kierownikiem nowourządzonej kliniki dentystycznej w Gracu. Dr. Jores mian. prof. zwycz. anatomii patolog. w Akademii dla prakt. medycyny w Kolonii.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Fischer nadzw. prof. chirurgii, lat 50, zmarł w Strassburgu. Dr. Mieczysław Gabryałowicz, lat 42, w Tambowie. Dr. Schultz, prof. fizyologii, lat 41, zmarł w Berlinie. Prof. M. Elsner, spółpracownik w berlińskim instytucie chorób zakaźnych, lat 44, zmarł w Homburgu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 27. Rzętkowski: O czynności serca w świetle najnowszych badań. Poczobut: Ostry tężec przyranny; okres wylęgania od kilku do kilkunastu godzin; wyzdrowienie wskutek odjęcia członka.

— *Medycyna* Nr. 28. Trzciński: Zapobieganie sprawom parasyfilitycznym (dok.). Hertz: O tracheotomii w suchotach krtani.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 139. Pawiński: O wpływie kąpieli, zwłaszcza zawierających kwas węglowy, na krwiobieg.

— *Przegląd felczerski* Nr. 14. zawiera: Narządy rodne kobiece i ich funkcye (c. d.). — Grypa — influenza.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 7. Žirovčić: Hysterična žena pred sudom radi klevetanja. Rogina: Epidemija griže (dysenterije) w kotaru Sv. Ivan-Zelina u g. 1904.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 29. Thomayer: Dalši pozorováni o skoliotické ischias. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrozené příjici (c. d.). Marčan: O tonické, sthenické a statické funkci labyrinthu (c. d.). Švehla: Příspěvěk ku rozpoznani hostce svalů mezižebernich.

— *La Presse médicale* Nr. 55. Lévi: Zaburzenia opuszkowe *(bulbaire)* z uczuciem trwogi. Huguier: Odprowadzenie świeżych zwichnięć w stawie ramieniowym zapomocą sposobu prostego, szybkiego i niebolesnego.

Nr. 56. Ballet: Oddział bredzących w Hôtel-Dieu. Bardesco: Wycięcie nerwów w zgorzeli bolesnej członków.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 29 Elischer i Kentzler: O bakteryobójczej własności surowicy durowej. Kuttner: Czy gruźlica krtani jest wskazaniem do przerwania sztucznego ciąży? Kassel: Doświadczenia z nowym przetworem maślanki. Thumim: Patogeneza, objawy i rozpoznanie nieprawidłowego ujścia zwykłego moczowodu, lub nadliczbowych moczowodów u kobiety. Kelling: Odczyn surowicy krwi u rakowatych. Dunbar: Etyologia i swoista terapia gorączki siennej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 29. Weisser: Obecny stan dentystyki. Scherber: Przypadek pęcherzycy z niezwykłym przebiegiem. Sachsalber: Przyczynek do etyologii tłuszczyka i skrzydlika.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 29. Rille: O znachodzeniu się krętka bladego w kile. Siegel: Badania nad etyologią kiły. Lindemann: Wykazanie kwasu octowooctowego w moczu. Gierke: Rozmięknienie ścian pęcherza moczowego. Moszkowicz i Stegmann: Leczenie przerostu gruczołu krokowego promieniami Roentgena. Alexander: Leczenie choroby Basedowa antytyreoidyną Möbiusa. Uffenheimer: Istotna pierwotna perlica otrzewnej u dziecka. Derlin: Przyczynek do leczenia ostrego ropienia metodą zastoinową Biera.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 29. Oberländer: Leczenie przerostu gruczołu krokowego. Kionka: Powstawanie i istota dny. Pfeiffer i Friedberger: Dalsze badania nad przeciwniczem działaniem prawidłowej surowicy. Klingmüller: Postępy w leczeniu chorób skórnych. Clopatt: Przypadek nowotworu śródpiersia pomyślnie leczonego promieniami Röntgena. Cohn: Pierwotne, nie rzeżączkowe zapalenie cewki moczowej z uderzająco wielką liczbą prątków grypy. Impens: O miejscowem znieczuleniu.

Redakcya otrzymała. Trousseau: La fondation ophtalmologique Adolphe de Rotschild. Fliss: Badania fizykalno-chemiczne wód leczniczych normalnych prof. dr. W. Jaworskiego. Simon: O nietypowych i poronnych postaciach przestankowego chromania.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 29 (od dnia 16/VII do 22/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 30, dziew. 20; nieżywo: chł. 3, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 13, kob. 11; zamiejscowych: męż. 10, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. —, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 6, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 24, obcych 18.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr. **Brodzki Jan.**

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr. **Riedmüller B.**, b. asyst. klin. chir. Uniw. Jag., lekarz oddziału dermatol. szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Dr. **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr. **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr. **Askenazy Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr. **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „Pod Kosynierem").
Dr. **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).
Dr. **Jasiński Stanisław**, lekarz zakładowy.

Rabka.
Dr. **Cholewicz F.**
Dr. **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Bielecki Ignacy**, lek. okr.
Dr. **Regiec Jan.**
Dr. **Wajgiel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).
Dr. **Zanietowski J.**

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attylą").
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu na Miedziusiu.
Dr. **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr. **Zuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr. **Pelczar Zenon.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.
Dr. **Dłuski Kaz.**, Dyr. Sanat. dla piersiowo chorych (4—5 g.).
Dr. **Dłuska Bron.**, Sanatoryum (wtorek, czwartek, sobota 5—6 g.).

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz.
Dr. **Bohdanowicz A.**, (Villa Enia) (zimą **Nizza** 11. Boulv. Victor Hugo).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr. **Wohr**, lekarz zakł. (zimą **Lussinpiccolo**).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen")

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" IV)

Wyspa **Grado** obok Tryestu.
(Kąpiele morskie, słoneczne i piaskowe)
Dr. **Oransz M.**, (Polak), specyalista chor. dzieci i ortopedyi.

Gries obok **Bozen** (Sezon: 1/IX—1/VI).
Dr. **Nazarkiewicz**, kierown. „Sanatoryum" i „Sonnenhofu".

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kostecki**, (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva") (przez cały rok).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr. **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr. **Weissenberg**, (zimą w **Nervi**).

Marienbad.
Dr. **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr. **Kaufmann Michał**, („Villa Lissa").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder R.**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Wiesbaden.
Dr. **Simon Aleks.**, (z Warszawy), właściciel lecznicy fizyk.

Rok XLIV. Kraków 5 Sierpnia 1905. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu anatomii porównawczej Prof. Hoyera *(jun.)* Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Krętek blady Schaudinna w zmianach kiłowych.

Skreślili

Dr. Fr. Krzyształowicz i Dr. Michał Siedlecki
docent prywatny dermatologii U. J. profesor biologii Uniw. Jagiel.

W ostatnim zeszycie prac z berlińskiego Urzędu zdrowia pokazała się rozprawa Schaudinna i Hoffmanna, w której autorowie wykazują, że znaleźli w zmianach kiłowych krętki (*spirochaete*) o pewnych stałych znamionach. W siedmiu przypadkach kiły wczesnej (najpóźniej w 6 miesięcy po zakażeniu) znajdowali krętki tego rodzaju w soku z wyciętych guzków, z kłykcin sączących, z wyciętego gruczołu i w soku, wyciągniętym z gruczołu chłonnego w pachwinie zapomocą strzykawki Pravatza. Krętki, w tym przypadku spostrzegane, nazwał Schaudinn bladymi (*spirochaete pallida*) ze względu na ich małą wyrazistość (słabe załamywanie światła) w preparatach niebarwionych i ich trudną barwliwość. Do zabarwienia używali autorowie barwników Giemzy (azur-eozyna), ale dobre zabarwienie nastąpowało dopiero po 16—24 godzinach.

Już w preparatach świeżych, niebarwionych, zrobionych z soku guzka lub gruczołu chłonnego, spostrzegali nadzwyczaj drobne, słabe tylko łamiące światło, ale bardzo szybko poruszające się twory. Zabarwienie, chociaż znacznie słabsze, niż innych podobnych krętków (*spirochaete Obermeyeri*, *anserina*, *Ziemani*, *buccalis*) wykazało, że krętki te są znacznie drobniejsze od znanych dotąd gatunków, bo mają długości między 4—10 μ, szerokości zaś są bardzo małej. Liczba skrętów waha się między 3 a 12. Ruchy, przez nie wykonywane, są trojakie: obrotowe w około osi długiej, posuwiste naprzód i w tył, falujące całego ciała tworu. Szczegółowe badania nad budową ciała tych krętków mają być dopiero w toku.

W innych przypadkach (5) kiły, powikłanej innemi sprawami (*balanitis*, *ulcus molle*, *condylomata accuminata*), dłużej trwającej i już leczonej, znajdowali autorowie obok poprzednio opisanych także krętki innego typu. Te ostatnie odznaczały się tem, że w preparatach niebarwionych załamywały światło znacznie wyraźniej, że były większe i miały skręty szerokie i płaskie, przyczem barwiły się łatwo różnymi barwnikami (fiolet gencyany, fuchsyna karbolowa, barwnik Romanowskyego i t. p.). Dlatego Schaudinn nazwał ten drugi rodzaj, ciemno się barwiący, krętkiem załamującym światło (*spirochaete refringens*). Znamiennym zdaje się być ten szczegół, że te ostatnie krętki spostrzegali w wydzielinie wrzodu, kłykcin sączących, ale nie spotykano ich w gruczole chłonnym.

W wydzielinie pochwy i łoju napletkowym u kiłowych, ale w okresie utajenia, nie stwierdzano krętków bladych, — a w roztartych kłykcinach kończystych, uzyskanych od niekiłowego, znaleziono tylko dość obfite krętki ciemne (*s. refringens*).

Na mocy tych badań stwierdzają autorowie, że istnieją krętki pewnego typu nietylko na powierzchni zmian kiłowych, ale i w głębi tkanek kiłowych i w gruczołach chłonnych; — nie przesądzają jednak wcale ich znaczenia swoistego, ani nie wskazują, czy istnieje pewien związek między krętkami tych obu wspomnianych typów.

W następnem ogłoszeniu stwierdzają ci sami autorowie jeszcze wybitniej obecność tych krętków (*sp. pallida*) w zmianach kiłowych, zwracając szczególnie uwagę na ich obecność w gruczołach chłonnych u kiłowych.

Prawie równocześnie z tą drugą pracą ogłaszają Buschke i Fischer, że znaleźli podobne krętki w soku śledziony, wątroby i gruczołów chłonnych dziecka, zmarłego skutkiem kiły dziedzicznej, przebiegającej złośliwie.

Zachęceni temi pracami zabraliśmy się do poszukiwań wspomnianych pasorzytów w zmianach kiłowych różnego rodzaju, korzystając z uczynności w udzielaniu materyału przez Prof. Reissa i Prymaryusza Dra Borzęckiego i przy pomocy w uzyskaniu materyału ze strony Dra Stopczańskiego.

Nim podamy wyniki naszych badań, warto zwrócić się do piśmiennictwa dla stwierdzenia ogłoszonych dotąd wyników w poszukiwaniach jadu kiłowego. Kiła bowiem ma tak wybitne znamiona choroby zakaźnej, że już w dawniejszych czasach, kiedy bakteryologia nie była jeszcze nauką znaną, przypuszczano jakiś żywy jad. Już w wieku XVI niektórzy autorowie (jezuita Kircherus, David Abercromby) uważają za przyczynę kiły „niewidoczne robaczki“; Deidier mówi później (1723) o *animalcula numerosa*, nie zdając sobie naturalnie sprawy, czy mają to być późniejsze mikroby, czy też inne pasorzyty ze świata zwierzęcego.

Wszystkie poszukiwania za uorganizowanym jadem w kile rozdzielić można na dwie grupy: jedni znajdują mikroby różnego rodzaju, — inni we krwi lub tkankach ciałka, których przyrody i znaczenia najczęściej nie podają.

Już w roku 1881 znajduje Aufrecht ziarniaki w kłykcinach sączących, później Martineau i Hamonic, Birch-Hirschfeld mikroby w różnych zmianach kiłowych, podobne Barduzzi w pęcherzycy kiłowej u dzieci. Dopiero jednak prątki Lustgartena (1885) spotkały się z mniej lub więcej nieprzychylną oceną. Właściwie tylko Matterstock i Markuse przypuszczają, że prątki te mogą być swoiste, a Doutrelepont i Schütz

znajdują podobne, — przeważna część autorów zaprzecza stanowczo swoistości. Alvarez i Tavel udowadniają, że Lustgarten brał prątek mastkowy (*bac smegmae*) za swoisty prątek dla kiły, w swoistość nie wierzą również Bienstock, Fordyce, Smirnow, a Klemperer stwierdza, że nie znalazł prątków Lustgartena nigdy w tkankach, w wydzielinach zaś bardzo często prątek mastki. Podobnie Zeissl na dziewięć badanych przypadków znalazł raz 2 prątki, podobne do prątków Lustgartena. Sabouraud szukał ich w 51 przypadkach różnych zmian kiłowych i wszędzie z wynikiem ujemnym.

Od czasu Lustgartena w miarę coraz większego rozwoju bakteryologii odkrywają coraz nowe mikroby, uważane za swoiste dla kiły. Jedni znajdują prątki (Disse i Taguchi, Eve i Lingard, Marschalko, de Lisle i Jullien); — inni różnego rodzaju ziarniaki, jak Marcus, Andronico, Ferrari, Kassowitz i Hochsinger, Levi. W przeważnej liczbie prace te nie podlegały prawie ocenie; — co do ziarniaków Kassowitza i Hochsingera, którzy znajdowali je w postaci paciorkowatej w zmianach kiły dziedzicznej, stwierdzają Chotzen i Kolisko, że są one zwyczajnymi paciorkowcami, które ze zmian takich bardzo często dają się wyhodować.

Najwięcej miejsca w piśmiennictwie ostatnich czasów zajmują prace Niessena, który usiłuje koniecznie, — chociaż jak dotąd bezskutecznie, — rozpowszechnić przekonanie, że znalezione przez niego początkowo prątki, podobne do promienicy, to znowu do prątków Lustgartena, wreszcie i inne postaciowo mikroby, są dla kiły swoiste. Z ostrą oceną wystąpił Waelsch i inni.

Oprócz tego pojawiają się i inne prace, traktujące o tym przedmiocie. Kremer bada równocześnie zmiany kiłowe, raki i mięsaki i znajduje dla każdego z tych schorzeń osobną odmianę kropidlaka, którą uważa za swoistą (*Syphilis-Aspergillus*, *Karzinom-A.*, *Sarkom-A.*). Dalej Schüller ogłasza od roku 1900 szereg prac, w których opisuje w zmianach głównie kości i stawów dzieci, obciążonych kiłą dziedziczną, pierwotniaki (protozoa) i różne postacie ich przemian.

Wreszcie w ostatnich latach (1902) Joseph i Piórkowsky uważają wyhodowany przez siebie z nasienia kiłowych prątek za swoisty dla kiły. Odkrycie to, wątpliwej zresztą wartości, spotkało się z ostrą oceną Delbanco, który uważa te mikroby za prątki nibybłonicze; podobnie Pfeiffer wraz ze Sternbergiem odmawiają im działania chorobotwórczego, gdyż przeszczepienia na ludziach żadnych zmian nie wywołały, Paulsen zaś znalazł (1901) w zmianach kiłowych prątek, podobny do prątka Niessena i twierdzi już po pracy Josepha i Piórkowskyego, że prątek, znaleziony przez niego, Niessena i Waelscha, jest jeden i ten sam i że jest prawdopodobnie swoisty dla kiły [1]).

[1]) Przy badaniach histologicznych dużego materyału zmian kiłowych, ogłoszonych w pracach Akademii Umiejętności w Krakowie r. 1900, nigdy nie udało się w skrawkach z tkanki kiłowej znaleźć jakichś mikrobów, którećby za swoiste uważać było można, — mimo iż używałem do barwienia różnych metod, w tym celu podanych (głównie Lustgartena). Ze krwi zmian kiłowych zaś różnego rodzaju wyhodowałem niejednokrotnie, przeważnie na pożywkach z krwią ludzką, prątki, podobne do otrzymanych przez Josepha, które uważałem za prątki nibybłonicze (*b. pseudodiphtheriticus*). *Krzysztalowicz.*

Więcej zajmujące są stwierdzenia w kiłowych zmianach tworów, nie dających się zaliczyć do mikrobów. Przedewszystkiem już w roku 1878 stwierdza Lostorfer, że krew kiłowych zawiera w okresie wybuchu ciałka błyszczące, których obecność może służyć jako znamię rozpoznawcze. W późniejszych latach nikt w tej sprawie głosu nie zabierał, dopiero w roku 1897 ogłasza Winkler o znalezieniu przez siebie w wydzielinach i skrawkach nacieku pierwotnego, kłykcin sączących i gruczołu przy odpowiednem barwieniu osobliwych kulistych tworów, dochodzących do wielkości $^1/_3$ krwinki białej. Ciałka te odróżnić łatwo od komórek przez brak w nich jakiejkolwiek ziarnistości. W. nie przypisuje im jednak swoistego znaczenia, a raczej uważa je za zwyrodniałe jądra.

Ważniejszem zdaje się być odkrycie Kuznitzkyego (1899), który obok tworów, leżących w ciałkach ropy, lub wolno w cieczy, wziętej z oczyszczonego wrzodu pierwotnego, — znalazł twory przecinkowate, półksiężycowate lub skręcone, jak kręte prątki (*spirillum*), przypominające pasorzyty zimnicze. Mikrobów w tych przypadkach wcale nie widział.

Odkrycia te spotkały się z różną oceną. Loeb uważa, że twory, znalezione przez Winklera i Kuznitzkyego, są wytworem sztucznym, gdyż podobne znajdował w krwinkach czerwonych i białych, jakoteż w surowicy nietylko kiłowych, ale we wrzodzie miękkim, rzeżączce, dymienicy. Neudorfer zaś broni ciałek, opisanych przez Lostorfera, twierdząc, że sam znalazł je w 125 przypadkach w parę tygodni po zakażeniu, a przed wybuchem wysypki, w kropli wiszącej we krwi kiłowych. Wśród leczenia rtęciowego ilość ciałek coraz więcej się zmniejszała, znikając w końcu z ustąpieniem wysypki. Vörner, znajdujący podobne twory we krwi kiłowych, zauważa, że widział je zawsze przy niedokrwistości, ale nawet u niekiłowych — i tem tłómaczy ich niestałe pojawianie się we krwi, niezależne także od okresów kiły.

Wreszcie należy się wzmianka badaniom Siegla, który w b. r. opisał w ospie, płonicy, zarazie pyskowej i racic u bydła znamienne pasorzyty. W kile znajdował je prócz zmian u ludzi w nerkach małp i królików w 3 tygodnie po zakażeniu ich kiłą. Najpierw zauważył je niebarwione w soku z nerki; wielkość ich dochodziła do 2 μ, a kształt ich był najczęściej gruszkowaty; — czasami jednak spostrzegał i twory drobniejsze, opatrzone rzęskami. Pasorzyta tego nazwał Siegel *Cytorhyctes luis*, a już po ogłoszeniu pracy Schaudinna przypomina Schultze o tych ciekawych spostrzeżeniach.

Nie można obecnie zdać sobie sprawy dokładnie, co właściwie powyżsi autorowie spostrzegali i jakie to ma znaczenie; — zauważyć jednak trzeba, że już przed paru dziesiątkami lat znaleziono u kiłowych pewne podejrzane twory, które spotkały się z brakiem oceny i niedowierzaniem.

Poszukiwania nasze przedsiębraliśmy w przypadkach kiły świeżej, niedługo trwającej. Gruczoł chłonny wyjęto z pachwiny mężczyzny, dotkniętego wrzodem pierwotnym jeszcze przed wybuchem wysypki, kłykciny sączące i guzki należały do przypadków pierwszego wybuchu kiły świeżej.

Pierwszy raz spostrzegliśmy krętki w soku z wyjętego gruczołu chłonnego z pachwiny, w preparatach świeżych niebarwionych.

Spostrzeżone twory były nader skąpe i małe, ale bardzo ruchliwe tak, że początkowo zobaczyliśmy ruch komórek otaczających, a sam twór przedstawiał się w postaci ziarna, kształtu jajowatego o niewyraźnych końcach. Przy bliższem badaniu spostrzegliśmy, że na obu końcach wysuwały się przy ruchu jak gdyby wypustki o niewyraźnych zarysach, ale zawsze w jednej linii. Ruch szybki był rozmaity: ciałko przesuwało się to w jedną, to w drugą stronę, przyczem spostrzedz można było jakby ruch obrotowy tworu także w jednej linii. Obok tego był i ruch w przestrzeni tak, że nie można było długo spostrzegać jednego tworu w jednem polu widzeniu. Przy dłuższych spostrzeżeniach tego samego preparatu zauważyliśmy krętek wyraźny o kilku skrętach, zupełnie nieruchomy.



Zabarwiając preparaty z miazgi, wyjętej kopystką platynową, z oczyszczonych poprzednio guzków kłykcinowych, spostrzegaliśmy w zakrzepłej cieczy obok ciałek wysiękowych, krwinek czerwonych i komórek tkanki wyraźne krętki, różne wielkością i ułożeniem. Jedne drobne, nierzadko tylko o 3—4 skrętach (*Fig. a*), inne długie, liczące do 14 skrętów (*Fig. b, c*). Jedne ułożone w linii prostej, inne nierówno, wreszcie inne kolanowato zgięte. W jednych miejscach widać je pojedynczo leżące między komórkami, gdzieniegdzie na krwinkach czerwonych, a dwukrotnie widzieliśmy je w ciałkach wysiękowych. Przytem obok pojedynczych spotyka się ułożone po dwa, jakby jeden okręcony o drugi (*Fig. e*), lub, co częściej, końcami złączone ze sobą tak, że na pierwszy rzut oka robią wrażenie bardzo długiego krętka (*Fig. f*). Wreszcie w paru miejscach zauważyliśmy zwój z kilku krętków złożony, od którego pojedyncze odchodzą na boki.

Prócz powyższych postaci dostrzegaliśmy krętki, nieco grubsze od innych, na jednym końcu rozszczepione (*Fig. d*). Obraz ten możnaby uważać za okres podłużnego podziału, rozpoczynającego się od końca ciała. Pokręcone osobniki mogą skrętami swymi przepleść się, jak na *Fig. e*, lub też podzieliwszy się do końca, mogą się odwrócić o 180° i ułożyć w jednej linii (*Fig. f*) bez przerwania związku między sobą. Obrazy te przypominają bardzo wybitnie podział krętka Ziemanna, opisany przez Schaudinna, który uważa krętki jako jeden okres rozwojowy świdrowca (*trypanosoma*). Jeżeli późniejsze badania potwierdzą prawdziwość cyklu rozwojowego krętka Ziemanna, podanego przez Schaudinna, to należy się spodziewać, że i krętki blade są tylko pewnymi okresami rozwoju innych tworów. W preparatach naszych znajdowaliśmy podobne twory, jakie opisuje w ostatniej swej pracy Hoffmann, o wyraźnem jądrze i otaczającej plazmie, odmiennie od jądra zabarwionej (met. Giemsy lub Marino). Kształt ich okrągły, owalny lub zbliżony do prostokątnego, postacie podziału na dwa lub trzy osobniki, pozwalają na pewno twierdzić, że nie są to komórki, należące do ciała ludzkiego. Na razie trudno na pewno orzekać, do jakich tworów zaliczać powyższe komórki; — mogłyby to być jednak jakieś odrębne pasorzyty lub postacie rozwojowe krętków.

Tak różne i w tak dużej ilości, że można je było spostrzedz prawie w każdem polu widzenia, widzieliśmy krętki blade w miazdze z kłykcin sączących, — w nieco mniejszej ilości, chociaż także obfite, w miazdze z guzków, — znacznie mniej zaś, a czasem bardzo skąpe w soku gruczołowym i soku z nacieku pierwotnego. Zauważyć przytem trzeba szczegół, zdaniem naszem, bardzo ważny, że ilość ich wzrasta z głębokością, z której się bierze miazgę tkankową, — że z powierzchownych warstw dostajemy ich znacznie mniej, z głębszych warstw zaś nacieku kiłowego, czy pierwotnego, czy guzków drugorzędnych, ilość ich jest znacznie większa, a szczególnie duża, gdy się weźmie do badania sok z dolnej powierzchni ściętego guzka.

Do barwienia preparatów, ustalonych wedle polecenia Schaudinna w bezwodnym wyskoku, używaliśmy różnych metod. Pierwszy raz spostrzegliśmy te krętki barwione w preparatach, barwionych metodą Levaditiego (wezuwina, błękit metylowy Unny) i barwienie to zdaje się oddawać wcale dobre usługi, bo krętki występują w słabej barwie niebieskawo-szarej, a barwienie trwa zaledwo kilka minut. Z metodą Giemsy, zalecaną do barwienia krętków przez Schaudinna, porównać można metodę Marino (błękit Marino i eozyna), która barwi także wyraźniej, a prawie w tak krótkim czasie, jak metoda Levaditiego. Dodać trzeba jednak, że najwyraźniejsze obrazy były po barwieniu metodą Giemsy, ale przez 24 godzin.

W czasie naszych badań zaczęły się pojawiać ogłoszenia, potwierdzające obecność krętków w zmianach kiłowych. Największe znaczenie ma stwierdzenie przez Metchnikowa i Rouxa obecności prątków w zmianach pierwotnych i drugorzędnych kiłowych u małp, szczepionych jadem kiłowym. Autorowie ci zaznaczają, że miazga tkankowa, otrzymana przez zeskrobanie różnych zmian skórnych, jak świerzbu, trądzika, łuszczycy, nigdy krętków nie zawierała. Do barwienia preparatów używali tak sposobu Giemsy, jak i błękitu Marino, i obie te metody dawały jednakowe wyniki.

Równocześnie prawie stwierdzają obecność prątków Schaudinna: Levaditi u dwojga dzieci, obciążonych kiłą dziedziczną, w jednym przypadku w treści pęcherza pęcherzycy kiłowej, w drugim w śledzionie, a głównie w wątrobie — i Salmon, który znalazł je w wyskrobanej miazdze z dna pęcherza kiłowego u dziecka. A następnie w różnych zmianach kiłowych wykazali na pewno obecność tych krętków: Paschen, Oppenheim, Ehrmann, Paltauf, Fränkel, Loewenthal i Wechselmann, Jacquet i Levin, Weeney, Reitman i Kraus. W tkankach dotąd krętków tych nie znaleziono, — tylko Herxheimer i Hübner widzieli w jednym skrawku z wyciętego nacieku pierwotnego dwa krętki przy powierzchni. Do barwienia zalecają ci autorowie roz-

czyny (1: 1000) błękitu nilowego BR, lub błękitu Capri także przez czas 16—24 godzin. Wreszcie w ostatnich dniach ogłaszają Kiolemenoglou i Cuba, że znaleźli krętki nietylko w wydzielinach zmian części płciowych u kiłowych, ale w zwykłem zapaleniu napletka, w ropie z ropnia zołzowego skóry (*scrofuloderma*) i w miazdze z raka rozpadłego.

Na zasadzie tych różnych wyników badań nie można obecnie twierdzić na pewno, że znamy już tak długo poszukiwany uorganizowany jad kiłowy, — ale ze względu na powagę Schaudinna, odkrywcę krętków, ze względu na potwierdzenie obecności podobnych pasorzytów przez różnych autorów, a wreszcie na podniesiony powyżej szczegół, że trudno znaleźć je przy powierzchni zmian, a łatwo w tkance, wziętej z miejsca, gdzie nacick kiłowy ma swą siedzibę (skóra właściwa), — przypuszczać należy, że twierdzenie powyższe jest bardzo prawdopodobne. Za tem, że krętki blade mają rzeczywiście znaczenie etyologiczne dla kiły, zdaje się przemawiać także analogia między krętkiem bladym, a krętkiem Ziemanna. Jak już powiedzieliśmy powyżej, krętek Ziemanna jest tylko jednym okresem rozwojowym zwierzęcia, należącego do gatunku świdrowców (*trypanosoma*). Jest zaś rzeczą znaną, że jeden z tego gatunku, t. j. *trypanosoma equiperdum*, może wywoływać u koni objawy, podobne do kiły u ludzi.

Objaśnienie figur:

Fig. 1. Krętki blade z kłykciny sączącej. (Ok. 12. Immersya apochromat. Zeissa $\frac{2.00}{1.30}$).

Piśmiennictwo. 1) Schaudinn i Hoffmann: I. Arbeiten a. d. kaiserl. Gesundheitsamte in Berlin. 1905. Z. 2. — II. Deut. med. Woch. 1905. 18. — 2) Schaudinn F.: Arb. a. d. k. Gesundh. 1004. XX. 3. — 3) Hoffmann: Berl. klin Woch. 1905. 28. — 4) Buschke i Fischer: Deut. med. Woch. 1905. 20. — 5) Lang: Handbuch d. Syphilis. 1896. — 6) Aufrecht: Centralbl. f. Med. 1881. 13. — 7) Martineau i Hamonic: Gaz. méd. d. Paris. 1882. 36. — 8) Birch-Hirschfeld: Cent. f. d. ges. Med. 1882. 33. — 9) Barduzzi: Gaz. degli ospedali. 1884. 12. — 10) Lustgarten: Jahrb. d. Aerzte-Ges. in Wien. 1885. — 11) Matterstock: Sitzungsber. d. Würzburg. med. Ges. 1885. 6. — 12) Markuse: Arch. f. Derm. u. Syph. 1888. XV. 3. — 13) Doutrelepont i Schütz: Deut. med. Woch. 1885. 19. — 14) Doutrelepont: Arch. f. Derm. u. Syph. 1887. 1. — 15) Alvarez i Tavel: Arch. d. phys. norm. et pathol 1885. 7. — 16) Bienstock: Fortschr. d. Med. 1886. 6. — 17) Fordyce: Inaug. Diss Berlin 1888. 18) Smirnow: Wracz. 1888. 13. — 19) Klemperer: Deut. med. Woch. 1885. 47. — 20) Zeissl: Wien. med. Presse. 1885. 48 — 21) Saubouraud: Ann. d. l'Inst. Pasteur. 1892. 3. — 22) Disse i Taguchi: Deut. med. Woch. 1885. 48. — 23) Marschalko: Deut. med. Ztg. 1891. — 24) De Lisle i Jullien: Giorn. ital. d. mal. vener. e d. pelle. 1901. 3. — 25) Eve i Lingard: The Lancet. 1886. — 26) Marcus: Annal. d. derm. et syph. 1885. — 27) Andronico: Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle. 1886. — 28) Ferrari: Giorn. ital. d mal. ven. e d. pelle. 1886. — 29) Kassowitz i Hochsinger: München. med. Woch. 1886. 32. — 30) Levi: Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle. 1899. 3. — 31) Kolisko: Münch. med. Woch. 1886. 24. — 32) Chotzen: Zjazd niem. w Berlinie. 1886. — 33) Niessen: I. Wien. med. Woch. 1899. 11—18. — II. Beiträge zur Syphilisforschung. 1900 i nast. lata. — 34) Waelsch: Arch. f. Derm. u. Syph. 1904. 68. — 35) Kremer: Centrbl. f. Bakt. u. Parasitenk. 1896. 2. 3. — 36) Schüller: I. Centrbl. f. Bakt. u. Paras. 1900. 14. 15. — II. Derm. Zeitschr. 1903. X. 4. — III. Derm. Ztsch. 1905. XII. 1. — 37) Joseph i Piórkowsky: Berl. klin. Woch. 1903. 12—14. — 38) Delbanco: Monatsh. p. Derm. 1902. — 39) Pfeiffer i Sternberg: Tow. lekars. wiedeń. 1902. — 40) Paulsen: I. Derm. Zeitsch. 1901. 2. — II. Monatsh. f. pr. Derm. 1903. 36. 3. — 41) Lostorfer: Arch. f. Derm. u. Syph. 1878. IV. 1. — 42) Winkler: Wien. kl. Woch. 1897. 17. — 43) Kuznitzky: Arch. f. Derm. u. Syph. 1899. 48. 1. — 44) Loeb: Dermat. Centralbl. 1899. 11. — 45) Neudörfer: St. Paul. med. Jour. 1900. — 46) Vörner: Deutsch. mediz. Woch. 1902. 50. — 47) Metchnikof: i Roux: Bull. Acad. med. 1905. 16 maja. — 48) Levaditi: C. R. Soc. Biologie. 1905. 58. — 49) Salmon: C. R. Soc. Biol. 1905. 58. — 50) Paschen: Tow. lek. w Hamburgu. 2 maja 1905. — 51) Weichselmann i Loewenthal: Med. Klinik. 1905. 26. — 52) Fränkel: Münch. med. Woch. 1905. 24. — 53) Herxheimer i Hübner: Deut. med. Woch. 1905. 26. — 54) Kiolemenoglou i Cube: Münch. med. Woch. 1905. 27. — 55) Herxheimer: Med. Klinik. 1905. 32. — 56) Kraus, Volk Ehrmann, Paltauf, Oppenheim: Towarz. lekar. wiedeń. 1905. 26 maja. — 57) Jaquet i Levin: Soc. med. d. hôpitaux. 1905. 19 maja. — 58) Mc. Weeney: Brit. med. Journ. 1905. — 59) Siegel I.: Trzy monografie w pruskiej Akademii umiejętn. 1905. — 60) Schultze: Berl. klin. Woch. 1905. 21. — 61) Laveran i Mesnil: Trypanosomes et Trypanosomiases. Paris. 1904.

II. Stanowisko psychiatryi w rzędzie innych nauk lekarskich, oraz nowoczesne jej zadania i cele.

Wykład wstępny, wygłoszony dnia 16 maja 1905 roku

przez

Prof. Dra Jana Piltza

przy otwarciu katedry psychiatryi i neuropatologii w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Dlatego, żeby słuchacze medycyny mieli możność należytego poznania chorób umysłowych, jak również i dla przeprowadzenia specyalnych badań w dziedzinie psychiatryi, niezbędną jest samoistna klinika psychiatryczna.

Dlaczego samoistna?

Dlatego:

1) że pomiędzy chorymi na cierpienia wewnętrzne i chirurgiczne z jednej strony, a umysłowo chorymi z drugiej jest ta wielka różnica, iż pierwsi przybywają do szpitala z własnej woli i z chęcią leczenia się, umysłowo zaś chorzy, nie zdając sobie zupełnie sprawy z właściwego swego stanu, nie mają siebie wcale za chorych i z bardzo małymi wyjątkami bywają umieszczani w szpitalu mimo ich woli;

2) że umysłowo chorzy są często bardzo hałaśliwi i nieraz niebezpieczni nietylko dla siebie samych, ale i dla otoczenia i

3) że metody badania i leczenia umysłowo chorych, jak również i zasady postępowania z nimi wymagają zastosowania zupełnie specyalnych warunków klinicznych i technicznych.

Jakie stanowisko powinna zajmować psychiatrya wobec innych nauk lekarskich?

Dziś jeszcze ogólnie rozpowszechnionem jest mniemanie, że pomiędzy chorobami nerwowemi a umysłowemi zachodzi jakaś kardynalna różnica i że choroby umysłowe stanowią zupełnie odrębną gałąź medycyny. Istnieje cały zastęp neurologów, rekrutujących się przeważnie z internistów, ze słynnym heidelbergskim uczonym, prof. Erbem na czele, którzy formalnie żądają oddzielenia psychiatryi od neurologii.

Że tego rodzaju żądanie jest zupełnie nieuzasadnione, owodzą tego następujące okoliczności:

1) że umysłowo chorzy są to przecież mózgowo chorzy, a więc nerwowo chorzy, u których zajęta jest pewna część ośrodkowego układu nerwowego, a mianowicie kora mózgowa;

2) że oddzielić objawów psychicznych od nerwowych niemożna i niepodobna rozpatrywać objawów psychicznych jako coś specyalnego, oderwanego. Dusza, objawy psychiczne, czynność mózgu i czynność nerwowa — są to synonimy. Niema objawów psychicznych bez czynności nerwowej, tak samo, jak niema czynności nerwowej bez objawów psychicznych (Forel). To samo widzimy również i w dziedzinie patologii. Choroby, zajmujące mlecz, bardzo często rozszerzają się bądź jednocześnie i na mózg, bądź przechodzą nań w późniejszym okresie choroby, jak n. p. *sclerose en plâques, taboparalysis, lues cerebrospinalis* i inne. A ogólnie biorąc, ze stanowiska klinicznego ścisłej granicy pomiędzy chorobami psychicznemi, a nerwowemi przeprowadzić się nie da Dowodem tego jest padaczka, albo t. zw. psychoneurozy: neurastenia, histerya i hipochondrya, które w gruncie rzeczy nie są niczem innem, jak chorobami psychicznemi, — a tymczasem specyalista neurolog zalicza je do swojej sfery działania.

3) Że żądanie oddzielenia psychiatryi od neuropatologii jest zupełnie nieuzasadnione, dowodzi tego również i ta okoliczność, że psychiatra musi być jednocześnie gruntownym neuropatologiem, jeżeli chce w zupełności opanować przedmiot swego badania. A z drugiej strony znów niepodobna nawet wyobrazić sobie dziś dobrego neurologa, nie posiadającego gruntownego wykształcenia psychiatrycznego; wszak w terapii tak zwanych chorób nerwowych psychoterapia odgrywa dzisiaj pierwszorzędną rolę.

Opierając się na powyższych zasadach, nie możemy uważać psychiatryi i neuropatologii za dwie zbliżone do siebie gałęzie wiedzy lekarskiej, lecz tylko za jedną gałąź. Psychiatrya wchodzi w zakres neuropatologii, a właściwie stanowi tylko jeden rozdział neuropatologii, mianowicie ten, który traktuje o chorobach mózgu, względnie kory mózgowej.

Oparcie psychiatryi na neuropatologii, a w szczególności na patologii mózgu, jest wielką zasługą Griesingera, który był też pierwszym profesorem klinicznej psychiatryi, ale zarazem też i neuropatologii. Po Griesingerze dalszą drogę w tym kierunku utorował C. Westphal przez stworzenie i wypracowanie realnej podstawy dla wspólności badania psychiatrycznego i neuropatologicznego. Do tego przyczyniły się także wielce badania francuskiego uczonego Broca nad afazyą, Jacksona — nad istotą stanu padaczkowego, Fritscha i Hitziga — nad lokalizacyą kory mózgowej.

Z przyłączenia psychiatryi do neuropatologii skorzysta przedewszystkiem terapia chorób nerwowych, gdzie wpływ psychiczny i poddawanie tak wielką grają rolę. Psychiatrya zaś w zamian za to odniesie tę korzyść, że zbliży się za pośrednictwem neurologii do ogólnej medycyny. Psychiatryczna klinika nie będzie już stała gdzieś na uboczu po za murami szpitalnymi, otoczona jak dawniej aureolą jakiejś niezrozumiałej i zagadkowej tajemniczości, nie będzie robić wrażenia „domu waryatów“, lub „zakładu dla obłąkanych“, co do których panują wśród ogółu zazwyczaj najdziksze i najdziwaczniejsze uprzedzenia. Wychodząc z założenia, że psychiatrya i neuropatologia — to jedno, łatwiej nam będzie szerzyć wśród ogółu właściwe pojęcia o tem, że choroba umysłowa jest niczem innem, jak tylko choroba mózgu, że pomiędzy chorobami umysłowemi, a chorobami innych narządów niema żadnej istotnej różnicy, a umysłowo chorzy są tacy sami chorzy, jak chorzy na cierpienia wewnętrzne lub chirurgiczne.

Połączenie psychiatryi z neuropatologią wywrze jeszcze i ten dodatni wpływ na psychiatryę, że pogłębi badanie fizyczne umysłowo chorych i nie dopuści, ażeby w psychiatryi przeważał kierunek t. zw. psychologiczny. W naszych badaniach psychiatrycznych większą uwagę będziemy zwracać na stan źrenic, na czucie, odruchy, na ewentualne zmiany odżywcze i przemianę materyi, — t. j. na objawy, spotykane nietylko w przebiegu takich chorób, jak porażenie postępujące i alkoholizm, ale także w przebiegu innych chorób, jak n. p. w katatonii, obfitującej w cały szereg t. zw. „objawów organicznych“.

W sprawie stosunku psychiatryi do innych działów medycyny wystarczy tylko zaznaczyć, że dla postępu n. p. chirurgii mózgu spółdziałanie chirurga z psychiatrą — neuropatologiem jest nieodzowne; że n. p. przyszły ginekolog pozna w psychiatrycznej klinice zależność zaburzeń psychicznych od rozmaitych zmian fizyologicznych, zachodzących w narządach płciowych u kobiet i od chorób kobiecych; że przyszły okulista przekona się, że ślepota psychiczna *(Seelenblindheit)*, jest czemś innem, niż „symulacya“ ślepoty (Winkler) i t. d.

Żądając włączenia psychiatryi do ogólnej neuropatologii bynajmniej nie mamy zamiaru domagać się ścisłego odgraniczania neurologii od medycyny wewnętrznej. Owszem, jesteśmy zdania, że neurologia musi i nadal być przedmiotem badań dla internistów, — już chociażby z tego względu, że funkcyonowanie wszystkich narządów wewnętrznych odbywa się w ścisłej zależności od ośrodkowego układu nerwowego.

Oprócz badania umysłowo chorych drugiem zadaniem psychiatryi jest leczenie umysłowo chorych. Ażeby z korzyścią leczyć umysłowo chorych, trzeba najpierw gruntownie poznać przyczyny powstawania chorób umysłowych.

Choroba umysłowa jest wyrazem patologicznych zmian, jakie zaszły i zachodzą w mózgu. Wszystko więc, co może oddziaływać szkodliwie na nasz układ nerwowy, a w szczególności na nasz mózg, może stać się w pewnych warunkach przyczyną powstawania chorób umysłowych.

Przyczyny chorób umysłowych dzielimy na:

1) zewnętrzne i

2) wewnętrzne.

Zewnętrzne dzielimy jeszcze na: *a*) fizyczne czyli cielesne i *b*) psychiczne.

Do wewnętrznych przyczyn zaliczamy usposobienie wrodzone do chorób umysłowych; i tu rozróżniamy: *c*) usposobienie ogólne, dotykające całego szeregu ludzi danego społeczeństwa, albo wszystkich ludzi w pewnym okresie ich życia i *d*) usposobienie osobiste, osobnicze, czyli indywidualne.

Ad a. Do zewnętrznych przyczyn fizycznych powstawania chorób umysłowych zaliczamy niehigieniczny sposób życia, a więc złe warunki materyalne, biedę, nędzę, nieprawidłowe lub niedostateczne odżywienie, niewłaściwy i nieregularny sposób życia, rozpustę, nadużycia płciowe, choroby weneryczne, wszelkie choroby, osłabiające w jakikolwiekbądź sposób ustrój, choroby zakaźne, zatrucia zawodowe. Oprócz tych ogólnych czynników, które przez to wpływają szkodliwie na ośrodki nerwowe, że, drażniąc je

nieustannie, osłabiają je i obniżają ich odporność na różne szkodliwe bodźce, istnieje jeszcze cały szereg czynników, wywierających bezpośrednio niszczący wpływ na ośrodki nerwowe. Do takich należą choroby i nowotwory mózgu i opon mózgowych, choroby zakaźne, atakujące bezpośrednio lub pośrednio mózg; dalej urazowe uszkodzenia czaszki, względnie mózgu, wreszcie alkohol i kiła.

Ad b. Do zewnętrznych przyczyn psychicznych zaliczamy złe wychowanie, nadmierną pracę umysłową, troski materyalne, różne przykrości i zmartwienia moralne, nieszczęścia rodzinne, nieszczęśliwe warunki polityczne, klęski społeczne, jak wojna i niewola, wreszcie t. zw. zarazę moralną, czyli psychiczną. Jak widzimy, zupełnie ścisłego rozgraniczenia zewnętrznych przyczyn psychicznych od fizycznych właściwie niema, gdyż prawie każda z wyżej wymienionych przyczyn fizycznych zawiera w sobie pewien szkodliwy pierwiastek psychiczny.

Ad c. Do ogólnych wewnętrznych przyczyn powstawania chorób umysłowych zaliczamy warunki ogólne, wśród których żyje cały szereg ludzi, lub całe społeczeństwo, dalej płeć, stan, zawód, narodowość i klimat.

Ad d. Do wewnętrznych osobniczych przyczyn należy przedewszystkiem dziedziczność, gdyż ona odgrywa dziś najważniejszą rolę w powstawaniu chorób umysłowych. Prócz dziedziczności zaliczamy tu także zaburzenia rozwojowe *(Entwickelungsstörungen)* i wadliwe wychowanie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki chirurgicznej i pracowni doświadczalnej Profesora Kadera w Krakowie.

Kora mózgowa w świetle badań chirurgii.

Przyczynek do nauki o umiejscowieniu i odnawianiu się ośrodków korowych.

Podał

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk

Asystent kliniki.

(Dokończenie).

Poniżej zestawiłem przypadki mózgowe z uwzględnieniem li tylko naszego piśmiennictwa. Część przypadków wskutek mej odezwy odstąpili mi koledzy ze swej prywatnej praktyki ustnie lub listownie, za co też serdecznie im dziękuję.

Przypadki chorobowe zestawiłem podług sfer mózgowych, w których operowano.

I. Sfera ruchowa.

Autor	Operator	Objawy	Rozpoznanie	Operacya i wynik	Uwaga
1. Dutkiewicz: (Król. Pols. wiadomość listowna).	Nie operow.	Chłopiec 8-letni trochę zezowaty; wieczorem o godz. 6 tej spadła mu dzwonnica z drzewa na głowę. Utrata przytomności. Porażenie połowicze po stronie prawej.	Impressio cranii. Hemiplegia dextra, aphasie.	Nie operowany. Przytomność wróciła w godzinę, w 48 godz. mowa, w 2 dni ruchy ręką, w 3 tygodnie nogą.	—
2. Czapliński: „Przegląd lekarski“ Nr. 17 i 18 r. 1897.	Nie operow.	*M. S.*, l. 15, spadło mu wiadro z wodą na głowę z wysokości 10 metrów. Bole głowy lewostronne. Porażenie połowicze po stronie prawej, niedowład n. twarzowego.	Impressio cranii parietalis sinistr.	Nie operowany.	—
3. Rychliński: „Pamiętnik Tow. lek. warsz.“ 1896.	Nie operow.	Dziewczyna lat 17. Na tle moczniczy drgawki, zaczynające się w lewej ręce, wyprężanie w lewej nodze. Po 2 tygodniach bezwład w lewej ręce, który w 3 dni znikł, a wystąpiły drgawki w twarzy. Na końcu napadu atak $1^1/_2$ minuty trwający, podobny do śmiechu.	—	—	Przypadek ten bardzo przemawia za histeryą, w każdym jednak razie ciekawy jest o tyle, że wykazuje kolejne przechodzenie na coraz niższe ośrodki, a kończący się podrażnieniem ośrodka mowy emocyonalnej półkuli prawej.
4. Borsuk-Wizel: „Przegląd chir.“ T. III, Zeszyt I.	Ciż sami.	21-letni mężczyzna. Uderzenie kamieniem w lewy szczyt czaszki. Utrata przytomności na krótki czas. W 3 dni niemota, porażenie niezupełne n. twarzowego i podjęzykowego.	Strzaskanie kości na granicy kości ciemieniowej i skroniowej lewej.	Trepanatio. Opona nienaruszona. W 3 dni po operacyi niedowład ręki i drgawki w ręce i twarzy napadowe; afazya; w 5 dni drgawki w nodze. Druga trepanacya. Nakłucie wykazuje płyn krwawy. Tamże nacięcie kory i wydobycie skrzepów z substancyi mózgowej. Nazajutrz ustąpił bezwład i przytomność wróciła. Mowa poprawiła się znacznie w kilka dni. Najdłużej utrzymywało się porażenie n. twarzowego. W 4 lata badany zupełnie zdrów.	Nacięto korę w okolicy ośrodka n. twarzowego.
5. Biegański: „Medycyna“ Nr. 44 i 45, 1896.	Wrześniowski.	Bole głowy, drgawki w nodze prawej, potem w ręce i twarzy.	Mięsak sfery ruchowej.	Trepanacya. Usunięcie nowotworu. Śmierć na zapalenie opon w 12 dni po operacyi.	—
6. Zawadzki: „Medycyna“ Nr. 21 i 44.	Nieoperow.	Padaczka połowicza. Sprawa trwa dość długo.	Guz sfery ruchowej.	Sekcya: Guz zajmujący górne partye obu zwojów środkowych i płat przyśrodkowy.	—

Autor	Operator	Objawy	Rozpoznanie	Operacya i wynik	Uwaga
7. Gajkiewicz: „Gaz. lek.“ Nr. 32 i 35, 1895.	—	Drgawki w lewych kończynach i twarzy; po drgawkach niedowład lekkiego stopnia. Tarcza zastoinowa, bole głowy. Przy napadzie ręka ściska się w pięść, a głowa skręca się na lewo.	Guz sfery ruchowej prawej.	Trepanacya. Usunięto kilak wielkości kasztana.	W 2 miesiące pierwsze drgawki pod wpływem wcierań szaruchy ustąpiły.
8. Puławski: „Gaz. lek.“ Str. 415, r. 1895.	—	U suchotnika pod koniec życia osłabienie nogi i lewostronna padaczka z następowym niedowładem kończyn i nerwu twadzowego.	Przy sekcyi znaleziono: 2 ropnie jeden nad drugim pod zwojami środkowymi.	—	Zapalenie opony miękkiej podstawy mózgu.
9. Kosobudzki (Warszawa): Wiadomość pisemna.	Tenże	Pacyent został uderzony w głowę i upadł na kamienie. Na granicy uwłosienia głowy po stronie lewej mała ranka i wklęśnięcie kości. Odpowiada na pytania tylko „tak“ i „nie“. Obłęd pijacki.	Irfradio cranii.	Trepanacya, wyjęcie odłamków. Opona twarda nienaruszona. Po operacyi niedowład prawostronny. Trzeciego dnia rozszerzono ranę i otwarto oponę. Kora zdrowa, tylko dość duża ilość płynu surowiczo-krwawego. Pacyent w 6 dni mówi „tak“, potem „pan“, w końcu zupełne wyzdrowienie.	—
10. Wizel i Rychliński: „Gaz. lek.“ Str. 923 itd. 1894.	Nie operow.	O 20 lat prawostronna padaczka i przejściowa niemota. Na kilka miesięcy przed śmiercią znowu napady padaczki z postępującym niedowładem. Śmierć.	Angiosarcoma ważące 54·0 tuż pod korą przedniego zwoju środkowego.	—	Kora ścienczała. Tuż po nad bruzdą Sylwiusza rozmiękczenie szarej substancyi.
11. Brunner Mik: „Gaz. lek.“ Nr. 7, 1900.	Nie operow.	Zaczopowanie lewej tętnicy bruzdy Sylwiusza. Porażenie prawostronne. W kilka dni funkcya nogi wróciła, a w 4 dni śmierć.	Zwyrodnienie włókien od kory do mostu, piramidy dalej lewego i prawego bocznego pęczka rdzenia.	—	—
12. Panieński: „Now. lek.“ 1900.	—	Padaczka częściowa spowodowana przez narośl kiłową sfery ruchowej, wyleczona środkami swoistymi.		—	—
13. Kosiński: „Medycyna“ Nr. 1—5. 1898.	Tenże.	Porażenie prawostronne i dolnej gałązki nerwu twarzowego; niedowład górnej gałązki, odchylenie języka i języczka na prawo, zwężenie prawej źrenicy, utrudnienie mowy i połykania. Ociężałość, tarcza zastoinowa.	Guz sfery ruchowej w dole.	Trepanacya. Angiosarcoma koło dolnej części bruzdy Rolanda lewej, ważące 20·0 g.; usunięcie na tępo.	Chwilowa poprawa z wyjątkiem drgawek twarzy. Nawrót.
14. Stróżewski: „Gaz. lek.“ Nr. 22 i 23, 1899.	—	Drgawki połowy twarzy i ręki po stronie prawej, nieznaczne zaburzenia w mowie, w końcu porażenie połowicze. Brak tarczy zastoinowej.	Guz sfery ruchowej.	—	—
15. Sołowiejczyk.	Tenże.	Poraniony w bójce. Rana 4 ctm. długa w odległości 3 ctm. od przewodu usznego zewnętrznego; na dnie jej odłamki kostne i części substancyi mózgowej (strona prawa). Po stronie lewej na granicy kości ciemieniowej i potylicznej wklęśnięcie kości. Porażenie n. twarzowego, przykurczenie ręki, porażenie nogi po stronie lewej.	Infractio et fracturacranii cum traum. cerebri.	Trepanacya: Usunięcie odłamków kostnych. Jama w mózgu po stronie prawej wielkości śliwki. Po operacyi poprawa w 4 tygodnie; nowe porażenie, gorączka. Ropień. W 5 dni po powtórnej trepanacyi wypadnięcie mózgu wielkości jaja kurzego i początek obumarcia. Odcięcie. Wyzdrowienie.	Zdaje się kora zniszczoną tu była poniżej sfery ruchowej. (Dopisek autora).
16. Klęsk.	Kader.	Przed kilku laty napad padaczkowy pierwszy, potem od czasu do czasu. Bole głowy, lekkie upośledzenie ruchów ręki lewej. Tarcza zastoinowa.	Guz prawej sfery ruchowej	Trepanacya m. Wagner. Usunięcie guza (sarcoma). Zgon w 4 dni na zapalenie płuc.	Uwolniony od sekcyi.
17. Klęsk.	Kader.	Chłopiec lat 8, kopnięty przez konia w okolicę lewego guza ciemieniowego. Nieprzytomność, gałki oczne zwrócone w stronę rany, sztywność karku. Wymioty. W miejscu kopnięcia rana z wgłębieniem kości, ropiejąca.	Infractio crani subs. infectione et meningitis purulenta.	Trepanacya. Wypuszczenie z opon ropy. Po operacyi stan ten sam, gorączka idzie w górę. Rozszerzenie rany i otworzenie ropnia kory sfery ruchowej. Potem padaczka połowicza prawa. Zgon.	Sekcya: zapalenie ropne opon ogólne. Pod zwojami środkowemi lewemi 2 ropnie wielkości wiśni.
18. Klęsk.	Kader.	Rak skóry wielkości dłoni, zrośnięty z kością na lewym szczycie czaszki.	Carcinoma capitis.	Usunięcie nowotworu wraz z kością i częścią opony. Tamponada. Wypadnięcie mózgu następowe i obumarcie sfery ruchowej wielkości kurzego jaja. Niemota i porażenie połowicze.	Wyzdrowienie zupełne bez żadnych zboczeń.
19. Klęsk.	Kader.	Wgniecenie kości w okolicy sfery ruchowej lewej. Po uderzeniu afazya i krótkotrwałe porażenie połowicze. Obecnie tylko ból głowy.	Impressio cranii (oss. parietal. sinistr.).	Trepanacya. Podniesienie kości. Bez objawów.	—

Autor	Operator	Objawy	Rozpoznanie	Operacya i wynik	Uwaga
20. Klęsk.	Kader.	Chłopiec upadł na rogóżkę żelazną. Ranka na szczycie czaszki po stronie lewej podobno z wgnieceniem kości. Opatrunek antyseptyczny. W 4 tygodnie gorączka, dreszcze; trepanacya, usunięto odłamki i otwarto ropień nadoponowy. Po operacyi afazya i porażenie połowicze po stronie prawej. Stan poprawiał się tak, że w $^1/_2$ roku przystąpiono do plastycznego pokrycia ubytku kości. Następowo padaczka zupełna. Przywieziony do kliniki. Badanie wykazuje: zanik ręki i nogi prawej. Chodzi, powłócząc nogą, mowa dobra, inteligencya mała.	Guz sfery ruchowej, uciskający korę.	Trepanacya. Blizna zrośnięta z kością, pod nią guz wielkości gołębiego jaja, składający się z masy serowatej, idący w okolicy rowka środkowego aż do kory. Zejście śmiertelne w dzień operacyi wieczorem.	Badanie mikroskopowe guza wykazuje utkanie śródbłoniaka. W przypadku tym prócz urazowego pochodzenia nowotworu uderza szybko występujący zanik mięśni.
21. Zieliński (Nowy Sącz): z posiedzen. Tow. lek. nowosądeckich.	—	Rana 10 ctm. długa w okolicy guza ciemieniowego lewego, sięgająca do kości. Afazya, porażenie połowicze po stronie prawej, mowa wróciła w 3 dni, potem ręka i noga. Utracił zupełnie pamięć faktu zaszłego.	Fissura cranii?	—	—
23. Kopczyński: Księga jubil. dla Dunina.	—	Kobieta, lat 32. Od 3 lat wycieka jej ropa z prawego ucha. Od kilku dni porażenie n. twarzowego i niedowład ręki i nogi lewej.	Ropień.	Trepanacya. Wypuszczenie ropy. Śmierć.	—
24. Rydygier: Wiadomość listowna.	Rydygier.	Dziewczyna, lat 5. Po zapaleniu mózgu porażenie ręki i nogi prawej z przykurczeniami. Padaczka Jacksonowska, zaczynająca się od ręki.	—	Trepanacya po stronie lewej, wyszukanie prądem faradycznym ośrodka kończyny górnej i wycięcie tegoż w całej grubości kory.	Przez pierwsze dwie doby porażenie wiotkie, potem przykurczenie, a w końcu i drgawki, jak dawniej.

Prócz wspomnianych należą tu jeszcze przypadki Matlakowskiego: Uderzenie w skroń. Zaniemówienie („Gazeta lek." 1888, str. 950). Florkiewicza: Niemota po obrażeniu głowy powyżej skroni lewej („Gaz. lek." 1883, str. 1009). Rosenthala: Przypadek porażenia korowego wraz z głuchotą wyrazową („Gazeta lek." 1883, str. 968). Strojnowskiego: Przypadek utraty mowy z porażeniem górnej prawej kończyny („Nowiny lek." 1892, str. 393).

II. Sfera czołowa.

Autor	Operator	Objawy	Rozpoznanie	Operacya i wynik	Uwaga
1. Biegański: „Medycyna" 1880.	—	Apatya, senność.	Ropień płatu czołowego.	—	—
2. Drozdowski i Zucker: „Gaz. lek." Nr. 31, 1899	—	20-letni wieśniak; rana na kości czołowej; gorączka. Bez żadnych objawów.	Ropień płatu czołowego.	Trepanacya. Ropień wielkości pomarańczy w prawym płacie czołowym, w którego dnie 3 ctm. długie ostrze scyzoryka.	Uderza tu rozległa zmiana chorobowa bez żadnych objawów.
3. Gostyński: „Przegl. lek." Nr. 51, 1894.	—	Chory przed dwoma laty doznał 2-krotnie urazu powyżej czoła. Bole głowy, zez, niemożność chodzenia, przypadłości żołądkowe. Na kości czołowej guz.	Guz sfery czołowej.	Trepanacya, usunięcie guza, wyskrobanie części kory zajętej.	Znaczna poprawa.
4. Klęsk.	Kader.	Rana, zadana siekierą, 12 ctm. długa od porostu włosów w środku czoła biegnąca skośnie ku guzowi potylicznemu. Silne bole głowy.	Wgniecenie kości czaszki.	Trepanacya. Podniesienie kości, wyzdrowienie.	—
5. Klęsk.	Kader.	Osłabienie ręki lewej, bole w nodze strzelające, ból głowy, obustronna tarcza zastoinowa. Przed operacyą nagła utrata przytomności, śpiączka.	Guz sfery ruchowej prawej.	Trepanacya daje wynik ujemny (wygładzenie rowków). Zgon z zapalenia płuc.	Sekcya: Mięsak płatu czołowego.
6. Klęsk.	Kader.	Guz wielkości pięści, twardy, wychodzący z głębi nad oczodołem. Wól. Bez objawów.	Struma cerebri.	Trepanacya, rozległe usunięcie kości z nowotworem. Bez objawów.	Badanie mikroskopowe wykazuje utkanie gruczołu tarczowego.
7. Klęsk.	Zaremba.	Rana cięta kości czołowej z wgnieceniem kości, ropiejąca, bez objawów.	Wgniecenie kości czaszki.	Trepanacya. Podniesienie odłamków.	—
8. Klęsk.	Kader.	—	Sarcoma orbitae.	Usunięcie orbity i części kości czołowej. Wyskrobanie mózgu. Tamponada.	Bez objawów.
9. Klęsk.	Klęsk.	Kopnięcie kopytem. Zmiażdżenie kości czołowej z wyjściem części mózgu na zewnątrz. Apatya. Wielka bolesność czaszki i szyi.	Złamanie kości czołowej.	Trepanacya. Usunięcie kości z substancyi mózgowej. Tamponada.	W czasie leczenia zauważono wielką żarłoczność, złośliwość i niecierpliwość. Czterokrotne napady padaczki połowiczej, zaczynającej się od nogi. Wyzdrowienie.
10. Klęsk.	Majewski.	Kopnięcie kopytem, złamanie kości czołowej.	Złamanie kości czołowej.	Trepanacya. Usunięcie odłamków i strzępów nad oponą.	W czasie zdrowienia wielka drażliwość na ból i dotyk skóry głowy i szyi.

Autor	Operator	Objawy	Rozpoznanie	Operacya i wynik	Uwaga
11. Klęsk.	Kader.	Guz kości czołowej, rosnący w górnej części jamy oczodołowej. Zawroty głowy i ból. Tarcza zastoinowa jednostronna.	Guz kości czołowej.	Trepanacya. Rozległa resekcya kości czołowej z guzem. Śmierć wieczorem w zapadzie.	—
12. Kopczyński: „Księga pamiątk. jubil. Dunina", 1901.	Nie operow.	Mężczyzna l. 42. Dreszcze, apatya, bole głowy, utrata chwilowa przytomności. Przekrwienie tarczy wzrokowych. Śpiączka. Śmierć.	Ropień lewego płatu czołowego, wielkości gęsiego jaja (?)	—	—
13. Lenartowicz: (Wiadomość z praktyki).	Nie operow.	Uderzenie łańcuchem w prawy guz czołowy, złamanie kości z wgnieceniem i wydostaniem się substancyi mózgowej na zewnątrz. Bez żadnych objawów.	—	Leczenie konserwatywne.	—
14. Putermann: (Wiadomość listowna).	—	Chory lat 29. Przed miesiącem doznał kopnięcia kopytem w prawe czoło. Pęknięcie kości bez objawów. Po 4 tygodniach zmiana usposobienia, z łagodnego stał się kłótliwym, bardzo żarłocznym; raz były wymioty; w ten sam dzień wieczorem porażenie lewych kończyn i utrata przytomności. Tętno wolne, 50. Porażenie n. twarzowego.	—	Trepanacya: Przecięcie opony, wypuszczenie ropy. W 10 dni odzyskał chory nagle władzę w członkach, usposobienie łagodne wróciło, żarłoczność znikła. W $^1/_2$ roku napad drgawek, zaczynający się zwracaniem gałek ocznych w stronę przeciwną, ostatni napad przed 5 laty.	—
15. Rychliński: „Medycyna" Nr. 1 i 2, 1897.	—	Obojętność, zdziecinnienie i przytępienie władz umysłowych.	—	—	Mięsak obu płatów czołowych.

III. Płaty ciemieniowe i potyliczne.

Autor	Operator	Objawy	Rozpoznanie	Operacya i wynik	Uwaga
1. Biegański i Wrześniowski: „Medycyna" Nr. 44 i 45, 1896.	—	Robotnik, lat 50, ugodzony sztabą żelazną w okolicy kości ciemieniowej i potylicznej lewej. Wgniecenie kości, rana ropiejąca. Apatya, ból głowy, utrata pamięci nazw liczb bez niemoty wrodzonej; widzenie połowicze po stronie prawej.	Wgniecenie kości czaszki.	W 26 dni trepanacya, usunięcie odłamków wgniecionych.	Powróciła najpierw pamięć, potem zdolność czytania, a w dwa miesiące uleczony opuścił szpital.
2. Biernacki: „Medycyna" Str. 967, 1894.	Nie operow.	Chory, lat 15. Niedowład dolnej gałązki nerwu twarzowego i prawej ręki. Zwężenie pola widzenia i defekty w temże (dla barwy zielonej); mowa wolna, osłabienie pamięci. Wyrazów i liter nie czyta, czyta zaś dobrze liczby. Pisanie samodzielne i dyktowanego niemożebne.	Autor przypuszcza ognisko tuż pod korą okolicy potylicznej, zdaje się kiłowe.	—	Poprawa po jodku potasowym. Ciekawy defekt dla barwy zielonej i niemożność czytania liter przy zachowanej możności czytania liczb.
3. Feuerstein: „Przegl. lek." Str. 322, 1896.	—	Bole głowy, wymioty, prawostronny niedowład, obustronna tarcza zastoinowa, aleksya wyrazowa głoskowa, wadliwe kreślenie wyrazów i liter, także dyktowanych, zachowana możność przepisywania; mowa dobra. Utrata pamięci nazw, miesięcy i pacierza, wogóle rzeczy codziennych.	—	—	—
4. Klęsk.	Nie operow.	Uderzenie siekierą w głowę od tyłu. Blizna, biegnąca po stronie lewej od guza ciemieniowego ku tyłowi. Kość wklęśnięta na 2 ctm. w głąb i zrośnięta ze skórą. Pacyent skarży się na ćmienie przed oczyma, zmęczenie przy czytaniu, szczególnie drukowanego. Silne bole głowy. Dno oka bez zmian.	Nie zgadza się na operacyę.		—
5. Kopczyński: Księga jubil. dla Dunina 1901.	—	Mężczyzna, lat 22, przed dwoma laty bole głowy, nudności, wymioty, drętwienie i mrowienie w lewym boku. W $^1/_2$ roku potem został uderzony sosną w prawą połowę czaszki. Od tego czasu ma mieć narośl tamże. W okolicy kości ciemieniowej prawej guz na przestrzeni dłoni, w środku miękki, bolesny. Osłabienie zmysłu dotyku i bolu w kończynach lewych, zaburzenie zmysłu mięśniowego i stereognostycznego. Drżenie gałek ocznych. Prawie zupełna obustronna ślepota. Słuch po stronie lewej osłabiony, języczek zbacza na lewo, lewy łuk podniebienny nieco opuszczony.	Kostniak mięsakowy płatu ciemieniowo-potylicznego po stronie prawej.	Trepanacya: częściowe wycięcie guza, duże krwawienie. Na 3 dzień zupełne porażenie połowicze. Śmierć.	Sekcya: Nowotwór zrośnięty z oponą twardą i wrastający w płat ciemieniowy prawy w głąb.

Autor	Operator	Objawy	Rozpoznanie	Operacya i wynik	Uwaga
6 Tenże.	—	Dziewczyna, lat 14. Bole głowy, nudności i wymioty, drętwienie lewej połowy twarzy, upośledzenie czucia w rozgałęzieniu nerwu trójdzielnego. Obustronna tarcza zastoinowa, z lewej nawet zanik brodawki, lewa źrenica szersza, widzenie połowicze po stronie prawej.	Guz płatu potylicznego.	—	—
7. Tenże.	—	Mężczyzna, l. 24. Padaczka, bole głowy, obustronna tarcza zastoinowa, w końcu porażenie połowicze po stronie lewej z udziałem dolnej gałązki nerwu twarzowego; bolesność prawej połowy czaszki; prawa źrenica szersza; lewy kąt ust opuszczony, napadowe zboczenie gałek ocznych i głowy na lewo.	Ropień płatu ciemieniowo skroniowego.	Trepanacya w płacie ciemieniowym i czołowym bez skutku	Sekcya: Na granicy zwoju skroniowego i ciemieniowego prawego ognisko rozmiękczynowe wielkości gęsiego jaja, podobne mniejsze w płacie czołowym.
8. Stróżewski: „Gaz. lek.“ Nr. 22 i 23, 1899.	Nie operow.	Bole głowy prawostronne; wymioty; zwolnienie tętna; połowicze widzenie po stronie lewej; zapalenie n. wzrokowego. Zaburzenie w równowadze ciała, zmiany w zmyśle smaku, porażenie n. trójdzielnego. Przygnębienie.	—	—	Sekcya: Krwotok w moście, guz w płacie potylicznym prawym, przerzuty koło n. trójdzielnego.

Zebrałem 51 przypadków mózgowych autorów polskich, częścią opisanych i dostępnych mi z piśmiennictwa, a częścią odstąpionych mi łaskawie przez kolegów ze swej praktyki; 28 przypadków odnosi się do sfery ruchowej, 15 — do czołowej, 8 do ciemieniowej.

Z przypadków w sferze ruchowej operowano 14, z tego 9 wyzdrowiało, 5 zmarło, co odpowiada 35·7% śmiertelności.

Z przypadków sfery czołowej operowano 12; 10 wyzdrowiało, a 2 zmarło, czyli 16·6% śmiertelności.

Z 8 przypadków sfery ciemieniowej operowano 3, z tego 2 zmarło, t. j. 66·7% śmiertelności.

Najmniejsza śmiertelność w przypadkach operacyi płatów czołowych tłómaczy się najpierw najmniejszą wrażliwością tych płatów, a powtóre tem, że najczęściej operowano tu z powodu urazów, szczególnie złamań czaszki bez większych powikłań. W przypadkach operacyi płatów ciemieniowych guzy były już bardzo duże.

Z uwag, jakie nasuwają się przy omówieniu tych przypadków, zwrócić należy uwagę na występowanie częste tarczy zastoinowej przy cierpieniach płatu ciemieniowo-potylicznego obustronnie, podczas gdy przy guzach płatu czołowego częściej zdarza się równoimienna jednostronna tarcza zastoinowa.

Częstem bardzo, a nieszczęśliwem powikłaniem po operacyach mózgowych są zapalenia płuc. Wypadnięcie mózgu, nawet dość rozległe, z rany pooperacyjnej lub w czasie leczenia, jest powikłaniem nieprzyjemnem, ale znów nie rozpaczliwem. Zmiany kiłowe zajmują głównie korę mózgową, dają też najlepsze rokowanie.

Co do powrotu porażonych części przy zupełnych połowiczych porażeniach, to najszybciej wraca zwykle (abstrahując od położenia samej sprawy chorobowej w korze), przedewszystkiem przytomność, a często częściowo i mowa, potem funkcye nogi, ewentualnie nerwu twarzowego, a w końcu ręki.

W przypadkach zranień płatów czołowych często spotkać można ciekawy objaw ogromnej drażliwości skóry, szyi i głowy, i to takiej, że nawet dotykanie włosów sprawia już pacyentom ból. Na objaw ten zwrócił szczególnie uwagę na Zjeździe Towarzystwa niemieckich chirurgów w Berlinie w roku 1903 Wilms w odczycie: „O strefach hiperalgetycznych przy postrzałach czaszki“. Tę nadmierną bolesność odnosi on do tak zwanych sfer Heada, t. j. czyni je zależnemi od nerwów spółczulnych, leżących głównie koło zatoki jamistej.

Przez połączenia wrażenie przenoszonem zostaje do 2, 3 i 4 nerwu szyjnego i stąd ból ściśle dość zlokalizowany, bo dochodzący do mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, a od dołu do chrząstki obrączkowej.

W schorzeniach płatów ciemieniowo-potylicznych spostrzegano bardzo często połowicze widzenie, aleksyę, a o achromatopsyi niema nigdzie wzmianki. W przypadku Kopczyńskiego uderza mimo sekcyjnie stwierdzonej jednostronnej sprawy ślepota; autor mówi jednak, że nowotwór szedł w głąb, może więc gdzieś w głębi działał na drugę stronę. W przypadku tym ciekawem jest też osłabienie czucia dotyku, bolu i ciepłoty, mięśniowego i zmysłowego bez porażeń ruchowych. Fakt ten przemawia za tem, że raczej zmiany te odnieść należy do szkodliwego działania na części mózgu podkorowe. Z przypadków, operowanych w klinice, zwróciłem już powyżej uwagę na przypadek mięsaka płatu czołowego równoimiennego z objawami guza sfery ruchomej przeciwnej. Wspomnieć tu muszę dalej o przypadku Nr. 6 (z czołowych) wola mózgowego. Pacyent demonstrowanym był przed wyjściem z kliniki w Towarzystwie lekarskiem. W przypadku Nr. 9, operowanym przezemnie w czasie leczenia, wystąpiła połowicza, a nawet chwilowo i ogólna padaczka, która jednak po 6 dniach przy podawaniu przetworów bromu ustąpiła zupełnie. Zmian w moczu nie spostrzegaliśmy w żadnym z naszych przypadków.

Typowym przypadkiem zmiany charakteru przy schorzeniu płatu czołowego jest przypadek z praktyki kol. Putermana, w którym nadto wystąpiła i wielka żarłoczność.

Przypadków wycinania ośrodków nie udało się mi zebrać z naszego piśmiennictwa, przytoczyłem tylko jeden, od-

stąpiony mi łaskawie przez Prof. Rydygiera. Wynik w tym przypadku był ujemny.

Zbierając w całości poglądy wyżej wygłoszone, przychodzimy do następujących wyników:

1) Korę mózgową pojmować musimy jako narząd złożony z wielkiej liczby grup komórek o tym samym charakterze, lecz różnych własnościach.

2) Ośrodki korowe mają typowe umiejscowienie co do położenia z grubsza, t. j. w tej lub owej sferze i okolicy; umiejscowienie jednak subtelniejsze jest już rzeczą indywidualną, zależną od mniejszego lub większego wyrobienia się danej partyi komórek.

3) Ośrodki korowe ścisłych granic między sobą nie mają, owszem zachodzą na siebie, a tylko tak zwane ośrodki bezwzględne (ogniska) są ściśle odgraniczone od innych.

4) Zachodzenie na siebie ośrodków sprawia, że nawet symetrycznie umiejscowionym zmianom w korze mózgowej obu półkul odpowiadać mogą różne objawy kliniczne, a dalej przy schorzeniach jednego ośrodka często spostrzegać można pewien niedowład narządu, zaopatrywanego przez ośrodek sąsiedni.

5) Wymaganie ścisłej dyagnostyki umiejscowienia w korze mózgowej jest dla chirurga rzeczą nienaturalną w szczegółach.

6) Ośrodki dzielimy na:

a) ośrodki symetryczne obu półkul automatycznych, mogące działać każdy z osobna na obie połowy ciała naraz;

b) ośrodki, działające w połowie z jednej, w połowie z drugiej półkuli;

c) ośrodki, działające głównie z jednej, ale częściowo i czasami i z drugiej półkuli, czyli na równoimienną część ciała;

d) ośrodki, zupełnie wyzwolone od wpływu półkuli drugiej.

7) Odnowienie i odrodzenie się ośrodków, a zarazem powrót funkcyi utraconych, jest zupełnie możliwy, a zależy od większego lub mniejszego wyrobienia kory osobnika i jej ośrodków; dalej — od rodzaju sprawy chorobowej, jej rozległości, a zwłaszcza drążenia w głąb, a w końcu od wielu indywidualnych cech osobnika.

8) Powrót funkcyi jest łatwiejszy w przypadkach zmian powierzchownych, czysto korowych, nawet rozległych, w przeciwieństwie do drobnych, lecz niszczących mózg w głębi.

9) Zmiana głębsza wywołać może często tak zwane działanie z oddali, zapomocą włókien kojarzennych, przez co robić może wrażenie kliniczne sprawy rozległej. Cechuje ją zajęcie ośrodków oddalonych, a nie sąsiadujących ze sobą, czego przy zmianach powierzchownych korowych nie spotykamy nigdy.

10) Najrozleglejszym i najwięcej wyrobionym jest ośrodek ręki, szczególnie prawej; powrót też funkcyi wypadłych jest tu najtrudniejszy.

11) Różnica w budowie zwojów obu półkul świadczy bezwarunkowo za odmienną, a raczej indywidualną różnicą umiejscowienia ośrodków zależnie od czynności, które wyrabia sobie osobnik.

12) Powrót funkcyi polega zwykle nie na anatomicznem odrodzeniu ośrodków w znaczeniu idealnem, lecz na zastępstwie w czynności przez komórki analogiczne.

13) Utraconą funkcyę w razie częściowego zniszczenia ośrodka obejmują zastępczo komórki pozostałych części, a w razie całkowitego — komórki sąsiednie lub analogiczne półkuli drugiej.

14) W razie obejmowania funkcyi przez drugą półkulę podnieta nerwowa biegnie najpierw do miejsca zniszczonego, a stąd dopiero do odpowiedniej części półkuli drugiej.

15) Kora mózgowa nie wyrobiona posiada więcej zdolności do powrotu funkcyi ośrodków, niż kora wyrobiona więcej.

16) Wycinanie ośrodków w celach leczniczych, a raczej części ośrodków, jest rzeczą zupełnie uzasadnioną i dozwoloną; w razie bowiem podrażnienia usuwamy przyczynę tegoż, a w razie porażenia spodziewać się możemy zastępczego powrotu funkcyi.

17) Ośrodki czucia leżą zdaje się wspólnie z ruchowymi, t. j. w sferze ruchowej i to więcej w półkuli prawej, niż lewej.

18) Sfera ruchowa leży zdaje się głównie w okolicy zwoju środkowego przedniego i poprzedzającego przedni.

19) W płatach czołowych umiejscowień nie znamy: często spotykamy tu tylko zmiany charakteru i żarłoczność w razie ich schorzenia; jak z drugiej strony i największe zmiany przebiegać mogą bez objawów.

Prócz wspomnianych objawów często występuje też wielka drażliwość na ból w okolicy równoimiennej połowy czaszki i szyi.

Piśmiennictwo. 1) Adamkiewicz: Postrzelenie mózgu (Przegl. lek., str. 117, 1891). — 2) Anton: Zur Lok. der Muskelsinnstörungen im Grosshirn (Zeiftschr. f. Heilk. 14. 1893). — 3) Asher: Der gegenwärtige Stand von der Gehirnlokalisation (Corr. B. f. S. Aerzte 31). — 4) Bechterew: I. Ueber die sensiblen Functionen der sogenannten motorischen Rindencentren des Menschen (Arch. f. Anat. u. Physiol. 1900, str. 22). 5) — II. Ueber die Erregbarkeit des hinteren Abschnittes des Frontallappens (Arch. f. Anat. u. Physiol. 1899, str. 501). — 6) Beck: Zjawiska elektryczne w mózgu i rdzeniu i oznaczenie ich na podstawie lokalizacyi (Akad. Umiejętn. 1890). — 7) Beck-Cybulski: I. Dalsze badania nad zjawiskami elektrycznemi w korze mózgowej u małpy i psa (Akad. Um. 1891). 8) — II. Dalsze badania zjawisk elektrycznych w korze mózgowej (Akad. Umiej. 1895—6). — 9) Benedikt: I. Zur Lehre von der Localisation der Gehirnfunctionen (Wien. Klin., zeszyt 5—6, 1883). 10) — II. Ueber die Localisationsgesetze im Zentralnervensystem (Wien. med. Presse 1871, Nr. 27, 22, 33). — 11) Biernacki: Afazya w świetle badań współczesnych (Odczyt. klin. 1894, zeszyt 8 i 9). — 12) Brunner-Mill: Przyczynek do kazuistyki zwyrodnień pęczków piramidalnych mózgu (Gaz. lek., Nr. 7, 1900). — 13) Bruns: Ueber Störungen des Gleichgewichtes bei Stirnhirntumor. (D. med. Wochschr. 1892). — 14) Broadbent: Des loc. cerebr. (Ann. de psychiat. et d'hypnol. 1892) — 15) Charcot: (Posiedz. Soc. d. Biolog. 1878). — 16) Chuquet: (Bull de la Soc. anatom. 1876). — 17) Cybulski: Kilka słów o dzisiejszym stanie nauki o lokalizacyi (Przegląd lek. Nr. 7—9 18—20, 1892). — 18) Dammsch: Ueber Mitbewegungen in symmetrischen Muskeln i t. d. (Zeits. f. klin. Med. XIX, 1891). — 19) Eberstatter: Das Stirnhirn (Wiedeń 1890). — 20) Exner: Untersuchungen über die Lokalisation der Functionen in der Grosshirnrinde des Menschen (Braumüller 1881). — 21) Ferrier: Die Functionen des Gehirnes (Braunschweig 1879). — 22) Flechsig: I. Ueber Associationscentren des menschlichen Gehirns 1896. 23) — II. Gehirn u. Seele 1896. 24) — III. Die Localisation der geistigen Vorgänge 1896 — 25) Flourens: Recherches exper. sur les propr. et les fonctions du syst. nerveux. Paris 1824. — 26) Goldscheider: Ueber centrale Sprach- Schreib und Lesestörungen (Berl. klin. Wochs. 1892). — 27) Goltz: Beiträge zur Lehre von den Functionen der Nervencentren des Frosches (Berlin 1869). — 28) Grasset: Des localisations dans les

malad. cerebr. (Paris 1880). — 29) Grossglik: Przyczynek do fizyologii zrazów czołowych (Medycyna Nr. 13—16, 1894). — 30) Hering: Ueber Grosshirnrindenreizung etc. mit besonderer Berücksichtigung der Rindenepilepsie (Wien. klin. Wochs. 1899). — 31) Hermann: Ueber elektrische Reizversuche an der Grosshirnrinde (Arch. f. d. ges. Phys. Bd. X). — 32) Hitzig: I. Ueber die elektrische Erregbarkeit des Grosshirns (Reichert's u. du Bois-Reymond's Arch. str. 300, 1370). 33) — II. Untersuchungen über das Gehirn (Tamże str. 392, 1874, 2-gie wydanie 1904). — 34) Huguenin: Ueber die cerebralen Lähmungen des N. facialis. Correspond. f. Schweizer Aerzte 1872, Nr. 79). — 35) Horsley: Ueber Hirnchirurgie. (Brit. med. Journ 1886). — 36) Jacksohn-Hughlings: On certain relations of the cerebrum and cerebellum i t. d. (Brain 22, 1899). — 37) Klemperer: Exper. Untersuchungen über Phonationscentrum im Gehirn (Neurl. Centrbl. 1896, str. 165). — 38) Klęsk: Przyczynek do nauki o czynności mózgu (Przegl. lek. 1902). — 39) Kohn: Przyczynek do nauki o umiejscowieniu zboczeń mowy (Gaz. lek. 1891, str. 142). — 40) Krause: Zur chirurg. Behandlung der nichttraumatischen Jacksonschen Epilepsie (Odczyt na Zjazd Tow. niem. chir. 1903). — 41) Lunz: Zwei Fälle von kort. Seelenblindheit. (Neur. Centbl. 16, 1897). — 42) Luciani und Seppilli: Die Funktions-Lokalisation auf der Grosshirnrinde etc. Leipzig 1886. — 43) Meynert: Der Bau der Grosshirnrinde. Leipzig 1869. — 44) Monakow: I. Gehirnpatologie 1897. 45) — II. Les centres de projection et d'association du cerveau humain. Cong. Int. d. med. Paris. 1900. 46) — III. Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage nach der Lokalisation im Grosshirn (Ergebn. d. Physiol. 1902—4). — 47) Möbius: Über die Anlage zur Mathematik (Neurol. Centralbl. str. 1049, 1899), — 48) Munk: I. Ueber die Ausdehnung der Sinnessphären in der Grosshirnrinde (J. Mitteil. Sitzb. der Preus. Akad. d. Wissensch 1901). 49) — II. Ueber die Funktionen der Grosshirnrinde (Berlin 1890). — 50) Nagel: Ein Beitrag zur Kenntniss des Lichtsinnes augenloser Thiere (Biol. Centrbl. str. 810, 1894). — 51) Nothnagel: Exper. Untersuchungen über die Funktion. des Gehirns (Virch. Arch. Bd. 57, 60—62), — 52) Nessler: Ueber die nach Verletzungen der Hinterhauptslappen auftretenden Störungen (Strassburg 1891). — 53) Nieden: Ein Fall von einseitiger Semp. Hemianopsie i t. d. (Arch. f. Ophtalm. 29, str. 143, dodatek 147). — 54) Nobtnagel: Typische Diagnostik der Gehirnkrankhheiten (Berlin 1879). — 55) Ołtuszewski: Psychofizyologia mowy (Medycyna Nr. 10, 1894). — 56) Prevost: De la dévition conjugée des yeux et de la rotation de la tête dans certains cas d'hémiplégie (Paris 1868). — 57) Peterson: The new phrenology (Am. med. surg. Bull. 1895, 8, p. 1415) ref. — 58) Pitres: I. Connections du cortex avec les centres inferieures (Arch. de phys. norm. itd. Paris 1894). 59) — II. Ueber ein Hirnrindencentrum f. einseitige kontralaterale Pupillenverengerungen (Neur. Centr. 1899). 60) — III. Über das Gehirn der Taubstummen (Arch. f. Psych. 34, 1901). 61) — IV. Über den Hirnmechanismus der Motilität (Jahrb. f. Psych. 1901, 20). — 62) Pick: Senile Hirnatrophie etc. (Wien. kl. Wochs. 1901). — 63) Pineles: Ueber gleichzeitige Hemiplegie (Wien. klin. Rundsch. 1896). — 64) Probst: I. Zu den fortschreitenden Erkrank. der motor. Bahnen (Arch. f. Psych. 30, 1898). 65) — II. Ueber die Lokalisation des Tonvermögens (Arch. f. Psych. 32, 1899). — 66) Rethi: Das Rindenfeld, die subcortic. Bahnen etc. des Kauens u. des Schluckens (Wien. med. Presse Nr. 23 i 24, 1894). — 67) Redlich: Ueber Störungen des „Muskelsinnes“ und des stereog. Sinnes bei der cer. Hemipleg. (Wien. kl. Wochs. 1893) — 68) Retzius: Das Gehirn des Astronomen Hugo Gyldens (Biol. Unter. 1898). — 69) Rosenbach: Zur Frage über die epileptogenen Eigensch des hint. Hirnrindegebietes (Neur. Centrbl. 1889). — 70) Rossolimo: Zur exp. Methodik der Grosshirnphysiologie (Neur. Centrbl. 7892). 71) Rothmann: Ueber das Rumpfmuskelcentrum in der Fühlsphäre der Grosshirnrinde (Neur. Centrbl. 15, 1896, str. 1105). — 72) Soury: I. Les functions du ceveau, 1891. — II. Les localisations cérébrales des centres corticaux de la sensibilite générale (Rev. gen. sc. 1898, p. 185). — 73) Stern: Über periodische Schwankungen der Hirnrindenfunktionen (Arch. f. Psych. 1895, Tom 27). — 74) Sherington-Grünbaum: Observations on the Physiology of the cerebral cortex of some of the higher apes (Proc. Roy. Soc. Vol. 69). — 75) Schiff: Les centres moteurs corticaux (Lausanne 1896). — 76) Stsherbak: Geschmackscentrum beim Kaninchen (Neur. Centrbl. 1893, str. 261). — 77) Starr: Hirnchirurgie 1894). — 78) Schuster: Psychische Störungen bei Hirntumoren (Stuttgart 1902). — 79) Troje: Chir. Beitr. zur Lokal. der Grosshirnrinde (D. med. Wochs. 1894). — 80) Tomaszewski: Zur Frage über die Veränder. in d. Gehirnrinde in einem Falle von in früher Kindheit erworb. Blind- und Taubkeit (Neur. Centrbl. 1889). — 81) Vitzou: I. Effets de l'ablation des lobes occipitaux sur la vision chez lechien (Arch. de Phys. norm. itd. 1893, str. 688). 82) — II. La néoformation des cellules neveusos (Arch. de Physiol. 1887). — 83) Wilbrand: Die Doppelversorgung der macula lutea i t. d. (Beitr. zur Augenheilk. 1895). — 84) Welt: Charakterveränderungen i t. d. infolge von Läsion des Stirnhirns (D. Arch. f. klin. Med. T. 42). — 85) Wundt: Zur Frage der Lokalisation der Grosshirnfunctionen (Phil. Studien. Kwiecień 1890). — 86) Zinn: Das Rindenfeld des Auges etc. (Münch. med. Wochs. 1892).

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Penzoldt. **Leczenie gruźliczego ropniaka opłucnego z odmą** (*pneumopyothorax*). (*D. Archiv f. klin. Med.*, 1905, T. 84). Pojawienie się odmy piersiowej w przebiegu gruźlicy płuc jest zawsze niebezpiecznem i groźnem zjawiskiem; przy daleko posuniętej gruźlicy przyśpiesza odma znacznie zejście śmiertelne, niekiedy nawet sprowadza śmierć natychmiastową. Wyjątkowo tylko nastaje czasem wyleczenie. Przypadek Penzoldta I zasługuje z wielu względów na bliższą uwagę: Dołączający się do odmy w dalszym ciągu jej trwania wysięk był mętny, nieprzeźroczysty, gęsty, ropiasty (*empyème graisseux* Bouverota); pod drobnowidem wykazywał ciałka ropne i dużo ziarnistej miazgi rozpadowej (*detritus*), a prócz prątków gruźliczych nie zawierał wcale drobnoustrojów ropnych. Po przejściu pierwszych czterech tygodni wysięk ten, obfity, w ciągu całego swego kilkomiesięcznego trwania aż do zupełnego ustąpienia nie pociągał za sobą najmniejszej gorączki; szczególne to zachowanie się przy wysiękach surowiczych zadziwiać oczywiście musiało, tem więcej w powyższym przypadku, przy ropnej przyrodzie wysięku; czy przyczyną bezgorączkowego przebiegu był tutaj brak drobnoustrojów ropnych, czy też jakaś specyalna właściwość opłucnej, która nie dopuszczała do wessania gorączkotwórczych substancyi, — rozstrzygnąć było trudno. Niezwykłą było też rzeczą, że płuco pomimo przeszło 9 miesięcy trwającego ucisku, po ustąpieniu zupełnem wysięku i odmy nie straciło nic ze swej elastyczności i rozszerzyło się następnie doskonale. Leczenie polegało na kilkakrotnych nakłuciach, wypuszczeniu pewnej ilości (około litra) płynu z następowem wstrzyknięciem 2 do 5 cm.^{3} 10 prc. jodoformu z gliceryną i jak najściślejszem przestrzeganiu ogólnych przepisów higieniczno-dyetetycznych, a zwłaszcza ciągłego aż do czasu zupełnego wyzdrowienia werandowania. W II i III podobnym przypadku, pomimo przestrzegania równie ścisłego tych samych w ogólnych zarysach zasad leczenia, ropniak zakończył się zejściem śmiertelnem z powodu uogólnienia się sprawy gruźliczej i dołączającego się powikłania z ostrem zapaleniem nerek. *Wilczyński.*

Prof. Bäumler. **O szczególnem pojawianiu się odgłosu bębenkowego w obrębie nagromadzonego płynu przy odmie z puchliną opłucną** (*seropneumothorax*) **i przy ropniaku opłucnym z odmą** (*pyopneumothorax*). (*D. Archiv für klin. Med.*, T. 84). Przy równoczesnem nagromadzeniu się w jamie opłucnej płynu i powietrza objawy wypukowe i przysłuchowe tłómaczą się zazwyczaj jasno w sposób zrozumiały. Niekiedy jednak spotyka się odgłos mniej lub więcej wyraźnie bębenkowy na małej przestrzeni wśród otoczenia, dającego odgłos tępy z powodu nagromadzenia się wysięku w częściach dolnych. Takie wyspy z odgłosem bębenkowym wśród otoczenia o odgłosie tępym mogą mieć w każdym poszczególnym przypadku inne przyczyny powstania: 1) Płuco częściowo uciśnięto, a przez zrosty opłucne zrośnięte ze ścianą klatki piersiowej, może w obrębie nagromadzonego płynu dawać odgłos bębenkowy. Odgłos ten znika, gdy płuco po rozerwaniu się zrostów odsunie się od ścian klatki piersiowej, lub też skutkiem znacznego ucisku stanie się zupełnie bezpowietrznem. 2) Wśród warstw i szczelin włóknikowych nalotów i błon rzekomych opłucnej może gromadzić się powietrze i ono wówczas daje powód do powstania odgłosu bębenkowego w niezwykłych miejscach. 3) W obrębie nagromadzonego wysięku, zwłaszcza w częściach dolnych i tylnych klatki piersiowej, powstać może wbrew regule odgłos bębenkowy przy specyalnych warunkach napięcia wewnątrz klatki piersiowej i przy pewnym kierunku samego opukiwania. *Wilczyński.*

Prof. Naunyn. **Przypadek złogów jelitowych.** (*D. Archiv f. klin. Med.*, 1905, T. 84). Sześćdziesięciokilkoletni chory — z zawodu lekarz — cierpi od wczesnej młodości na przewlekły nieżyt kiszek. W jesieni 1900 wystąpił wśród dreszczów i wysokiej go-

rączki po raz pierwszy nagle gwałtowny ból i uczucie rozpierania w lewem podżebrzu, które po użyciu kalomelu szybko ustąpiły. Przy bardzo ścisłej dyecie, unikaniu wszelkich rozdymających pokarmów i zastosowaniu sobie przez samego chorego soli karlsbadzkiej nastąpił stan wcale znośny; pomimo jednak stale codziennie oddawanych 1—2 stolców rzadkich uczucie wzdęcia w lewem podżebrzu utrzymywało się ciągle, tamże wybadać można było zawsze większą oporność, robiącą wrażenie guza kałowego; w moczu indykan był stale w ilości powiększony. Podobne napady, przypominające w wysokim stopniu niedrożność jelit, powtarzały się jeszcze kilkakrotnie; po jednym z nich, nadzwyczaj silnym, odeszły ze stolcem twarde, zbite, gładkie lub lekko ziarniste kamyki kałowe, podobne nieco do kamyków żółciowych, złożone z bezpostaciowej masy bez jakiejkolwiek domieszki krwi lub ropy. Chemiczne badanie, dokonane w tym przypadku przez prof. Schmiedeberga, wykazało, że kamyki złożone były w przeważnej części z żywicy, podobnej do tej, jaka się znachodzi n. p. w katechu lub korzeniu pastwinowym (*radix ratanhiae*). Pochodzenie ich odrazu się wyjaśniło, gdy chory wytłómaczył, że od lat wielu z powodu silnego i uporczywego zapalenia dziąseł stale używał do płókania ust nalewki miry z pastwinową (*t-ra myrrhae* i *ratanhiae*) w stosunku: 1 cz. nalewki na 2 cz. wody. Tak silny roczyn strącał zazwyczaj w ustach śluz, porywając ze sobą i nierozpuszczoną żywicę, która następnie połknięta osadzała się w ciągu lat w jelitach. *Wilczyński.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Metchnikoff E. **Szczepienia doświadczalne kiły.** (*Bull. d. l'Instit. Pasteur*, 1905, III. Nr. 12. 13). Autor ogłasza dotychczasowe wyniki badań nad szczepieniem jadu kiłowego. Dawniejsze badania różnych autorów przedsiębrano na małpach niższego rzędu, to też wyniki były niepewne; dlatego zwrócono się do doświadczeń na małpach wyższych (antropoidach). Już przed dwoma laty ogłoszono (M. i Roux) wyniki dodatnie ze szczepienia kiły na szympansach, u których wywołano nie tylko zmianę pierwotną, ale i objawy drugorzędne. Dotąd uzyskano podobny wynik u 16 szympansów. M. zwraca jednak uwagę, że szczepić trzeba jad z wrzodu pierwotnego lub zmian drugorzędnych w skórę, a nie w tkankę podskórną, w otrzewnę lub narząd krążenia, gdyż w tych ostatnich przypadkach wynik jest zawsze ujemny. Okres wylęgania tak wrzodu pierwotnego (22—35 dni), jak i zmian drugorzędnych był podobne, jak u ludzi. Odporniejsze na jad kiłowy są orangutany, u których M. wywołał raz na trzy przypadki wysypkę drugorzędną, chociaż wrzody pierwotne występowały zawsze wyraźnie. U małp niższego rzędu (*macacus* i *cynomorphes*) powstał w 45 przypadkach na 70 szczepionych naciek pierwotny w krótszym czasie po zaszczepieniu, niż u szympansów, obrzęk gruczołów jednak był niewyraźny, a nigdy nie spostrzeżono objawów ogólnych.

Ze względu na te wyniki dodatnie przystąpiono i do badania znamion samego jadu kiłowego i stwierdzono, że nie przechodzi przez filtr Berkefelda, że zagrzany do 51° traci swoją jadowitość, a zatrzymuje ją w glicerynie. Wiadomo jest, że z pojawieniem się wrzodu pierwotnego powstaje (prócz rzadkich wyjątków) odporność na jad kiłowy. Wyniki, otrzymane przez M. w tym kierunku, nie są jednolite. W jednym przypadku jad, przeszczepiony w 5 dni po pierwszem szczepieniu, nie dał wyniku dodatniego, w drugim wywołał M. drugi wrzód, szczepiąc w 10 dni po pojawieniu się pierwszego. Dalej stwierdza M., że osobniki młode są znacznie odporniejsze na jad. W jednym przypadku otrzymał autor uodpornienie u szympansa przez zaszczepienie mu jadu z małpy niższego rzędu (*macacus sinicus*), które wywołało zmiany lekkie i przemijające,— a przeniesiony później jad ludzki nie wywołał u tegoż szympansa żadnych zmian. M. sądził zatem początkowo, że otrzymał szczepionkę podobną, jak w ospie. Późniejsze doświadczenia jednak wykazały, że jad małp niższego rzędu wywołał u szympansów objawy następowe tak ciężkie, jakie bywały po przeszczepieniu jadu z człowieka.

Zaczęto również próby ze sporządzaniem surowicy do szczepień ochronnych, szczepiąc małpy niższego rzędu, u których pojawia się tylko naciek pierwotny, a nigdy zmiany ogólne. Te małpy właśnie, które po szczepieniu zdrowieją w zupełności, służyły do wyrobu surowicy. Dotychczasowych doświadczeń, jakkolwiek dopiero rozpoczętych, nie uważa autor za zbyt zachęcające.

Wreszcie przedsięwziął M. i poszukiwania jadu uorganizowanego w zmianach kiłowych, głównie zachęcony przez Schaudinna, który nie mając szczepionych małp do rozporządzenia, nie mógł sprawdzić swych doniosłych badań. Autor znalazł z łatwością krętki Schaudinna (*spirochaete pallida*) we wrzodzie pierwotnym, trwającym 8 dni u szympansa, z trudnością tylko we wrzodzie, trwającym dwa miesiące, a nie znalazł wcale w zagojonym nacieku i we wrzodzie żrącym, w którym spostrzegał bardzo obfitą florę mikrobów. Brak w tym ostatnim przypadku tłómaczy autor dużą ilością mikrobów, jak to spostrzegany i w innych zakażeniach n. p. gruźlicy. Stwierdzenie obecności krętków w zmianach kiłowych już po ogłoszeniu Schaudinna, szczególnie stwierdzenie w kile dziedzicznej i u małp kiłą szczepionych, przemawiałoby, zdaniem M., za tem, że krętki mają w kile znaczenie etyologiczne. Wreszcie przeprowadza autor analogię między durem powrotnym (*typhus recurrens*), który polega na zakażeniu krętymi prątkami (*spirillum recurrens*), a kiłą, która w przeciwieństwie do ostrego przebiegu duru jest zakażeniem przewlekłem. Wspólną cechą jest zdarzające się zapalenie tęczówki i naczyniówki (*iridochorioiditis*) tak w jednej, jak drugiej sprawie chorobowej, a dalej i ten szczegół, że tak dur ten, jak i kiła, są chorobami nie tylko człowieka, ale i małp. W końcu zwraca M. uwagę na objawy, jakie bywają przy świdrowicy (*trypanosomiasis*) różnych gatunków świdrowca i na podobieństwo tych spraw chorobowych z zakażeniem krętkami. *Krzyształowicz.*

Sachs. **Przyczynek do patologii zapalenia sromu.** (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1905, 23). Choroby zapalne sromu według podziału przyczynowego rozpadają się na dwie grupy: na samoistne i symptomatyczne. Do samoistnych należą zapalenia sromu, które powstają wskutek działania miejscowych podrażnień, spowodowanych nagromadzeniem się łoju (smegma) i wskutek braku czystości. Są to formy nie zakaźne, a ograniczające się jedynie na miejscowem schorzeniu, które mają charakter powierzchownych zapaleń. Jako dalszy przyczynowy czynnik dla powstania samoistnego zapalenia sromu przyjmuje autor zakażenie rzeżączkowe, jakkolwiek bardzo rzadko u dorosłych napotyka się zakażenie rzeżączkowe, jako pierwotną przyczynę samoistnego zapalenia sromu; częściej natomiast trafia się to u dzieci. Do samoistnych zapaleń zalicza jeszcze autor błonicę i gruźlicę sromu. Ze symptomatycznych wylicza S. zapalenia sromu, pozostające w ścisłym związku z toczącym się miejscowym procesem chorobowym, jak n. p. z wrzodem miękkim wenerycznym i twardym pierwotnym. Dalej należą tutaj zapalenia następowe sromu, powstałe wskutek zastoju żylnego w miednicy małej n. p. przy ciąży. W wielu chorobach zakaźnych, jak w durze, płonicy, gruźlicy, błonicy, gorączce połogowej, występują następowe zapalenia sromu.

Rozpoznanie zapalenia sromu nie natrafia na żadne trudności; wypływa bowiem z samych objawów podmiotowych i przedmiotowych zapalenia. Jeżeli chodzi o wyróżnienie zakaźnych zapaleń, to w tym kierunku najpewniej rozstrzyga badanie drobnowidowe. Rokowanie w samoistnych zapaleniach zwykle dobre, w następowych zależy od rodzaju choroby ogólnej, w przebiegu której zapalenie to występuje. Przy leczeniu samoistnych zapaleń wystarcza niejednokrotnie samo usunięcie czynników działających szkodliwie; w leczeniu zaś następowych zapaleń trzeba koniecznie uwzględniać chorobę przyczynową. *Stopczański.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Wartość **lysoformu** jako środka przeciwgnilnego badał Rosemann (*Allg. med. Ctr. Ztg.*, 1904, 28, *Wr. med. Pr.*, 1905, 9), dochodząc do wniosku, że działa on dostatecznie odkażająco, a w połączeniu z wyskokiem silnie bakteryobójczo. Zaletą lysoformu jest to, że nie działa trująco i nie nadżera; posiada on przytem własności odwaniające. Za najlepszy środek odwaniający uchodziła dotąd kreolina; z doświadczeń Geissendörfera okazało się, że z nią lysoform nietylko może współzawodniczyć, lecz nawet przewyższa ją o tyle, że po użyciu odwaniającem nie pozostawia żadnego zapachu przeciwnie, niż to się dzieje przy użyciu kreoliny. R. wyraża przekonanie, że środek tak dobry, jak lysoform, powinienby być zalecony w praktyce położnych, i uważa za błąd, że tego dotąd nie uczyniono. *Ll.*

Kolargolem próbował Tansard (*Journ. des Prat.*, 1905, 20) leczyć przewlekłego wiewióra, przekonawszy się w ostrych przypadkach, że kolargol niszczy dwoinki wiewiórowe, a nie działa drażniąco. T. używał w przypadkach przewlekłych wkraplań: po 2 cm.³ 4 prc. roztworu kolargolu. Dwoinki znikały najdalej po 30 wkraplaniach. Również nieżyt pęcherza leczył T. codziennemi wkraplaniami 3—4 cm.³ 4 prc. roczynu i uzyskać miał w 5 na 6 przypadków wyleczenie przed upływem tygodnia. *Ll.*

Stosując **jothion,** nie zauważył Zeissl (*Pharm. und ther. Runds.*, 1905, 8) żadnego korzystnego wpływu na stwardnienie kiłowe pierwotne, natomiast stwierdził bardzo dobre działanie tego środka na kiłowe zmiany okostnej. *R.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 sierpnia.

* Organizacyą polskiego Komitetu I Zjazdu fizyoterapeutycznego w Liège zajmują się: prof. Piltz i doc. Chlumský w Krakowie.

* Otrzymujemy następujące pismo:

Wnej Pani M. Skowrońskiej, wdowie po śp. drze Włodzimierzu Skowrońskim, lekarzu w Tarnowie, składam najserdeczniejsze podziękowanie za przysłanie 90 dzieł, pozostałych po śp. mężu Jej, do biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Dr. Jan Landau, bibliotekarz.

* Na zebraniach ogólnych 77-go Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Meranie (24—30 września b. r.) wykładać będą: Wien: „O elektronach“, Nocht: „O chorobach podzwrotnikowych“, Correns: „O prawach dziedziczności“, Heider: „Dziedziczność, a chromosomy“, Hatschek: „Nowa teorya dziedziczności“, Molisch: „O powstawaniu światła w roślinach“, Dürck: „O beri-beri“, Neisser: „Indywidualność i psychoza“, Wimmer: „Mechanizm rozwoju zwierząt“. Tematem wspólnego posiedzenia sekcyi lekarskich będzie: „Przyroda i leczenie rumienia lombardzkiego“, a referentami tego tematu Neusser, Sturli, Tuczek, Merk, Haberler.

* Nagrody 2000 koron, wyznaczonej przez rząd węgierski za najlepsze dzieło o jaglicy, nie przyznano w całości nikomu; za prace lecznicze przyznano połowę nagrody prof. Kuhntowi w Królewcu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 28 i 29. Landau: Badania doświadczalne nad alkalicznością krwi. Rzętkowski: O czynności serca w świetle najnowszych badań (c. d.). Poczobut: Ostry tężec przyranny; okres wylęgania od kilku do kilkunastu godzin; wyzdrowienie wskutek odjęcia członka (c. d.). Korzon: Przyczynek do opoterapii. Oporeiina Poehla w zapaleniu nerek.

— *Medycyna* Nr. 28. Lemberger: Czy można zastąpić wody mineralne sztucznemi? Hertz: O tracheotomii w suchotach krtani (c. d.).

— *Odczyty kliniczne* S. 17. Zeszyt 2. Sokołowski A.: Znaczenie lecznicze klimatu południowego.

— *Kronika lekarska* Z. 14. Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych.

— *Głos lekarzy* Nr. 15: Rządowy projekt ustawy, dotyczącej sztuki wstawiania zębów i wykonywania techniki dentystycznej. — W sprawie praktyki prywatnej profesorów. — Mikołajski: Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.). — Dziesięciolecie Izb lekarskich (c. d.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 6. Gońka: Spostrzeżenia i uwagi w sprawie t. zw. cementów porcelanowych. Zieliński: O szczotkach nowego systemu „Ideal“.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 30. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrozené příjici (c. d.). Thon: O rodu cytorhyctes. Marčan: O tonické, sthenické a statické funkci labyrinthu (c. d.). Komrs: Kapitola o lázných slatinných a massáži gynaekologické.

— *La Presse médicale* Nr. 57. Carron de la Carrière: Leczenie migreny konopiami indyjskiemi. Nr. 58. Gilbert i Lereboullet: Inwersya termiczna i monotermia. G. Laurens: Hematoaspiracya.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 30. Bergmann: O chorobach poprzedzających raka. Hildebrandt: Dłoniowe zwichnięcie kości półksiężycowatej i jego leczenie. Kownatzki: W sprawie leczenia zapalenia otrzewnej połogowego zapomocą laparotomii i osączkowania. Detze i Sellei: Działanie lecytyny na leukocyty. Dunbar: Etyologia i swoista terapia gorączki siennej (dok.). Kuttner: Czy gruźlicę krtani należy uważać za wskazanie do sztucznego poronienia? (dok.). Kelling: O odczynie surowicy krwi u dotkniętych rakiem (dok.). Fuld: Odpowiedź na artykuł Kellinga. Hoffmann: Przyczyna i leczenie wrzodu miękkiego i jego następstw.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 30. Bartel: Przyrząd do doświadczeń inhalacyjnych. Hartl i Herrmann: Wdychiwanie rozpylonych płynów, zawierających bakterye. Exner: Przyczynek do kazuistyki i leczenia torbieli trzustki. Tauber: Łatwo przenośny przyrząd do mierzenia parcia krwi. Sellei: Nauka o prawidłowych niwecznikach w świetle teoryi lipoidowej. Eisler: O antyhemolizynach prawidłowej surowicy.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 30. Schottmüller: W sprawie etyologii włóknikowego zapalenia płuc. Lüdke: O cytotoksynach, szczególnie o owaryotoksynach i tyreotoksynach. Vogel: W sprawie patologii tkanki łącznej. Bayer: Wpływ jazdy na kole na serce. Gaugele: O zapalnych guzach tłuszczowych kolana i stawu stopowego. Sondermann: Ropienie nosa u dzieci i jego leczenie przez ssanie. Schultze: Przypadek samorodnego nadwichnięcia ręki ku dołowi. Hahn: Wyciągowe unosidło głowy. Krull: Wózek do usypiania, zarazem stół operacyjny i opatrunkowy. Schroen: Czy własność unoszenia ciał „pływających“ jest pewnym dowodem, że w nich znajduje się powietrze?

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 30. Hoffa: Ortopedyczne leczenie porażeń. Vogel: Doświadczalne przyczynki do sprawy odkażania skóry. Weber: Psychozy pourazowe. Apelt: O ogólnej wązkości układu tętniczego. Herz: Przyrząd pomocniczy do pneumototerapii chorób serca. Axmann: O wywołaniu promieniotwórczości i nowym przetworze radu (radiophor). Leyden: Obecny stan sprawy sanatoryów okrętowych.

— *Medizinische Klinik* Nr. 34. Ziehen: O guzach okolicy n. słuchowego. Forli i Barrovecchio: Dalszy przyczynek do znajomości czucia wibracyjnego. Dreuw: Leczenie łocznia w praktyce. Lewin: Lecytyna i bromolecytyna. Behla: Dalsze wiadomości o ogniskach raka, domach rakowych, cancer à deux i raku rodzinnym. Heller: Czy kobieta ze względu na zdrowie nadaje się do zawodu kupieckiego?

Redakcya otrzymała. Dr. D. Hirsch: Das Diphterieheilserum in der Therapie und Bekämpfung der Meningitis cerebrospinalis epidemica. Odb. z „Wiener klin. ther. Wochs.“

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 30 (od dnia 23/VII do 29/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 23, dziew. 35; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 19; zamiejscowych: męż. 10, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 9. 3) zapalenie płuc: miej. 1, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 12, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. —. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 4. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 5, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 37, obcych 17.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. dr. Stanisław Ciechanowski.**



Rok XLIV. Kraków 12 Sierpnia 1905. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu lwowskiego Prof. Dra Marsa i zakładu anatomii patologicznej Prof. Dra Obrzuta.

Przypadek zapalenia płuc, nabytego w łonie matki.

Podali

Dr. K. Bocheński i Dr. M. Gröbel
asystent kliniki. demonstrator zakładu.

Sprawa przechodzenia niektórych istot z ustroju matki przez łożysko do płodu posiada dotychczas dość sporą literaturę. Dzięki licznym doświadczeniom i badaniom naukowym, czynionym w tym kierunku, zdobyto w tej kwestyi pewne prawdy, poznano niektóre zjawiska i wytłómaczono wiele faktów, przedtem ciemnych. I tak wiemy, że wszystkie trucizny, które dostają się do ustroju matki w stanie lotnym, niewątpliwie przedostają się przez łożysko do płodu. Doświadczenia w tym kierunku przeprowadził Freund (1) i Falk (2) z tlenkiem węgla, Breslau (3) i Spöndly (4) z gazem świetlnym, Français (5) z amoniakiem. Zweifel (6), Fehling (7) i wreszcie Merttens (8), asystent Ahlfelda, stwierdzili niezawodnie przechodzenie na płód chloroformu przez łożysko. Wiadomą jest rzeczą, że u noworodków w powietrzu wydychanem z płuc znajdowano eter, w razie gdy go matka wdychiwała przed rozwiązaniem. Stwierdzono również, że istoty rozpuszczalne, jeżeli znajdują się we krwi matki w stanie płynnym, niezmienionym, przechodzą przez łożysko na płód, chyba że zmiany krwi są tego rodzaju, iż przeszkadzają ich dyfuzyi. Clonet (9) np. wykazał fosfor w wątrobie płodu, Robolski (10) znalazł rtęć w moczu i smółce płodu, Reinert (11) wykazał w przewlekłem zatruciu matek ołowiem tożsamo cierpienie u wszystkich ich dzieci. O przechodzeniu morfiny do ustroju płodu nie można wątpić na podstawie znanych badań i rozpraw. Co więcej, znane są przypadki, że jeżeli matka była morfinistką, to i płód jej przyzwyczajał się do większych dawek tego środka i mimoto przychodził na świat żywy i donoszony. Kormann (12) n. p. ogłasza przypadek, gdzie matka wyżyła w czasie ciąży conajmniej 6 822 morfiny, a w dniu porodu 0.072. Bureau (13) spostrzegał nawet użycie dziennej dawki jednego grama. Analiza chemiczna wykazała w tym przypadku morfinę we krwi płodu. De Domenicis (14) wykazał, że w ostrem otruciu przez użycie wewnętrzne lub podskórne strychnina przechodzi przez łożysko na płód. Znane są również nieliczne spostrzeżenia, stwierdzające przechodzenie z matki na płód rozpuszczalnych trucizn zwierzęcych, np. toksyn i antytoksyn.

Niektóre przypadki, znane w piśmiennictwie, przemawiają za tem, że szczepienie ochronne przeciwospowe w czasie ciąży udziela się i płodowi. Hernieux (15) podaje, że na 152 noworodków, których matki w czasie ciąży były szczepione, u 106 szczepienie się przyjęło, u 46 nie. Pollak szczepił 46 ciężarnych; z tych na 14 pierwiastek 9 dzieci zostały szczepione ze skutkiem, a 5 bez skutku; u 22 zaś dzieci wieloródek przyjęło się szczepienie w 6 przypadkach, a nie przyjęło się w 16. Zajmujący jest również przypadek, jaki ogłosił Jacoutini (16). Stwierdził on mianowicie na nieżywo urodzonem dziecku zupełnie typowo rozwiniętą osutkę ospową, podczas gdy matka zupełnie była zdrową, ale dwoje żyjących dzieci krótko przedtem przebywało ospę. W tym przypadku matka była wobec ospy odporną, odporność ta jednak nie przeniosła się na płód.

Kilkakrotnie wykazano (Chamberlent (17), Nosse, Daunic (18), typową aglutynacyę krwi płodu w przypadkach, gdzie matka przebyła dur dopiero w ostatnich miesiącach ciąży.

Co się tyczy ciał upostaciowanych, to należy tu wspomnieć o doświadczeniach Reitza (19), Marsa (20) i Perlsa (21), które wykazały przejście tych ciał przez łożysko do płodu; tak n. p. Marsowi na 15 przypadków udało się w 13 wykazać, że ciała upostaciowane dostają się do krążenia płodu. Istnieje nawet spostrzeżenie przerzutu nowotworowego z matki na płód, mianowicie Friedreich (22) opisał przypadek, w którym matka w kilka dni po porodzie zmarła na ogólne zrakowacenie ustroju, a u płodu znalazł przerzut rakowy na kolanie.

Z ciał upostaciowanych żywych, mogących przejść przez łożysko, największą rolę niewątpliwie odgrywają drobnoustroje. Ważne pytanie, czy wogóle drobnoustroje przechodzą z matki na płód, zajmowało i zajmuje po dziś dzień wielu badaczy, mimoto dotychczas jest jeszcze kwestyą sporną. Jedni, jak Birch-Hirschfeld (23), Kubassow (24), Baumgarten (25), Lubarsch (26), sądzą, że przez zdrowe łożysko mogą przejść drobnoustroje; inni natomiast Wolff (27), Wyssokowitsch (28), Malvoz (29) są zdania, że dzieje się to dopiero przy obecności patologicznych zmian jego. Malvoz w swoich doświadczeniach wykazał, że zmiany anatomopatologiczne w łożysku, szczególnie zaś liczne wybroczyny w kosmkach przyczyniają się do tego, że krew w przestrzeniach międzykosmkowych, a zatem matczyna, może się bezpośrednio mieszać z krwią, znajdującą się w naczyniach kosmków, a zatem płodową, a w ten sposób bardzo łatwo zakażenie z matki na płód przejść może.

Wspomniane uszkodzenia łożyska powstają nierzadko pod wpływem chorób zakaźnych, wśród których występują krwawienia do jamy macicy, powodujące częściowe odklejenie się łożyska. Aby drobnoustroje mogły przedostać się do płodu, uszkodzenia łożyska mogą być nawet nieznaczne. Z doświadczeń Charrina i Duclerta (30) wynika

n. p., że jeżeli zwierzęta były poprzednio zatrute (np. kwasem mlekowym lub sublimatem), to przechodzenie drobnoustrojów przez łożysko, mniej odporne wskutek zatrucia zwierzęcia, udawało się lepiej. Ci sami autorowie wstrzykiwali 16 świnkom morskim *bacillus pyocyaneus;* z tych 12 wstrzykiwali równocześnie toksyny, a mianowicie maleinę i tuberkulinę, a następnie w płodach ich zawsze znajdowali prątki, podczas gdy w 4 przypadkach, w których toksyn tych nie wstrzykiwali, prątków nie znaleźli. Autorowie ci sądzą, że toksyny przy chorobach zakaźnych mogą wywołać takie zmiany w łożysku, iż jego siła przesączająca zostaje zmniejszona, a tem samem może się ono stać przepuszczalnem dla drobnoustrojów.

Że śródmaciczne zakażenie płodu jest możliwe, o tem przekonywają nas nietylko doświadczenia na zwierzętach, ale również liczne spostrzeżenia kliniczne w przebiegu niektórych chorób zakaźnych.

Marschaud (31) opisuje przypadek przejścia prątków wąglika z matki na płód; w łożysku zaś samem zmian żadnych wykazać nie mógł. Zakażenie zatem musiało tutaj nastąpić w ten sposób, że prątki wąglika nie wywołały żadnych widocznych zmian w kosmkach, lecz poprostu je przerosły. Na tem stanowisku stoją dzisiaj tak poważni badacze, jak Birch-Hirschfeld, Lubarsch i inni. Dzieje się to zaś u ludzi łatwiej, niż u zwierząt, gdyż budowa łożyska ludzkiego jest delikatniejsza, niż u tych ostatnich. Znane są w piśmiennictwie spostrzeżenia Lebedeffa (32), który znalazł paciorkowce róży w tkance tłuszczowej podskórnej płodu; również spostrzeżenia Doederleina (33) i Zweifla (34) zdają się przemawiać za możliwością śródmacicznego zakażenia nimi. Eberth (35) i Janiszewski (36) wykazali prątki durowe u płodu, H. W. Freund i Levy (37) wykazali je również w łożysku i ciele płodu, urodzonego w czwartym tygodniu choroby matki. To samo stwierdzili Hildebrandt (38), Ernst (39), Frascani (40) i inni (41).

Według spostrzeżeń Soreniego (42) zarazki zimnicy nie przechodzą przez łożysko na płód, a występujące często przy niej poronienie lub przyspieszenie porodu tłómaczy autor nagromadzeniem się pasorzytów w części matczynej łożyska. Przejście prątków cholery kurzej na płód stwierdził Chamberland. Zakażenie śródmaciczne ospą zostało wielokrotnie stwierdzone; niektóre dzieci rodzą się ze śladami po przebyciu tej choroby wewnątrz macicy. Znany Mauriceau n. p. urodził się z bliznami ospowemi. Podobnych przypadków ogłoszono dotychczas kilkanaście. Śródmaciczne zakażenie płonicą zdaje się również nie ulegać wątpliwości. Na 18 przypadków, jakie Ballantyne (42) zebrał z piśmiennictwa, zakażenie nastąpiło również i u płodu i to zdaje się niemal równocześnie z matką, gdyż łuszczenie się wystąpiło równocześnie u matki i u płodu. Przy odrze matki rodzą się dzieci często z wyraźną osutką odrową. W 6 przypadkach wykazał Thomas (43) śródmaciczne zakażenie płodu odrą. Clarus (44) opisuje przypadek śmierci matki w okresie łuszczenia się; płód, urodzony przez cięcie cesarskie, okazywał wyraźną osutkę odrową. W przypadku tym cztery dni przed śmiercią miała chora silny dreszcz i odczuwała gwałtowne ruchy płodu; zdaniem autora w tym czasie właśnie wystąpiła u płodu gorączka, towarzysząca pojawieniu się osutki.

Niepewne są spostrzeżenia Tizzoniego i Cuttaniego (45) co do przejścia cholery azyatyckiej z matki na płód.

Dla szeregu innych chorób zakaźnych ostrych możliwość śródmacicznego zakażenia wykazano tylko doświadczalnie, tak n. p. dla nosacizny Löffler (46), dla wścieklizny Konradi (47).

Co się tyczy chorób zakaźnych przewlekłych, to pomijając kiłę, która niewątpliwie przechodzi z matki na płód, najważniejszą rolę odgrywa gruźlica, uważana przez większość autorów z Baumgartenem na czele za dziedziczną, podczas gdy inni, jak R. Koch i jego uczniowie, a zwłaszcza Cornet, twierdzą, że przeważnie zakażenie następuje dopiero w życiu pozamacicznem. Nie naszą jest rzeczą na tem miejscu rozstrzygać, które z tych zapatrywań jest słuszne; nadmienić jednak musimy, że nie brak spostrzeżeń tak u ludzi, jakoteż i u zwierząt, przemawiających za zakażeniem śródmacicznem. I tak n. p. znany jest przypadek Johnea (48), który u cielęcia, pochodzącego z dotkniętej perlicą krowy, wykazał wyraźną gruźlicę i znalazł prątki. Lebküchner (49) zebrał 12 przypadków z piśmiennictwa, w których na pewno stwierdzono wrodzoną gruźlicę. Niedawno Schmorl i Geipel (50) ogłosili 9 przypadków, w których wykazali rozpadowe ogniska gruźlicze w łożysku, skąd bardzo łatwo mogły przejść prątki gruźlicze na płód.

Jak z powyższego widać, zakażenie płodu śródmaciczne w przebiegu zakaźnej choroby matki przydarza się stosunkowo rzadko, to też sądzimy, że przypadek, który niżej opisujemy, a który spostrzegaliśmy w klinice położniczej lwowskiej, obudzi zainteresowanie.

A. B., lat 39, rz.-kat., wolna, zarobnica, zgłosiła się dnia 24/XI 1904 do kliniki. Rodziła 5 razy siłami natury, na czasie; połogi prawidłowe; nie roniła. Ostatnia regularność z początkiem marca, pierwsze ruchy poczuła w lipcu. Od tygodnia żali się na bole i kłucie w boku prawym, szczególnie od tyłu, dreszcze, uczucie zimna i duszność.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa kościca i odżywienie liche. Sinica na twarzy. Oddychanie powierzchowne, przyśpieszone. Język suchy, obłożony, ciepłota ciała 38·8°. Klatka piersiowa licho wysklepiona, sutki słabo rozwinięte, zawierają klej. Opukiwanie klatki piersiowej wykazuje: po stronie lewej bez zmian, po stronie prawej od tyłu odgłos stłumiony od kąta łopatki. Po stronie lewej u szczytu płuc wdech i wydech zaostrzony, zresztą prawidłowy; po stronie prawej zaś w miejscu opisanego stłumienia wyraźnie oskrzelowy, powyżej również zaostrzony W miejscu stłumienia drżenie wyraźnie wzmożone. Stłumienie serca na prawidłowej przestrzeni, tony serca czyste, tętno dobrze napięte, 92 uderzeń na minutę. Brzuch równomiernie wypuklony przez macicę ciężarną w X-tym miesiącu ciąży. Płód w położeniu czaszkowem drugiem, główka nad wchodem miednicy, ruchoma.

Rozpoznano: *Pneumonia lobi inferioris pulmonis dextri in gravida X m.*

Z powodu braku miejsca w klinice umieszczono chorą w oddziale chorób wewnętrznych szpitala.

W 3 dni później, t. j. d. 27/XI o godz. 2-giej popołudniu przeniesiono chorą napowrót do kliniki z powodu wystąpienia czynności porodowej. Chora podaje, że pierwsze bole wystąpiły u niej o godz. 9-tej rano i że wnet potem odpłynęły wody płodowe. Badanie płuc, oprócz zmian poprzednio znalezionych, wykazało liczne rzężenia grubo i średniobańkowe w okolicy wyżej opisanego przytłumienia. Chora odkrztusza plwocinę śluzoworopną, rdzawą.

Badanie wewnętrzne: Srom wieloródki, wejście do pochwy i pochwa szerokie; błona śluzowa pochwy gładka, rozpulchniona. Część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne rozwarte przeszło na dwa palce. Główka płodu największym obwodem we wchodzie do miednicy wyczuwalna bezpośrednio. O godzinie trzeciej popołudniu po kilku silnych bolach partych urodziła chora płód płci męzkiej, donoszony, żywy.

Zaznaczyć winniśmy na tem miejscu, że drugi okres porodowy trwał bardzo krótko, bo zaledwie kilkanaście minut. Płód po urodzeniu siny, duszność wyraźna, a badanie jego przedmiotowe, przedsięwzięte bezpośrednio po porodzie wykazało:

Ciężar 3200 gr., długość 49 cm., obwód główki 33 cm, barków 34 cm. Opukiwanie klatki piersiowej od przodu i tyłu daje odgłos przytłumiony; osłuchiwaniem stwierdzić można liczne drobnobańkowe rzężenia; szmery oddechowe pęcherzykowe zaostrzone. O godzinie 8-ej wieczorem sinica i duszność wyraźniejsze, a o godzinie 2-giej nad ranem dnia 28/XI, t. j. 11 godzin po porodzie, nastąpiła śmierć płodu wśród coraz bardziej wzmagających się objawów duszności.

Przebieg połogu u matki był następujący: Dnia 28/XI macica na palec niżej pępka, odchody krwawe, duszność znacznie mniejsza; przysłuchem stwierdzić można w płucach liczne grubobańkowe rzężenia. Podano chorej *Inf. r. ipecac. c. Liqu. amon. anis.*

Dnia 29/XI stan ten sam.

D. 30/XI. Chora kaszle, odkrztusza plwocinę śluzowo-ropną. *Inf. Ipecac.* dalej.

1/XII. Macica 3 palce niżej pępka, dobrze zwinięta; w płucach wdech i wydech nieoznaczony, liczne rzężenia

3/XII. Macica do połowy między pępkiem a spojeniem, kaszel o mniejszem nasileniu, plwocina śluzowa. Podano kodeinę.

5/XII. Kaszel nieznaczny; osłuchiwanie wykazuje wdech i wydech pęcherzykowy zaostrzony, nieliczne rzężenia. Kodeina.

Dnia 9/XII. Chora na własne żądanie opuściła klinikę zdrowa.

Sekcyę zwłok płodu przeprowadzono dnia 29 listopada 1904 r. o godzinie 9 rano w Instytucie anatomo-patologicznym.

Protokół: Zwłoki noworodka dobrze rozwiniętego, płci męskiej. Zewnętrzne powłoki, szczególnie zaś twarz i błona śluzowa warg, zabarwione ciemno-sino-czerwono. Pępowina zaschnięta, taśmą zapętlona, zmian żadnych nie okazuje. Podściółki tłuszczowej mierna warstwa. Mięśnie ciemno-czerwone, wiotkie. W żyłach jarzmowych krew ciemnoczerwona, płynna. W jamie brzusznej ułożenie trzew prawidłowe, wątroba nieco obniżona. Otrzewna gładka, lśniąca. Naczynia pępowinowe przy nacięciu poprzecznem zmian nie okazują. Przepona po obu stronach sięga dolnej krawędzi 6-go żebra. Przy otwarciu klatki piersiowej płuca się niezapadają. Worek osierdziowy na małej przestrzeni odsłonięty, w nim odpowiednia ilość płynu jasno-żółtego, przezroczystego. Płuco lewe wielkości i ciężaru nieco powiększonego, opłucna krwawo zabarwiona, bez złogów włóknikowych. Na przekroju ciemno-czerwono zabarwione, powierzchnia nieco ziarnista, bezpowietrzne z wyjątkiem szczytów, zbitości kruchej. Oskrzela światła odpowiedniego, błona śluzowa pokryta mierną ilością śluzu mętnego, podbarwionego krwią. Płuco prawe okazuje tensam obraz. Serce wielkości odpowiedniej; naczynia zawierają krew płynną, ciemno-czerwoną. Zastawki bez zmian. Otwór owalny otwarty, jakoteż przewód Botalla zupełnie drożny, nawet dla zamkniętej pensety. Błona śluzowa przełyku i połyku sino zabarwiona, krtani i tchawicy różowa; w tchawicy nadto znajduje się mierna ilość śluzu. Gruczoły okołooskrzelowe nieco powiększone, soczyste, ciemno czerwone. Grasica wielkości odpowiedniej. Śledziona powiększona, torebka napięta, zbitości dość znacznej, miąższ na przekroju jednostajnie ciemno-czerwony, znacznie przekrwiony, grudki niewidoczne. Obie nerki małe; torebka schodzi łatwo, powierzchnia gładka, wybroczyn żadnych nie widać; — piramidy silnie nastrzykane, zbitości kruchej. W żołądku znajdują się białe, miękkie, serowate masy i nieco jasnej cieczy; błona śluzowa różowo zabarwiona, gładka. Miąższ wątroby jednostajnie brunatno-czerwono zabarwiony, o budowie zrazików niewidocznej, zbitości kruchej. Napełniony woreczek żółciowy zawiera żółtozieloną żółć. W jelicie cienkiem i grubem mierna zawartość treści papkowatej, żółtozielonej; błona śluzowa gładka, grudki i kępki Payera mało widoczne. Gruczoły krezkowe bez zmian. Czaszki nie otwierano.

Na podstawie powyższego obrazu sekcyi wydaliśmy następujące rozpoznanie anatomo-patologiczne: *Pneumonia lobularis haemorrhagica confluens (pseudolobaris) loborum omnium pulmonis utriusque apicibus exceptis. Bronchitis catarrhalis acuta. Tumor lienis acutus. Hyperaemia et degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Ductus Botalli et foramen ovale apertum.*

Badanie bakteryologiczne: Preparat szkiełkowy z miazgi płuca, zabarwiony fuksyną karbolową, wykazał ogromną ilość owalnych diplokoków, niektóre w torebce ułożone; dwoinki te barwią się dobrze metodą Grama. Na agarach glicerynowych, szczepionych kolejno tą samą miazgą płucną, pojawił się po 24 godzinach nalot, składający się z delikatnych, pojedynczych kolonii o wodnistem wejrzeniu, które ze sobą nie spływały się. Część jednej z tych hodowli wstrzyknięto w zawiesinie bulionowej myszce białej do jamy otrzewnej. Myszka zginęła po 24 godzinach, a w wypocinie surowiczej z otrzewnej, jakoteż z wziętej krwi serca, wykazał preparat szkiełkowy nader wyraźne podłużne dwoinki w torebkach. Tak więc drobnoustrój, znaleziony w miazdze płucnej, swoją morfologią, hodowlami, jakoteż zachowaniem się względem białej myszki jest identyczny z diplokokiem Fränkel-Weichselbauma.

Badanie histologiczne: Kawałki płuc, jakoteż innych narządów, utrwalono w formalinie, zatapiano w parafinie i celoidynie, skrawki barwiono hematoksyną Delafielda, eozyną, van Giesonem, nigrozyną — safraniną, Gramem i Weigertem. Preparaty te wykazują następujący obraz: Wśród pęcherzyków płucnych, wypełnionych jużto ciałkami czerwonemi krwi, jużto masą delikatnie siateczkowaną lub ziarnistą, nader blado się barwiącą (obrzęk), — jużteż wśród pęcherzyków o ścianach zupełnie zapadłych (niedodma), znajdujemy pojedyncze pęcherzyki lub całe ich skupienia wypełnione: 1) ciałkami czerwonemi, 2) ciałkami białemi o jądrach nieregularnych lub wielojądrzastych, 3) komórkami pęcherzykowatemi o protoplazmie słabiej się barwiącej, o jądrze okrągłem, podobnem do nabłonków, 4) delikatną siateczką włóknika (wykazanego zapomocą metody Weigerta). Ilościowy wzajemny stosunek wymienionych czterech składników jest najrozmaitszy. Obok pęcherzyków, wypełnionych przeważnie ciałkami czerwonemi, znajdujemy takie, w których ciałka czerwone i białe są w jednakowej ilości, a znowu inne, których treść stanowią wyłącznie te ostatnie. Trzeci rodzaj komórek, widocznie złuszczonych nabłonków pęcherzykowych, zawsze znacznie ustępuje. Co do włóknika zaś, to choć siateczka jego w niektórych pęcherzykach występuje nader wyraźnie, na ogół jednak ilość jego jest skąpa tak, iż zdarza się często pole widzenia, w którem ani jeden pęcherzyk włóknika nie wykazuje. Jako piąty bardzo charakterystyczny i znamienny składnik treści w ten sposób zmienionych pęcherzyków występują drobnoustroje, — opisany diplokok Fränkel-Weichselbauma. Znajdują się one zawsze w ogromnej ilości w świetle pęcherzyków lub oskrzeli wśród wspomnianych powyżej składników, a widać je dobrze nawet na preparatach hematoksylinowych, najwyraźniej naturalnie na preparatach, barwionych metodą Grama lub Weigerta. W przegródkach nie znajdujemy żadnych zmian prócz przekrwienia naczyń włosowatych.

Powyższy obraz histologiczny płuc w zupełności więc potwierdza rozpoznanie makroskopowe: *Pneumonia lobularis (broncho-pneumonia).*

Jeżeliby się ktoś zastanawiał przytem nad nader małą ilością włóknika, to nie należy zapominać, że wprawdzie w zapaleniu zrazikowem płuc składnika tego nigdy nie brak, lecz ilość jego porusza się tu w granicach najszerszych, specyalnie zaś u dzieci ilość włóknika bywa nieraz tak nieznaczna, że już makroskopowo zapalenie takie trudno odróżnić od niedodmy.

W preparatach histologicznych z innych narządów, mianowicie z nerki, wątroby i śledziony, widać ogromne przekrwienie, co da się wytłómaczyć tem, że przewód Botalla znacznie był drożny. W preparatach z tych narządów, barwionych metodą Grama, drobnoustrojów nie znaleziono.

Tak więc z obrazu sekcyjnego, badań histologicznych i bakteryologicznych wynika, że za przyczynę śmierci u 11-godzinnego dziecka należy uważać zapalenie płuc, wywołane przez diplokoki Fränkel-Weichselbauma.

Jeżeli w dalszym ciągu zastanowimy się nad sposobem i źródłem zakażenia pneumokokowego w tym przypadku, to już sam niestosunek wybitnych zmian makroskopowych i histologicznych z jednej strony, a krótkiego trwania życia dziecka z drugiej strony, wyklucza zwykły sposób powstania zapalenia płuc, t. zn. przez dostanie się pneumokoków

do płuc już po urodzeniu, zwłaszcza, że jak spostrzeganie kliniczne wykazuje, zmiany zapalne w płucach można było stwierdzić u płodu bezpośrednio po urodzeniu.

Trudno wprawdzie z obrazu histologicznego zapalenia płuc wnosić o czasie trwania jego i oznaczyć jego początek, gdyż nieraz jednakowa zmiana u różnych osobników w różnym powstaje czasie, zależnie od jadowitości drobnoustroju danego i stanu ustroju, (przypominamy n. p., że u alkoholików zapalenie płuc stosunkowo długo się utrzymuje w okresie zwątrobienia czerwonego); jednakowoż w danym przypadku wobec tak wyraźnie rozwiniętych zmian, (niektóre z pęcherzyków odpowiadają wprost pęcherzykom płuca w okresie szarego zwątrobienia), chyba bez wahania można przyjąć za czas trwania obecnego zapalenia płuc okres co najmniej dwudniowy, a w każdym razie już dłuższy, niż jedenaście godzin.

Tak więc zmuszeni jesteśmy odnieść początek obecnego zapalenia płuc do końcowego okresu życia śródmacicznego i to nawet wtedy, gdybyśmy nie uwzględnili okresu wylęgania, który, jak Netter (51) na podstawie swoich doświadczeń podaje, trwa 5 dni, a wyjątkowo tylko krócej (w jednym przypadku obserwował Netter wystąpienie zapalenia płuc po dwudniowem wylęganiu i w drugim po 36 godzinach). Dedukcya ta z drugiej strony znakomicie zgadza się z obserwacyą kliniczną, która wykazuje, iż matka przebywała w ostatnich dniach ciąży włóknikowe zapalenie płuc. Naturalnem zaś połączeniem dedukcyi powyższej i faktu przytoczonego jest wniosek, iż właśnie zapalenie to płuc matki było źródłem zakażenia płodu.

Nasuwa się następnie pytanie: jakiemi drogami przedostały się drobnoustroje z płuc matki do płuc płodu? Bez żadnych argumentów jest jasnem, że drogą tą mogła być tylko krew matki i że w danym przypadku obok zapalenia płuc musiała się toczyć u matki pneumokokemia.

Przypadki, w których podczas zapalenia płuc lub po niem pneumokok przedostawał się do krwi, gdzie więc chodziło o posocznicę pneumokokową, czyli pneumokokemię, uważane były dawniej za rzadkie (Weichselbaum, Leyden, Goldscheider, (52), Ostrčil (53), Pelnař (54): systematyczne badania kliniczne krwi podczas zapalenia płuc i badania anatomopatologiczne pouczają jednak, że posocznica pneumokokowa jest zjawiskiem bardzo częstem [1]) do tego stopnia, że w najnowszych czasach pojawiły się prace kliniczne, udowadniające, że jednak nie jest ono regułą. Śmiało więc można i w danym przypadku przyjąć, że pneumokoki z płuc matki przeszły w krew jej.

Trudniejszą jednak jest dalsza, od dawna już omamawiana kwestya co do sposobu, w jaki pneumokoki przełamały ową naturalną przegrodę, dzielącą krew matki od krwi płodu. Na wstępie już omówiliśmy historyę tej kwestyi.

Co do naszego przypadku, jeśli wraz z większością przyjmiemy, że zdrowe łożysko drobnoustrojów nie przepuszcza, to wobec tego, iż łożyska histologicznie nie badano (makroskopowo żadnych zmian nie wykazano), można wypowiedzieć tylko przypuszczenia: Albo toksyny krążące w krwi matki obok pneumokoków spowodowały zmiany wsteczne i następnie ubytki (złuszczenia) w nabłonku, okrywającym kosmki, albo też pod działaniem tychże toksyn i drobnoustrojów samych wytworzyły się wybroczyny lub zawały (posocznicze) w przestrzeniach międzykosmkowych, wskutek czego drobnoustroje już łatwo dostały się do wnętrza kosmków.

Możnaby również przypuścić, że podczas czynności porodowej i gwałtowniejszych skurczów macicy mogły nastąpić lekkie uszkodzenia kosmków i w ten sposób krew matczyna mogłaby mieszać się z krwią płodu; tę możebność musimy odrzucić wobec krótkiego trwania czynności porodowej (6 godzin), a zwłaszcza wobec krótkiego trwania 2-go okresu porodowego, a musimy przyjąć, iż zakażenie nastąpiło wcześniej.

Śródmaciczne zapalenie płuc u zwierząt spostrzegali doświadczalnie niektórzy autorowie, n. p. Netter (55), Foa i Uffreduzzi (56) i Ostmann (57). Przypadków wrodzonego zapalenia płuc u ludzi ogłoszono zaledwie kilka.

Pierwszy podobny przypadek opisał Thorner (58) w roku 1889. Mikroskopowo wykazał on metodą Grama w naciekłych partyach płuc wprawdzie diplo- i streptokoki, ale ścisłego badania bakteryologicznego nie przeprowadził tak, iż niemożliwem jest rozstrzygnąć, z jakim drobnoustrojem miał Thorner do czynienia. Pierwszy dokładnie zbadany przypadek ogłasza Netter (59), a później Levy (60); w przypadkach tych autorowie wykazali ten sam drobnoustrój tak u matki, jak i u płodu. Przypadki te wskazują tylko na fakt, iż pneumokoki mogą przejść z matki na płód, ale wcale nie rozjaśniają nam pytania, wśród jakich warunków drobnoustroje przeszły przez łożysko.

Drugą ciekawą kwestyą ze stanowiska biologii jest ta, iż owe pneumokoki, które drogą krwi dostały się do ustroju płodu, zostały tylko w płucach, tu wywołały zapalenie i tam też dały się wykazać, a nie dostały się do innych narządów, n. p. nie wywołały zapalenia nerek lub wątroby. Fakt ten stwierdza miejscowe usposobienie płuc do zakażenia pneumokokami, podobnie jak górne odcinki dróg oddechowych i spojówka usposobione są do zakażenia błoniczego, narząd chłonny przewodu pokarmowego do zakażenia durowego, błona śluzowa kiszek do mętwika cholery i t. d.

Piśmiennictwo. 1) Monatschr. f. G. T. 14, str. 31. — 2) Schmidts Jahrb. T. 205, str. 83. — 3) Monatschr. f. G. T. 13, str. 449. — 4) Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens des Kanton Zürich 1857. — 5) C. f. G. 1877, str. 157. — 6) A. f. G. T. 12, str. 235. — 7) A. f. G. T. 9, str. 313. — 8) Ahlfehld: Lehrb. d. Geb. 1898, II Aufl., str. 233. — 9) Journal de clin. med. Juillet 4860, str. 309. — 10) Inaug. Disser. Halle 1884. — 11) A. f. G. T. 18, str. 109. — 12) Deutsche med. W. 1877, Nr. 30 i 31. — 13) C. f. G. 1895, str. 1359. — 14) Ref. C. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie. T. YV, str. 677. — 15) De la scarl. dans l'etat puerp. Union. med. 1867. — 16) C. f. Bakter. T. 32, str. 79. — 17) Frommel's Jahresb. 1897, str. 615. — 18) Mose i Daunic: Centr. f. allg. Pathologie 1897, Nr. 7. — 19) Centr. f. d. med. Wiss. 1868, Nr 41. — 21) Lehrbuch f. Path. II, str. 260. — 22) Virchows Arch. T. 36. str. 265. — 23), 24) Erbliche Uebertragung von Infektionskrankheiten. Wassermann. — 25) Lehrbuch der pathol. Myk. Bd. 2. — 26) Virchows Arch. T. 124, str. 47. — 27) Ueber erbliche Uebertragung parasitärer Organismen. Virchows Arch. T. 105, str. 192. — 28) C. f. Bakt. Orig. T. 31, str. 691. — 29) Annales de l'Institut Pasteur r. 1888, str. 121. — 30) Ann. de Gyn. 1894 Aug., str. 100. — 31) Über einen merkwürdigen Fall von Milzbrand bei einer Schwangeren mit tödlicher Infektion des Kindes. Vir-

---

[1]) W zakładzie anatomopatologicznym Uniw. lwow. spostrzegano w okresach zapalenia płuc włóknikowego, nieraz w jednym tygodniu po kilka przypadków *endocarditis pneumococcica, nephritis pneumococcica* obok końcowych okresów zapalenia płuc lub też zapalenia płuc przewlekłego

chows Arch. T. 109, str. 86. — 32) Z. f. G. u. G. T. XII, str. 321. — 33) Verh. d deutsch. G. f. Gyn. II, 1888, str. 271. — 34) Lehrb. der Geb. II Aufl., str. 281. — 35) Fortschritte der Medizin 1889, Nr. 5. — 36) Münch. med. Wochenschr. 1893, Nr. 38. — 37) Berl. klin. Wochschr. 1895, Nr. 25, str. 539. — 38) Fortschritte der Medizin 1889, Nr. 23. — 39) Beiträge zur pathol. Anatomie i allgem. Pathol. von Ziegler T. VIII. Z. 1. — 40) Frommels Jahresb. 1892, str. 94. — 41) Giglio (C. f. G. 1890, str. 819), Speier: Inaug. Diss. Bresslau 1891, Etienne: C. f. G. 1896, Nr. 26, str. 697. Dürk: Münch. med. Wochenschr. 1896, Nr. 36, str. 842. — 42) Edinb med. J. 1893, str. 13. — 43) Ziemmsen's Handb. T. II, str. 47. — 44) Klose: Zeitung f. das ges. Medicinwesen 1829, Nr. 3, str. 34. — 45) Zieglers u. Nauwercks Beitr. III, str. 203. — 46) Löffler: Arb. Kais. Ges. A. T. I. — 47) Centr. f. Bakter. T. 38, str. 60 (Ist die Wut vererbbar?). — 48) Birch-Hirschfeld: Lehrb. d. allg. path. Anatomie, str. 329. — 49) Arb. aus dem pathol. Instit. zu Tübingen T. III, 1899 (Przytoczony przes Wassermanna w pr.: „Erbliche Uebertragung von Infektionskrankheiten"). — 50) Tuberkulose der menschlichen Placenta, Münch. med. Wochensch. 1904, str. 1676. — 51) Centralbl. f. Bakt. T. 8, str. 80, ref. — 52) Die Mikroorganismen Flügge T. II, str. 133. — 53) Časopis lékařů českých r. 1898, str. 661. — 54) Časopis lékařů českých r. 1899, str. 93. — 55) Bulletin de la société anatomique, April 1886. — 56) Academie de med., Turin 4 febr. 1887. — 57) Beitrag zur Aetiologie der acuten Cerebrospisnalmeningitis. T. XXII Zb. — 58) Ein Fall von Pneumonia crouposa congenita. München. Inaugural-Dissertation 1884. — 59) Comptes rendus de la société de Biologie. Seance du 9 mars 1889. — 60) Ueber intrauterine Infection mit Pneumonia crouposa, Archiv. f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie T. XXVI, 1890.

II. Stanowisko psychiatryi w rzędzie innych nauk lekarskich, oraz nowoczesne jej zadania i cele.

Wykład wstępny, wygłoszony dnia 16 maja 1905 roku

przez

Prof. Dra Jana Piltza

przy otwarciu katedry psychiatryi i neuropatologii w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

(Dokończenie).

Doświadczenie uczy, że na powstawanie choroby umysłowej składa się nie jedna jakakolwiekbądź przyczyna, ale zwykle cały szereg najrozmaitszych przyczyn, — dlatego też spotykamy w psychiatryi tak wielką różnorodność form klinicznych: nigdy bowiem jeden umysłowo chory nie jest podobny do drugiego. I pogląd, że właściwie niema chorób, a istnieją tylko chorzy, odnosi się do psychiatryi bardziej, niż do każdej innej grupy chorób. Zgodnie też z tem dzisiejsza klasyfikacya chorób umysłowych, — klasyfikacyi tych zresztą mamy tyle, ilu jest psychiatrów, — będzie miała dla nas tylko pewne dydaktyczne znaczenie i służyć będzie tylko do pewnego wspólnego porozumienia się. Główną uwagę będziemy zwracali natomiast na zupełnie wszechstronne i gruntowne badanie umysłowo chorych, gdyż to do zoryentowania się w każdym poszczególnym przypadku i do ocenienia stwierdzonych objawów rozstroju psychicznego najzupełniej nam wystarczy.

Wszystkie dotychczas wymienione pod rubryką *a* i *b* zewnętrzne szkodliwe czynniki mogą wywierać tak ujemny wpływ na mózg, że albo stają się bezpośrednią przyczyną, wywołującą chorobę umysłową, którą wtedy nazywamy nabytą, albo też osłabiają cały ustrój danego osobnika, w szczególności zaś jego komórki zarodkowe, czyli rozrodcze, i to do tego stopnia,że szkodliwy wpływ tych czynników przejawia się dopiero u jego potomstwa — i wtedy albo w formie wyraźnej choroby umysłowej, którą nazywamy wrodzoną chorobą umysłową, albo w formie psychicznego zwyrodnienia, czyli t. zw degeneracyi psychicznej *(Entartung, dégénérescence, déséquilibration mentale)*, lub wreszcie pod postacią t. zw. usposobienia do chorób umysłowych.

Zjawisko to przekazywania potomstwu wrodzonych chorób umysłowych, wrodzonej patologicznej konstytucyi, albo wrodzonego usposobienia do chorób umysłowych, nazywamy dziedzicznością. A ludzi, których przodkowie podlegali szkodliwym wpływom, niszczącym ich ustrój, względnie ich narządy rozrodcze, lub których przodkowie już przechodzili choroby umysłowe, albo nerwowe, lub byli już od urodzenia nieprawidłowymi i posiadali usposobienie do chorób umysłowych, — nazywamy dziedzicznie obarczonymi.

Klasycznym przykładem choroby umysłowej nabytej jest zniedołężnienie, czyli otępienie władz umysłowych, spowodowane kiłą mózgu, albo n. p. taka choroba, jak obłęd opilczy *(delirium tremens)*.

Za klasyczny przykład wrodzonej choroby umysłowej może posłużyć wrodzone niedołęstwo umysłowe (idyotyzm) lub padaczka wrodzona. Wiemy bowiem, że te postacie chorobowe w $^2/_3$ wszystkich przypadków występują skutkiem alkoholizmu rodziców (Bourneville).

Klasycznym przykładem wrodzonej patologicznej konstytucyi, czyli zwyrodnienia psychicznego są wszelkiego rodzaju wrodzone nieprawidłowości charakteru, spotykane u pieniaczy, dipsomanów, różnych konstytucyonalnych psychopatów (Forel) i wogóle ludzi niezrównoważonych *(les dégénérés, déséquilibrés)*.

Wrodzone usposobienie do chorób umysłowych uwydatnia się albo już w dzieciństwie pod postacią słabej odporności ośrodkowego układu nerwowego na różne szkodliwe bodźce zewnętrzne, albo polega na tem, że dzieci, na pozór prawidłowe, mają tego rodzaju konstytucyę mózgu, że pomimo jaknajhigieniczniejszych warunków życia, wśród których się wychowują i żyją, prędzej czy później zapadają na choroby umysłowe.

Dla uzupełnienia dodam tu jeszcze, że dziedziczenie pewnych objawów chorobowych, tak samo zresztą, jak i pewnych cech charakteru lub zdolności, — odbywa się nieraz, jak doświadczenie nas poucza, — nie bezpośrednio z ojca na syna, a tylko z dziadka na wnuka, z przeskoczeniem jednego lub kilku pokoleń. Zjawisko to nazywamy atawizmem.

Dla gruntownego wyświetlenia i ustalenia roli, jaką odgrywa dziedziczność w powstawaniu, a raczej w występowaniu chorób umysłowych, należy zbadać, o ile obarczenie dziedziczne częściej się zdarza u umysłowo chorych, aniżeli u ludzi zdrowych. I tego rodzaju badania należy przeprowadzić zosobna co do każdej poszczególnej formy klinicznej. Tak postawioną została kwestya badania dziedziczności dopiero w ostatniej dobie i posiadamy dotychczas dopiero dwie prace w ten sposób przeprowadzone: jedną Dra Jenny Koller — z kliniki Forela, a drugą — Dra Josta — z kliniki chorób wewnętrznych w Strasburgu, podjętą jednak z inicyatywy Kräpelina. Jost znalazł, że tylko 3% ludzi zdrowych posiada obarczenie dziedziczne chorobami umysłowemi. Jenny Koller natomiast wykryła obarczenie dzie-

dziczne chorobami umysłowemi, nerwowemi lub alkoholizmem — w połowie przypadków u ludzi zdrowych (czyli u 50% ludzi zdrowych). Jak widzimy, dalsze badania w tym kierunku są bardzo pożądane i będą miały niewątpliwie wielkie znaczenie Tylko należy przeprowadzić je na większą skalę, t. j. rozciągnąć spostrzeganie na większą liczbę przypadków i trzymać się przy badaniu jednych i tych samych metod. W każdym razie już teraz z dwóch wyżej wymienionych prac wynika z całą pewnością, że charakter obarczenia dziedzicznego, spotykanego u ludzi zdrowych, jest w każdym razie odmienny od charakteru obarczenia dziedzicznego u umysłowo chorych i nietylko pod względem ilościowym, ale, co jest bardzo ważnem, i pod względem jakościowym. Jenny Koller wykazała bowiem, że obarczenie dziedziczne niedołęstwem starczem *(dementia senilis)* i chorobami nerwowemi ma daleko mniejsze znaczenie w powstawaniu chorób umysłowych, aniżeli obarczenie dziedziczne innemi chorobami umysłowemi, różnemi nieprawidłościami charakteru lub alkoholizmem.

Zastanowiwszy się nad właściwą istotą chorób umysłowych, nad metodami badania umysłowo chorych, nad tem, jak ważnem jest umienie psychiatryi nietylko dla każdego lekarza praktyka, ale nawet jak wielkie znaczenie ma ono nawet i dla prawników, — przechodzimy teraz do omówienia, w najogólniejszych zarysach, metod leczenia umysłowo chorych. Zgodnie z tem, co wyżej wypowiedziałem, musimy w psychiatryi leczyć nie chorobę, lecz chorego. Indywidualizowanie w leczeniu umysłowo chorych (i w postępowaniu z nimi) jest dzisiaj podstawą racyonalnej terapii psychiatrycznej.

Racyonalnie leczyć umysłowo chorych można jedynie w odpowiednio urządzonych klinikach psychiatrycznych lub szpitalach dla umysłowo chorych.

Jak powinna być urządzona wzorowa nowoczesna klinika psychiatryczna? Powinna być urządzona tak, ażeby każdy nowowstępujący chory mógł być zaraz po wzięciu kąpieli oczyszczającej położony do łóżka na sali t. zw. obserwacyjnej, gdzieby znalazł nietylko odpowiednią opiekę, trwającą bez przerwy i we dnie i w nocy, ale także i ścisły nadzór wobec tego, że umysłowo chorzy bywają często niebezpieczni nietylko dla siebie, ale i dla otoczenia. Ażeby jednak niespokojni chorzy nie niepokoili spokojnych, we wzorowo urządzonej psychiatrycznej klinice powinny istnieć dwie takie sale obserwacyjne, jedna dla chorych spokojnych, druga dla niespokojnych.

Przez położenie umysłowo chorego do łóżka usuwamy odrazu cały szereg objawów chorobowych. Jest to może dla badania mniej dogodne, ale za to dla chorego zbawienne. Nie ulega wątpliwości bowiem, że leżąc wygodnie w łóżku, chory prędzej się uspakaja. Zresztą wogóle w łóżku przywykliśmy zachowywać się spokojnie. Wpływ tego przyzwyczajenia uwydatnia się i u umysłowo chorych, nieraz nawet do tego stopnia, że niejeden chronicznie chory umysłowo, nawet bardzo rozdrażniony, znakomicie uspokaja się z chwilą położenia go do łóżka. Chorzy gwałtowni są w łóżku mniej niebezpieczni, niż wtedy, kiedy w ubraniu i w obuwiu spacerują po sali, bo z leżącego położenia daleko trudniej im wykonać jakiś napad Chorzy zanieczyszczający się nieraz z chwilą położenia ich do łóżka przestają się zanieczyszczać. Na ten jeszcze szczegół chciałbym zwrócić uwagę, że często nowowstępujący chorzy dobijają się do drzwi, gdyż im się zdaje, że w taki prosty sposób uda im się wydostać się z zakładu. Leżąc w łóżku, chorzy nie odczuwają tego tak bardzo, że znajdują się w zakładzie zamkniętym i stopniowo z tem się oswajają.

Już zazwyczaj po paru dniach pobytu chorego na sali obserwacyjnej oryentuje się psychiatra co do rodzaju choroby jego i zdaje sobie sprawę z tego, czy chory powinien pozostać na sali obserwacyjnej w celu stosowania u niego metody leżenia w łóżku (*Bettbehandlung*, *traitement au lit*), czy też może wstać z łóżka, aby po paru dniach być przeniesionym do odpowiedniego dla niego oddziału, gdzieby mógł zająć się jakąkolwiekbądź pracą, lub znaleźć rozrywkę.

Nie mogę w tym ogólnym zarysie opisywać rozmaitych metod leczenia, stosowanych w różnych chorobach: chciałbym jednak zwrócić uwagę przynajmniej na najgłówniejsze zasady, jakich trzymamy się obecnie w psychiatryi. Nieodzownym warunkiem racyonalnego postępowania z umysłowo chorymi jest zupełna otwartość i bezwzględna prawdomówność w stosunkach z nimi. Poza tem najgłówniejszymi środkami nowoczesnej terapii w psychiatryi są:

1) psychoterapia w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu;

2) metoda leżenia, czyli trzymania chorych w łóżku (*Bettbehandlung*, *traitement au lit*);

3) stosowanie kąpieli letnich przedłużonych (*Dauerbäder*, *bains permanents*) i

4) zajęcie chorych pracą (*Beschäftigungstherapie*).

System budowy kliniki, jej wewnętrzne urządzenia, nieprzepełnienie chorymi i dostateczna liczba dobrze wyposażonej i wykwalifikowanej służby — są to niewątpliwie nieodzowne warunki dla przeprowadzenia racyonalnego leczenia chorych. Poza tem jednak najważniejszym czynnikiem racyonalnego oddziaływania na chorych jest atmosfera duchowa, jaka panuje w zakładzie, — a ta zależy w zupełności od szczerego zapału, sumienności, gruntownej znajomości psychiatryi i od warunków, które mogą zapewnić lekarzom zakładowym spokój i równowagę umysłową, t. j. od dobrego uposażenia lekarzy zakładowych.

Klinika psychiatryczna powinna być modelem, na którym wzorować się powinny szpitale dla umysłowo chorych, a z drugiej strony szkołą dla przyszłych lekarzy szpitalnych.

Prócz klinik uniwersyteckich w każdym kraju powinny istnieć w większych miastach nieuniwersyteckich mniejsze szpitale dla umysłowo chorych, wyposażone we wszelkie środki lecznicze i urządzone tak, aby były przygotowane do przyjmowania przypadków ostrych, względnie dość często zmieniającego się materyału klinicznego. Na prowincyi zaś powinny istnieć większe szpitale dla umysłowo chorych, połączone z gospodarstwem rolnem, budowane według systemu pawilonowego i przeznaczone dla przewlekle chorych, przybywających z kliniki uniwersyteckiej, albo z tych mniejszych szpitali miejskich i wymagających dłuższej opieki lub stałego pobytu (*längere Pflege oder dauernde Versorgung*). W tych prowincyonalnych szpitalach dla umysłowo chorych powinno się stosować, przynajmniej co do niektórych pawilonów, względnie oddziałów, system

drzwi otwartych (*Offen-Thür-System*), dalej powinno się stosować system kolonizowania umysłowo chorych i system t. zw. rodzinnego pielęgnowania umysłowo chorych (*familiäre Verpflegung von Geisteskranken*), polegającego na umieszczaniu spokojnych i nie niebezpiecznych umysłowo chorych u rodzin w sąsiedztwie zakładu, t. j. poza zakładem, ale jednak pod pewną kontrolą zakładu, na wzór istniejących już tego rodzaju urządzeń w Alt-Scherbitz (w Saksonii) i w Gheel (w Belgii).

Jak widzimy, nowoczesna terapia chorób umysłowych nie ogranicza się jedynie do udzielenia pomocy lekarskiej umysłowo chorym podczas ich pobytu w szpitalu lub klinice, ale rozpościera swoją opiekę daleko poza obręb murów szpitalnych i wkracza w dziedzinę t. zw *psychiatriae extra muros*. Do takiej działalności zaliczyć wypada również i opiekę, jaką towarzystwa opieki nad umysłowo chorymi, — o których poniżej powiem słów parę, — otaczają niezamożnych ozdrowieńców, opuszczających klinikę psychiatryczną, — w celu zabezpieczenia ich przed nawrotem choroby umysłowej.

Daleko skuteczniejszą i bardziej owocną od terapii jednostkowej, polegającej na leczeniu jednostki, jest w psychiatryi niezaprzeczenie terapia rodzajowa, czyli społeczna, polegająca na leczeniu całego społeczeństwa, mająca na względzie całe społeczeństwo, całą ludzkość. Jak wielkie ma znaczenie w psychiatryi terapia rodzajowa, opierająca się głównie na działalności zapobiegawczej, polegającej na usuwaniu lub zwalczaniu przyczyn powstawania chorób umysłowych, dowodzi chociażby ten fakt, że w Szwecyi i Norwegii z zmniejszeniem się alkoholizmu, na co wpłynęło rozpowszechnienie ruchu abstynenckiego, liczba umysłowo chorych w ostatnich czasach znacznie się zmniejszyła tak, że dziś są to jedyne kraje, w których szpitale dla umysłowo chorych nie są przepełnione. Wobec tego nie powinniśmy się dziwić, że lekarzy-psychiatrów tak często spotykamy w szeregach walczących z głównemi przyczynami chorób umysłowych.

Dla wypełnienia obowiązków psychiatryi społecznej, daleko wychodzącej poza zakres najbliższych zadań tej nauki, psychiatrzy nie posiadają ani dość czasu, ani odpowiednich środków. Dlatego też zazwyczaj powołują oni do wspólnej pracy na tem polu oprócz lekarzy, także i ludzi, którym zdrowie fizyczne i moralne całego społeczeństwa względnie całej ludzkości, leży na sercu. Najpraktyczniejszą formą tego rodzaju zrzeszania się okazały się t. zw. towarzystwa opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi.

Zadaniem takich towarzystw powinno być:

1) uświadamianie ogółu o zagadnieniach, dotyczących umysłowo chorych;

2) rozwijanie jaknajszerszej i jaknajskuteczniejszej pomocy i opieki nad umysłowo chorymi i

3) zapobieganie chorobom umysłowym.

Dla uświadomienia ogółu o tych sprawach służą następujące środki: rozpowszechnianie wśród ogółu istotnych pojęć o chorobach umysłowych zapomocą popularnych broszur i odczytów; zwalczanie istniejących przesądów o umysłowo chorych i zbieranie ścisłych statystycznych dat o liczbie umysłowo chorych i o warunkach, w jakich oni żyją.

W celu zapewnienia umysłowo chorym odpowiedniej pomocy i opieki w jaknajszerszem tego słowa znaczeniu, należy otwierać potrzebną liczbę psychiatrycznych szpitali, oddzielnych dla chorych z charakterem ostrym cierpienia, wymagających specyalnych metod leczenia; oddzielnych (przy których istniałyby duże gospodarstwa rolne) — dla chorych o przewlekłych cechach choroby; oddzielnych — dla alkoholików; oddzielnych przytułków dla idyotów; oddzielnych dla padaczkowych; oddzielnych zakładów lekarsko-wychowawczych dla lżejszych form psychopatyi konstytucyonalnej, n p. dla dzieci z różnemi wadami charakteru; oddzielnych — dla słabo rozwiniętych, nieudolnych dzieci, mogących jednak uczyć się (*Anstalten für schwachsinnige, oder schwachbegabte, aber bildungsfähige Kinder*), i wreszcie oddzielnych zakładów dla najcięższych form psychopatyi konstytucyonalnej, t. j. dla t. zw. „natur zbrodniczych" (*Verbrechernaturen*).

Dla przygotowania odpowiednio wykwalifikowanych, łagodnych i cierpliwych dozorców i pielęgniarek powinny istnieć specyalne szkoły lub kursa przy klinice psychiatrycznej, albo przy szpitalu dla umysłowo chorych. Jednocześnie należy walczyć z istniejącemi uprzedzeniami ogółu względem zakładów psychiatrycznych i rozpowszechniać wśród ogółu to przekonanie, że leczyć umysłowo chorych racyonalnie, lub zapewnić im odpowiednią opiekę — można właściwie tylko w dobrze urządzonych szpitalach psychiatrycznych i że im wcześniej chory dostaje się do szpitala, tem ma względnie więcej widoków poprawy zdrowia lub wyleczenia się. W tym celu należy też starać się o możliwe uproszczenie formalności, wymaganych przy wstępowaniu umysłowo chorych do szpitalów psychiatrycznych.

Zapobieganie chorobom umysłowym polega na pouczaniu ogółu o przyczynach powstawania chorób umysłowych, t. j. na rozpowszechnianiu właściwych pojęć o znaczeniu dziedziczności i przeciwdziałaniu zawieraniu związków małżeńskich pomiędzy osobami, usposobionemi wskutek obarczenia dziedzicznego do chorób umysłowych; na rozpowszechnianiu w szerokich kołach społeczeństwa właściwych pojęć o racyonalnem wychowaniu dzieci, o szkodliwości silnych i nagłych zmian w nastroju moralnym dzieci, czyli o szkodliwym wpływie t. zw. silnych afektów, o szkodliwości przedwczesnego pobudzania i wytężania sił umysłowych dziecka kosztem zdrowia całego ciała, o potrzebie harmonijnego rozwijania ciała i duszy, o konieczności zwrócenia szczególniejszej uwagi w wychowaniu dzieci w domu i szkole na kształcenie charakteru i o szkodliwości zmuszania młodzieży do poświęcania się zawodom, dla niej nieodpowiednim. Jednym z najskuteczniejszych środków, dążących do zapobiegania chorobom umysłowym, jest — jak już wyżej zaznaczyłem — zwalczanie alkoholizmu i kiły.

Zwalczać alkoholizm należy zapomocą szerzenia odpowiednich broszur, wygłaszania odczytów i zakładania naukowych, albo sportowych towarzystw zupełnej wstrzemięźliwości od napojów wyskokowych.

Jasnym dowodem tego, jak wybitną rolę odgrywa wyskok w powstawaniu chorób umysłowych, może być fakt, że $^1/_4$ część ogólnej liczby chorych, wstępujących do zakładów psychiatrycznych w Austryi, w Niemczech i w Szwajcaryi, cierpi na choroby umysłowe, wywołane przez alkoholizm

Oprócz bezpośredniej roli odgrywa alkohol często rolę pośrednią w powstawaniu chorób umysłowych: według Forela z 182 ludzi cierpiących na kiłę, 139 zaraziło się w stanie nietrzeźwym, — a przecież wiadomą jest rola kiły w wywoływaniu tak dziś rozpowszechnionej choroby umysłowej, jaką jest porażenie postępujące. Kraepelin jest tego zdania, że gdyby udało się kiłę i alkoholizm wyrugować ze świata, to liczba umysłowo chorych zmniejszyłaby się co najmniej o $^1/_4$ część, a w dużych miastach może więcej, niż o połowę.

W celu zapobiegania chorobom umysłowym należy jeszcze, — oprócz zwalczania przyczyn, wywołujących choroby umysłowe, — otoczyć odpowiednią specyalną opieką z jednej strony tych, którym grozi choroba umysłowa, a z drugiej strony tych, którym grozi nawrót choroby umysłowej. Dla pierwszej kategoryi trzeba stworzyć — zupełnie niezależnie od szpitali dla umysłowo chorych — sanatorya, w którychby znajdowali oprócz zawodowej porady troskliwą opiekę i odpowiednie leczenie. Temu zadaniu znakomicie odpowiada niedawno wszczęty ruch, zmierzający do stworzenia i powołania do życia sanatoryów dla niezamożnych nerwowo chorych. Ponieważ przyjmowanie chorych do tych zakładów nie będzie krępowane żadnymi przepisami prawnymi, to można mieć nadzieję, że nowa ta forma zakładów leczniczych będzie w przyszłości służyć i do tego, aby chorym, cierpiącym na lżejsze formy rozstroju psychicznego, dostarczyć odpowiedniej pomocy lekarskiej poza domem i przez to zapobiedz rozwijaniu się cięższych form rozstroju psychicznego.

Obowiązek opiekowania się tymi, którzy po przebyciu psychozy opuszczają szpitale dla umysłowo chorych, w celu zabezpieczenia ich przed nawrotem choroby umysłowej, biorą na siebie, — jak już wspomniałem, — towarzystwa opieki nad umysłowo chorymi. W Szwajcaryi zajmują się tem specyalne komitety, wybierane z łona towarzystwa, złożone przeważnie z pań — nie tyle protektorek, ile działaczek czynnych, — które znakomicie ułatwiają lekarzom zakładowym ich zadanie, a to w sposób następujący: gdy niezamożny ozdrowieniec po przebyciu ciężkiej choroby umysłowej opuszcza szpital, nie jest on zazwyczaj jeszcze zupełnie zdolny do podjęcia zwykłej walki o byt na równi ze zdrowymi, a materyalnie bardzo często bywa zrujnowany. Należy się więc nim zaopiekować. Otóż w Szwajcaryi komitety pań roztaczają nad nim swoją opiekę, wspomagają go materyalnie, wyszukują mu odpowiednie zajęcie, odwiedzają go, dbają o to, aby nie był zbytnio przeciążony pracą, aby obchodzono się z nim łagodnie i z wyrozumiałością, — a w razie ponowienia się pierwszych objawów choroby, umieszczają go w razie potrzeby na koszt towarzystwa w szpitalu.

Najstarszem ze szwajcarskich towarzystw opieki nad umysłowo chorymi jest Towarzystwo w Zurychu, założone w roku 1875 przez słynnego psychiatrę szwajcarskiego Forela. Głównie dzięki inicyatywie i zabiegom tego towarzystwa kwestya opieki nad umysłowo chorymi w kantonie zurychskim postawiona jest dziś, rzec można, wzorowo. Na 420.000 ludności posiada kanton zurychski aż 3 szpitale dla umysłowo chorych z ogólną liczbą miejsc 1500. Oprócz tego istnieje tam od roku 1899 założony przez Forela słynny zakład dla alkoholików Ellikon i prześliczny szwajcarski zakład dla padaczkowych.

Wymownym dowodem tego, jakie wyniki osiąga się w psychiatryi dzięki opiece właściwej, jest fakt, że osobiście dobrze mi znany, szewc z zawodu, pan Bosshardt, który, wskutek pijaństwa zrujnowawszy siebie i swoją rodzinę, dostał się przed kilkunastu laty do psychiatrycznej kliniki w Burghölzli pod Zurychem, jest dziś z inicyatywy profesora Forela dyrektorem słynnego zakładu dla alkoholików w Ellikonie i prezesem Towarzystwa byłych pacyentów Ellikonu „Sobrietas“. Są to naturalnie idealne warunki opieki psychiatrycznej, do których dążyć należy.

Jeżeli na zakończenie zwrócimy teraz naszą uwagę na Galicyę i przyjmiemy, że w Galicyi, liczącej obecnie blizko 8,000.000 ludności, przypada 1 umysłowo chory na 600 mieszkańców, to wypadnie, że w Galicyi wraz z idyotami może być około 13.000 umysłowo chorych.

Ponieważ jednak zwykle tylko $^1/_3$ część ogólnej liczby umysłowo chorych wymaga specyalnego leczenia i opieki w szpitalach dla umysłowo chorych, — boć przecież wszędzie więcej jest umysłowo chorych poza zakładami, niż w zakładach, — to wypadałoby, że w Galicyi powinno być w szpitalach dla umysłowo chorych miejsc co najmniej 4000, a nie 1138 [1]), jak obecnie.

Dowodem tego jednak, że zainteresowanie się sprawą umysłowo chorych w kraju budzić się zaczyna i że Rząd także bardzo przychylnie odnosi się do tej sprawy, jest fakt stworzenia w uniwersytetach w Krakowie i we Lwowie katedry psychiatryi i neuropatologii i zamiar wybudowania klinik psychiatryczno-nerwowych w Krakowie i we Lwowie, w których nietylko będą czerpać wiedzę psychiatryczną przyszli lekarze, ale w których także znajdzie odpowiednią pomoc i opiekę znaczna liczba umysłowo chorych.

Dla stworzenia w zachodniej Galicyi nauki psychiatrycznej i dla urzeczywistnienia tych pięknych i ważnych zadań, jakie ma dziś przed sobą opieka nad umysłowo chorymi, w celu polepszenia losu tych najnieszczęśliwszych, katedra psychiatryi i neuropatologii i przyszła klinika psychiatryczno-nerwowa będą potrzebowały dużego poparcia i ze strony uniwersytetu i ze strony społeczeństwa. Mam głęboką nadzieję, że nam swej pomocy ani uniwersytet, ani społeczeństwo nie odmówi.

III. Wyciągi.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Lipschütz. **O zadawaniu przetworów jodu przez skórę.** *(Archiv für Dermat. u. Syph.*, 1905, Tom 74, Z. 2 i 3). Wessalność jothionu i innych przetworów jodu przez skórę badał L. zapomocą doświadczeń na zwierzętach i ludziach. Okazało się, że pomimo lotności jothionu pojawianie się jego w ślinie i w moczu po zastosowaniu naskórnem jest rzeczywiście skutkiem wessania jedynie przez skórę, a wcale nie przez drogi oddechowe. Ślady jodu wykazać można w ślinie i w moczu już po wtarciu 0,005 jothionu (zawartego w maści) = około 0,004 jodu. Czy jothion wnika do ustroju przez naskórek wogóle, czy też tylko przez gruczoły łojowe i potne, stanowczo orzec nie można. Wessanie jothionu następuje bardzo szybko: w ślinie stwierdza się pierwsze ślady odczynu już po 15, w moczu po 40 minutach. Również szybko zostaje jod po użyciu jothionu z ustroju wydalony: w 3—4 dni po pędzlowaniu znika jod zupełnie z wydzielin. Przez doswiadczenia porównawcze przekonał się L., że z nalewki jodowej przy zastosowaniu naskórnem nie dostaje się do ustroju

[1]) Zakład w Kulparkowie ma 1000 miejsc; oddział dla umysłowo chorych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie — 115; prywatny zakład prof. Żuławskiego w Krakowie — 8; prywatny zakład Dra Dubińskiego we Lwowie — 15.

nie, a z maści, zawierających jodek potasowy, niewiele jodu, oraz zdołał stwierdzić, że wessalność przetworów jodowych przez skórę zależy wogóle od następujących czynników: 1) Zastosowany przetwór wtedy tylko może być przez skórę wessany, jeżeli jest rozpuszczalny w tłuszczu skórnym. 2) Wessanie zależy zarówno od ilości zastosowanego środka, jak i od 3) czasu działania, oraz 4) od tego, na jak wielką przestrzeń skóry środek zastosowano. 5) Zaprawa środka (*vehiculum*) odgrywa pewną rolę, mianowicie niektóre zaprawy mogą przeszkodzić wessaniu wessalnego zresztą związku jodowego. 6) Lotność związku i 7) czynnik mechaniczny nie mają większego znaczenia. — Leczniczo stosował L. jothion tylko jako pędzlowania, po zaschnięciu pudrując zapędzlowane miejsca. Na nszkodzone miejsca skóry, rany i t. p. L. jothionu nie stosował. Obok jothionu nie używał L. żadnego innego leczenia. Do pędzlowania zużywał 2—5 cm.³ leku w ciągu 2 do 5 minut; pędzlowań wykonywał stosownie do przypadku 10 do 35. Z 30 przypadków kiły trzeciorzędnej, leczonych w ten sposób, był w 28 wynik doskonały; skutku nie było tylko w 2 przypadkach. U trzeciej części leczonych zdarzyły się lekkie przypady zatrucia jodem, ustępujące jednak łatwo po 1—2-dniowej przerwie leczenia. U 2 chorych zdarzyły się rumieniowate osutki bez innych objawów jodzicy. Trzecia część chorych doznawała uczucia palenia w skórze wkrótce po pędzlowaniu. — L. uważa leczenie jothionem za wskazane u chorych, którzy nie znoszą jodu, podawanego wewnętrznie, lub u których zależy na miejscowem zastosowaniu tego leku. *B.*

Asch. **Działanie wstrzykiwań sublimatowych na błonę śluzową cewki moczowej.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 25). Leczenie rzeżączki wstrzykiwaniami, jakie chory sobie sam bez zasięgnięcia porady lekarskiej stosuje, może dawać powód do poważnych następstw, zwlaszcza jeżeli w tym celu użyto stężonych rozczynów środków antyseptycznych. Autor spostrzegał w pięciu przypadkach ujemne następstwa po wstrzykiwaniu rozczynów sublimatu do cewki. Nasilenie zmian zapalnych, jakie w cewce moczowej wywołują wstrzykiwania sublimatowe, zależy od stężenia użytego rozczynu. Co do objawów, to po wstrzyknięciu rozczynu sublimatu 1:500 w przypadku, opisanym przez autora, wystąpiło natychmiast zatrzymanie moczu, obrzęk całego prącia, silny ból i pieczenie w cewce. Badanie światła cewki zapomocą sondy wykazało dwa zwężenia w części przedniej cewki, a jedno w tylnej. Przy badaniu uretroskopem dostrzegał autor w tych przypadkach liczne białe postronki skośne i poprzeczne, oraz płaskie nacieki na błonie śluzowej cewki. Jako leczenie poleca Asch pędzlowanie miejsc naciekłych jodyną przy pomocy uretroskopu i następne rozszerzanie zwężeń sondami metalowemi. *Stopczański.*

LARYNGOLOGIA. Henking. **O przyczynach i leczeniu groźnych krwotoków po usunięciu migdałków podniebiennych.** (*Archiv f. Laryng.*, 1905, Bd. XVII. H. 1). Temat ten opracowany jest na podstawie 150 przypadków, zebranych przez asystentów kliniki Mosetig-Moorhofa (Damianos i Hermann) i 6 własnych. Przyczyny silnych krwawień bywają następujące: 1) krwawiączka (*haemophilia*); statystyka autora wykazuje jednak, iż krwawiączkę na 150 przypadków spostrzegano tylko w 5; z ośmiu zaś przypadków śmierci powodem jej była krwawiączka tylko dwa razy. Tak więc krwawiączka, jako przyczyna krwotoków, odgrywa bardzo nieznaczną rolę. 2) Zranienie większych lub mniejszych naczyń i to głównie tętniczych. Zranienie tętnicy szyjnej wewnętrznej (*carotis interna*), gdy wycięcie migdałków wykonuje lekarz, t. j. przy użyciu tonsylotomu jest wprost niemożliwe, przy operowaniu zaś nożem dałoby się wytłómaczyć jedynie niezgrabnością lekarza i szybkim niespodziewanym ruchem pacyenta. Nieprawidłowości zaś w przebiegu tętnicy szyjnej wewnętrznej w tym stopniu, by mogły być przyczyną zranienia jej przy tonsylotomii, są nieznane. Znany jest jeden tylko przypadek zranienia tej tętnicy przy tonsylotomii, opisany przez Beclarda w Angers; tonsylotomu jednak nie wykonywał lekarz, lecz zwykły szarlatan. Możliwe jest atoli zranienie przy nieprawidłowym przebiegu tętnic: szczękowej wewnętrznej, językowej, wstępującej gardła. Przyczyną znacznego krwawienia może być przecięcie tętnicy migdałkowej (*arteria tonsillaris*), lub też jej gałązek. Może nastąpić to przy użyciu tonsylotomii wtedy, gdy migdałek silnie wyciągamy na zewnątrz z zatoki międzyłukowej, przy użyciu zaś noża lub nożyczek, gdy wycinamy w zupełności migdałek. By tego uniknąć, powinno się wycinać tylko część, wystającą poza łuki podniebienne. W wielu atoli przypadkach wytłómaczenia silniejszego krwawienia nie znajdujemy. Autor wskazuje na jedną przyczynę silnego krwawienia, którą napotkał we wszystkich 6 przypadkach, przez siebie opisanych: ma to być zranienie łuku, a mianowicie górnej części łuku tylnego. Zranienie tego miejsca tłómaczy autor w sposób następujący: przy ruchu wymiotnym, powstającym przy założeniu tonsylotomu, wskutek skurczu mięśnia podniebiennogardłowego następuje jakby okręcenie migdałka tak, że jego wolna powierzchnia, zwrócona ku wewnątrz, skierowaną zostaje ku przodowi, przez co łuk tylny dostaje się w obręb pierścienia tonsylotomu. Wybitniej wystąpi to przy migdałkach płaskich, a zato sięgających nizko ku dołowi; szczególnie przy zrostach łuków z powierzchnią migdałka. Autor doradza w razie silniejszego krwawienia ucisk palcem na miejsce krwawiące. (*Dopisek sprawozdawcy:* Ucisk palcami stosowany jest już oddawna w klinice Prof. Pieniążka. W klinice tej stosowane są tonsylotomy bez śrubki podtrzymującej widełki; celem tego urządzenia jest, aby nie wyciągać migdałka z zatoki podniebiennej, przyczem unika się przecięcia samej tętnicy migdałkowej lub też głównych jej gałązek). W razie gdy ucisk palcami nie wystarcza, doradza autor podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej. Z 7 przypadków, w których podwiązano tę tętnicę, 5 wyzdrowiało, 2 umarło, u jednego przyczyna śmierci jest autorowi nieznana; w przypadku drugim u krwawca przyczyną śmierci było zakażenie po podskórnem wstrzyknięciu żelatyny. *Nowotny.*

Thost. **Dwa przypadki ciał obcych w oskrzelach.** (*Monatschrift f. Ohrenhlk.*, 1905, T. XXXIX, Nr. 4). Chłopak 8-letni aspirował metalową blaszkę wewnętrzną od rączki do pisania, długości 2.2 cm. Początkowy silny napad duszności przeszedł w lekką duszność. U Thosta zjawił się chory dopiero trzeciego dnia. Badanie wykazało, co następuje: lekka duszność i sinica, po stronie prawej w górze i od tyłu przytłumienie, tamże słyszalny dokładnie szmer zwężenia, ponad prawym płatem dolnym osłabienie szmerów oddechowych, rozległe zapalenie oskrzeli, ciepłota 37·8; na Roentgenogramie widać ciało obce bardzo wyraźnie, ułożone poprzecznie pomiędzy 4—5 kręgiem piersiowym blizko kręgosłupa. Następnego dnia po przyjęciu próbuje Thost w uśpieniu bronchoskopii górnej, bronchoskopu jednak, ponieważ był za szeroki, wprowadzić nie mógł; tracheotomia dolna, bronchoskopia dolna, ciała obcego atoli ani wyczuć zgłębnikiem, ani wydobyć nie można. Podczas tego występuje odma podskórna w okolicy rany tracheotomijnej, wobec czego dalsze zabiegi przerwano. Przez dwa dni następne dziecko silnie gorączkuje, drugiego dnia wieczorem wśród objawów odmy płucnej śmierć. Prób wydobycia ciała obcego już więcej nie podejmowano. Sekcya obok objawów odmy płucnej wykazała: ciało obce znajduje się w oskrzelu, prowadzącem do dolnego płatu płuca prawego; błona śluzowa i w tem miejscu i jeszcze na pewną długość poniżej jest pokryta grubą błoną włóknikową. Według oceny Killiana w przypadku tym wydobycie ciała obcego nawet przy bronchoskopii górnej było możliwe. W przypadku drugim: trzechletni chłopak aspirował śrubkę żelazną długości $2^{1}/_{2}$ cm. Badanie Roentgenem wykazuje obecność jej w oskrzelu lewem pomiędzy 5—6 kręgiem piersiowym. Lekka duszność i sinica, lewa połowa klatki piersiowej porusza się wyraźnie gorzej, ciepłota 39,4, tętno 120. Dr. Burk podał myśl wyjęcia ciała obcego przy pomocy elektromagnesu. Siódmego dnia po aspiracyi próba wyjęcia przy bronchoskopii górnej; przy wprowadzeniu jednak bronchoskopu do lewego oskrzela skutkiem ucisku na prawe następuje tak silna duszność, iż bronchoskop musiano natychmiast wyjąć. Tracheotomia, bronchoskopia dolna, ciało obce obniżyło się, znajduje się ono w oskrzelu, prowadzącem do płatu górnego; daremne próby wyjęcia szczypczykami. Dopiero gdy po nastawieniu bronchoskopu światłem na ciało obce wprowadzono elektromagnes, razem z bronchoskopem wysunęło się ku zewnątrz i ciało obce. Po kilku dniach wyszedł pacyent zdrowy do domu. *Nowotny.*

Spiess. **Zastosowanie ciśnienia ujemnego w leczeniu suchych i zanikowych nieżytów nosa i gardła.** (*Archiv für Laryng.*, 1905, Bd. XVII. H. 2). Przyrząd, zrobiony przez Spiessa, pędzony elektromotorem, umożliwia użycie naprzemian ciśnienia ujemnego i dodatniego. Przy nieżytach gardła przyciska się nasadkę wprost do błony śluzowej; przy nieżytach nosa nasadkę wprowadza się do nosa, nos od zewnątrz szczelnie ściska, by zamknąć także jamę nosowo-gardłową, każe się choremu wymawiać literę *i*, ewentualnie, gdy to nie wystarcza, sondą, na końcu obwiniętą wacikiem, przyciska się podniebienie miękkie ku górze i tyłowi. Badanie następowe gardła wykazuje, iż błona śluzowa jest żywo-czerwona, świecąca, soczysta; strupy oddzielone, miejscami małe wynaczynienia. Podobny obraz spotykamy w nosie. Zastosowanie tej metody może mieć znaczenie i przy ropieniu w jamie czołowej i komórkach sitowych i to tak w celu rozpoznawczym, jak i leczniczym. Szczególnie w ostrem zapaleniu jamy czołowej, gdzie idzie przedewszystkiem o to, by ropa swobodnie odpływała, ciśnienie ujemne może zapobiedz zatrzymywaniu się ropy i następowym bolom głowy. Sposób ten dla chorego jest i przyjemniejszy i łagodniejszy, niż sondowanie i przestrzykiwanie jamy czołowej, co zresztą nie w każdym przypadku jest wykonalne. W tymże celu wymyślił Sondermann przyrząd ssący ręczny, który pacyent sam może używać.

Dr. Nowotny.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Antytyreoidyna Möbiusa, zalecana w **chorobie Basedowa**, jestto surowica baranów, którym na 6 tygodni przed pierwszym upustem krwi wycięto gruczoł tarczowy. Dodatek 0,5 prc. karbolu zabezpiecza surowicę od zepsucia się. Surowica ta ma działać w ten sposób, że zobojętnia trucizny, wytwarzane przez gruczoł tarczowy w chorobie Basedowa, a działa skutecznie tylko przy zażywaniu wewnętrznem, nie skutkuje natomiast przy wstrzykiwaniu podskórnem. Podaje się po 5,0 stale, lub też w dawkach zwolna zwiększanych, co drugi dzień. Kilkunastu autorów, którzy za wzorem Moebiusa tę surowicę stosowali, podają dość zgodnie, że nie sprawia ona szkodliwych skutków ubocznych, natomiast poprawia stan psychiczny, wywołuje zmniejszenie się wola, znaczne zwolnienie tętna, usuwa drżenie rąk i kołatanie serca, oraz bezsenność. W ostatnich czasach użył tej surowicy Peters (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 11) w 3 przypadkach z wyraźnym skutkiem; szczególnie doniosłym był skutek w przypadku ostro (w ciągu 8 dni) powstałym i bardzo groźnie przebiegającym. Wadą leku jest według P. to, że jest on stosunkowo drogi. Skuteczność leku stwierdził również Dürig (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 18); w jego przypadku jednak dawki mniejsze (60 kropli dziennie) nie działały, zaś większe (150 do 210 kropli dziennie, podzielone na 3 dawki) obok wybitnego działania leczniczego wywołały jednakże bole głowy, apatyę i uczucie ogłupienia. Te zresztą niegroźne objawy łatwo lekarzowi przebolеć wobec stanowczej skuteczności leku. Lomer (*ibidem*) stwierdził również korzystny wpływ antytyreoidyny przedewszystkiem na objawy sercowe, które pojawiły się wraz z innemi oznakami choroby Basedowa po dwa lata ciągnącej się psychozie. Na stan psychiczny leczenie to niestety nie wpłynęło. L. zaznacza, że działanie leku trwa tylko tak długo, jak długo go się podaje. Już na trzeci dzień po odstawieniu leku objawy sercowe wróciły. Niemniej jednak, choć lek nie działa trwale, uznać go należy za jedynie prawdziwie skuteczny środek objawowy. *M.*

* * *

V. Lekarze krakowskiej kapituły katedralnej.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Dokończenie).

Pod latami 1590 i 1591 wspominają akta o lekarzu duchownym, który jednak nie był członkiem kapituły, mianowicie o Janie Alantsse[153]) (Joannes Halancij), doktorze medycyny i o plebanie wsi Wzdol[154]), a pod rokiem 1595 tylko mimochodem o doktorze Erazmie. Z tej krótkiej notatki, która wymienia tego ostatniego lekarza, nie jesteśmy nawet w stanie powiedzieć, czy tu mamy przed sobą lekarza świeckiego, czy też duchownego. Prawdopodobieństwo przemawia za pierwszem przypuszczeniem, gdyż akta tytułują go jedynie „medicinae doctor“. Stanowisko jego jako lekarza musiało być wybitne, skoro się piszący o nim wyraża „excellens et clarissimus vir“. Umarł prawdopodobnie na kilka lat przed r. 1595, gdyż członkowie kapituły w tym właśnie roku z żalem stwierdzają, że kapituła od czasu jego śmierci nie przestrzega dawnego zwyczaju ustanawiania lekarza, czy to z grona swoich członków, czy też bodaj z poza tegoż („si non in gremio suo tum certe extra[155])“. Chcąc tej potrzebie zadość uczynić („propter curationem adversas suae valetudinis ac aliis de causis“), przystąpiono 14-go października 1595 r. do wyboru lekarza kapitulnego i zgodzono się na Walentego Fontana[156]), któremu przyrzeczono zwykłe w tych razach wynagrodzenie („solitum solarium“). Ze względów jednak prawdopodobnie oszczędnościowych nakazano mu objąć urząd swój dopiero w styczniu następnego roku. Fontanus spełniał zaledwie tylko 2½ lat obowiązki lekarza kapitulnego. Pod rokiem bowiem 1599 znajduje się w aktach krótka sucha notatka „placuit reverendis dominis ut doctor medicinae Fontanus, qui adhuc usque inserviebat reverendis dominis, ut abrogetur et liber ab eisdem servitiis pronuntietur[157])“.

W osiem lat później napotykamy przy kapitule innego lekarza świeckiego. Był nim Jakób Roskowicz[158]), lekarz przyboczny biskupa krakowskiego Piotra Tylickiego, któremu zawdzięczał osiągnięcie godności lekarza kapitulnego. Za czynności jego nie przyrzeczono mu żadnego rocznego wynagrodzenia, lecz oddano jemu i jego prawnej małżonce Annie Flandrowiczowej wieś Gołaczów, — opróżnioną właśnie z powodu śmierci Mikołaja Wilczka, — wraz z trzema kmieciami. W zamian za to żądano od niego jedynie bezwarunkowego udzielania pomocy lekarskiej członkom kapituły, ile razy tego tylko potrzeba zajdzie („....Simulque eundem dominum doctorem monuerunt ut requisitus suam industriam ac operam illis qui in sua infirmitate consilia eius indiguerint non deneget. Quiquidem dominus doctor pro tanta gratia suis d. r. uigentes gratias egit et suam industriam et operam ad requisitionem cuiuslibet reverendorum dominorum non denegaturum se obtulit[159])“.

Roskowicz zgodził się na te warunki. Jak długo tę godność sprawował, nie jest w aktach uwidocznione. Umarł w r. 1622.

Gąsiorowski[160]) wspomina w swojej historyi kanonikatu doktora medycyny o Roskowiczu, jako o kanoniku nadliczbowym gnieźnieńskim. Gdy jednak ani napis na nagrobku, przytoczony przez Starowolskiego[161]), ani akta kapitulne nie wymieniają tej jego godności i gdy Roskowicz, o którym Gąsiorowski wspomina, jest doktorem medycyny i filozofii, a naszego tytułują akta i nagrobek jedynie doktorem medycyny, zachodzą poważne wątpliwości, — na które zresztą i Gąsiorowski już uwagę zwrócił, — czy wogóle Roskowicz gnieźnieński jest identyczny z krakowskim?

Po śmierci Roskowicza była kapituła dłuższy przeciąg czasu bez lekarza. W gronie bowiem swojem nie miała od czasu śmierci Fugelwedera żadnego kanonika lekarza, a świeckiego nie zamianowała sobie również. Dopiero w r. 1634 wszedł do kapituły Krzysztof Sapellius[162]),— zwany także Sapalskim,— doktór teologii i medycyny, kanonik kościoła WW. Świętych w Krakowie, dziekan kielecki, sekretarz i lekarz Zygmunta III i Władysława IV, wicekanclerz uniwersytetu krakowskiego. Sapalski należy do rzędu tych lekarzy, o których dotychczasowe dzieła opowiadają bez mała tylko tyle, ile się można z napisu na jego nagrobku dowiedzieć. W uzupełnieniu dotychczasowych wiadomości dodamy tutaj kilka szczegółów, które opowiada instrument jego przyjęcia do kapituły. Z tego wynika, że Sapalski odbył studya lekarskie w Padwie, gdzie słuchał między innymi wykładów Benedykta Silwatyka, Fabrycyusza ab Aquapendente (anatomia i chirurgia), Sanctorio de Sanctoriis i Aleksandra Vigontiusa i gdzie się w r. 1615 na lekarza promował. Akta kapituły wspominają wprawdzie o Sapalskim, jako i o doktorze praw, co się jednak zdaje być pomyłką, gdyż z wyjątkiem jednego razu, nigdzie nie napotykamy obok jego nazwiska dopisku „utriusque iuris doctor[163]). Opierając się na tem, że kanonia lekarska w Krakowie nie była obsadzoną, ubiegał się o takową, gdy się w roku 1634 przez śmierć Łukasza Doktoriusa opróżniła jedna kanonia. Polecony przez Jana Alberta, kardynała i administratora biskupstwa krakowskiego, został przyjęty do kapituły katedralnej „pro quinto canonico et doctore medicinae“, otrzymując prebendę Krzesławice[164]). Tego samego jeszcze roku nadano mu i prowizyę domu kanoników („domum canonicalem partis dextrae eundo ex arce sextam“), gdy dotychczasowy jego prowizor Jakób Kołaczkowski

[153]) Starowolski: Monumenta. p. 147. — Arnold: Druga rozprawa. str. 263. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 192 i 201. — Kośmiński: Słownik.

[154]) Acta actorum: vol. VIII. p. 318 et 326.

[155]) Acta actorum: vol. VIII. p. 764.

[156]) Starowolski: Monumenta. p. 161. — Siarczyński: Obraz wieku panowania Zygmunta III. Lwów, 1828. T. I. str. 128. Rocznik wydz. lek. w Uniw. Jag. T. II. str. 47; T. III. str. 442; T. IV. str. 216; T. V. str. 187—196. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 316. — Muczkowski: Liber promotionum. p. 214. 225, 231. — Oettinger: Rys dawnych dziejów. str. 121 i 210. — Kośmiński: Słownik. — Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne. — Acta actorum: vol. VIII. p. 770.

[157]) Acta actorum: vol. VIII. p. 841.

[158]) Arnold: Druga rozprawa. str. 264. — Muczkowski: Liber prom. p. 239. — Oettinger: Rys dawnych dziejów. str. 228. Kośmiński: Słownik.

[159]) Acta actorum: vol. X. fol. 151.

[160]) Historya kanonikatu. str. 309.

[161]) Monumenta. p. 78.

[162]) Starowolski: Monumenta. p. 45. — Arnold: Druga rozprawa. str. 265. — Siarczyński: Obraz panowania Zygmunta III. T. II. str. 177. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 334. — Muczkowski: Liber prom. p. 268 et 269. — Majer: Wiadomości z życia profesorów. str. 43. — Łętowski: Katalog. T. IV. str. 30. — Kośmiński: Słownik.

[163]) Acta actorum: vol. XIII. fol. 378.

[164]) Ibidem: f. 195.

w zamian za ten dom inny otrzymał. W r. 1644 wysyła kapituła Sapelliusa do Torunia celem rozprawienia się z heretykami. Sapellius wyjechał tam, mianując swoimi zastępcami (prokuratorami) w sprawach dotyczących swojej kanonii i dóbr katedralnych, kanoników Mikołaja Skarszewskiego i Mikołaja Oborskiego; nie zdziaławszy jednak w Toruniu nic, wyjechał z polecenia króla w roku następnym na powtórną rozprawę do Warszawy.

Po powrocie z Warszawy został prowizorem innego domu kanoników („in castro cracoviensi ex opposito portae maioris ecclesiae cathedralis cracoviensis sitae"), który poprzednio należał do sufragana Tomasza Oborskiego. Z dóbr kapitulnych nadano Sapelliusowi Grembałów.

Umarł 16-go lipca r. 1648. Następcą jego w kanonii był doktór praw Kazimierz Waxmann, kanonik warmijski, wieś prestymonialną Grembałów nadano kanonikowi Janowi Romiszewskiemu, a dom kanoników Feliksowi Krzemieńskiemu, również kanonikowi krakowskiemu [165].

Jednym z ostatnich lekarzy, którzy weszli w skład członków kapituły katedralnej, był Jan Broscius z Kurzelowa [166]), doktor teologii i medycyny, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, proboszcz międzyrzecki i staszowski. Było to w r. 1649, — a nie jak Kośmiński twierdzi w r. 1648, — kiedy się opróżniła kanonia i prebenda łętkowicka przez śmierć Pawła dziekana opatowskiego [167]).

Po tem, co już dotychczas ogłoszono, trudno o nowe szczegóły z jego życia. Kanonikiem katedralnym był zaledwie przez przeciąg czterech lat. Nie mógł więc tutaj rozwinąć większej dodatniej działalności. Nie udało mu się nawet przez ten krótki przeciąg czasu zostać prowizorem domu kanoników lub też otrzymać jakieś dobra kapitulne. Umarł w r. 1652. Testament jego przedłożył kapitule imieniem egzekutorów Stanisław Osędowski, doktor teologii i praw i kustosz kościoła WW. Świętych w Krakowie.

Opróżnioną kanonię i prebendę Łętkowice nadano — prawdopodobnie z powodu grasującej zarazy — dopiero w r. 1653 kanonikowi Janowi Cynerskiemu [168]).

Pod rokiem 1691 przytaczają akta katedralne znowu lekarza świeckiego, który pozostawał w stosunkach do kapituły. Był nim Jacek Łopacki [169]), profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego. Czy Łopacki spełniał wobec członków kapituły obowiązki lekarza, nie można z pewnością powiedzieć na podstawie tego, co w aktach zapisano. Z tych wynika jedynie, że mu kapituła oddała, prawdopodobnie jeszcze przed rokiem 1691, wieś Mysławczyce i że on wystąpił w r. 1700 z jakiemiś pretensyami do kapituły. Prawdopodobnie szło o rozwiązanie kontraktu dzierżawy przed oznaczonym — podług warunków umowy, — czasem. Nad sprawą tą miano się zastanowić na jeneralnem posiedzeniu członków kapituły w maju 1699 roku. Z protokołu jednak posiedzenia ówczesnego wynika, że się nad tą sprawą więcej nie zastanawiano tak, że należy przypuszczać, iż ją już poprzednio ugodowo załatwiono. Dopiero pod rokiem 1702 czytamy, że wtedy, — a więc w roku śmierci Łopackiego — oddano w dzierżawę wieś Mysławczyce kanonikowi katedralnemu Kamockiemu [170]). Tyle o Łopackim i o jego stosunku do kapituły katedralnej.

Bez porównania więcej szczegółów zawierają nasze akta o synie jego Jacku [171]), doktorze teologii, infułacie, archipresbiterze kościoła Panny Maryi w Krakowie i dziekanie sandomierskim, który przyszedł na świat w r. 1690 w Krakowie, a zajmował członków kapituły swoją osobą już w czasie studyów [172]); przyznali mu bowiem wtedy zasiłek z fundacyi Słowikowskiego celem umożliwienia mu kształcenia się w naukach lekarskich we Włoszech, skąd po osiągnięciu tytułu doktora medycyny wrócił do kraju. Do kapituły katedralnej wstąpił w r. 1726, obejmując koadjutoryę kanonii i prebendy krzeszowskiej [173]), i odtąd cieszył się wielkiem zaufaniem i poważaniem ze strony innych członków kapituły, którzy niejednokrotnie temu wyraz dawali, obdarzając Łopackiego rozmaitemi godnościami. Już w r. 1727 poruczono mu wspólnie z kanonikiem Kazimierzem Morsztynem zbadanie stosunków w domu dla obłąkanych, w r. 1731 zostaje cenzorem „morum", jeszcze tego samego roku prefektem „fabricae ecclesiae cathedralis", a już w r. 1732 jej prokuratorem. W uznaniu zasług około zbadania spraw szpitala dla umysłowo chorych zamianowała go kapituła „protektorem" tegoż zakładu. Obok tych godności pełnił Łopacki przez szereg lat godność prowizora szpitala św. Marcina i wchodził z ramienia kapituły w skład komisyi dodanej „loci ordinario", a mającej za zadanie sądzenie spraw osobistych pomiędzy członkami kapituły. W r. 1743 wyjeżdża wspólnie z dziekanem Michałem Wodzickim, proboszczem Adamem Komorowskim i kanonikiem Franciszkiem Borowskim do Sącza, dokąd go wysłała kongregacya s. ritt., celem przygotowania materyału do przeprowadzenia procesu kanonizacyjnego św. Kunegundy [174]). Na rok przed śmiercią Łopackiego, bo w r. 1760, poruczyli członkowie kapituły jemu wraz z zastępcą dziekana i prefektem seminaryum teologicznego ważną sprawę uproszczenia ceremoniału, stosowanego w katedrze krakowskiej i ustanowienia pod tym względem pewnej stałej normy („ad reformandas constituendas ad normam ritualis romani, reducendas ceremonias in hac ecclesia cathedrali usitatas.... [175])" Łopacki wywiązał się z zadania znakomicie, a wszystkie jego wnioski w tej sprawie, które sam na posiedzeniu kapituły w lutym roku 1761 przedstawił, zostały z wdzięcznością do wiadomości przyjęte. Wielokrotnie zostawał Łopacki prowizorem dóbr kapitulnych i domów kanoników. W r. 1732 otrzymuje wieś prestymonialną Zielonki, gdy jej dotychczasowy posiadacz kanonik Marcin Żeromski z niej zrezygnował; w roku 1737 traci wieś Zielonki na rzecz kanonika Waleszyńskiego, a sam dostaje dobra prestymonialne Dziekanowice, gdy ich dotychczasowy posiadacz archidyakon Kunicki otrzymał opactwo mogilnickie; w roku 1748 zostaje prowizorem wsi Tonie, gdy jej dotychczasowy posiadacz kanonik Trzebiński objął prowizyę wsi Wyciąże, a dobra Dziekanowice przypadły Chojnackiemu. Tonie zamienił na Wyciąże, gdzie się utrzymał aż do r. 1756, w którym to roku odstąpił je lekarzowi Rogallemu, a sam obejmuje ponownie wieś Tonie. Z domów kanoników przypadły mu następujące: dom przy ulicy św. Michała, z którego zrezygnował w roku 1755, poczem go oddano kanonikowi Kiełczeńskiemu, dom przy ulicy kanoników („prima eundo ex arce in parte dextra"), z którego w roku 1754 zrezygnował na rzecz kanonika Lipskiego.

Jako dowód, jak bardzo Łopacki cieszył się zaufaniem członków kapituły i jak bardzo ci go poważali, może posłużyć okoliczność, że go wielokrotnie mianowali egzekutorem swoich testamentów (Andrzej Węgrzynowicz, Marcin Waleszyński, Kasper Szczepkowski, Stanisław a Krętko Krętki, Andrzej Olszowski, Jan Lukini, biskup Michał Kunicki, proboszcz Franciszek Skarbek Borowski), lub plenipotentem przy objęciu kanonii katedralnej (Czerny, Walenty Pruski, biskup Marcin Załuski, Sierakowski, Podowski itd.).

Pod koniec życia swojego poczynił rozmaite darowizny na rzecz zakrystyi kościoła katedralnego, na rzecz dóbr Pabianice i ich kościoła. Umarł 12-go lipca roku 1761 starcem 71-letnim, mianując egzekutorami testamentu swojego sufragana Potkańskiego, Rogallego i Bodurkiewicza. Zwłoki jego pochowano w kościele P. Maryi w Krakowie („a tergo altaris crucifixi"), czyniąc w ten sposób zadosyć jego ostatniej woli. Co się tyczy daty śmierci Łopackiego, nie ma w tym kierunku jeszcze do dzisiejszego dnia zgody. Łętowski podaje wyżej przytoczoną datę, gdy Gąsiorowski uważa rok 1762 7-go sierpnia za rok śmierci Łopackiego, co za nim i Kośmiński powtarza. Przyczyny tego błędu nie jesteśmy w stanie podać. Pierwszy, który sprostował powszechnie przyjętą datę śmierci Łopackiego, był Łepkowski, odszukawszy nagrobek. Że zaś data, którą podaje Łepkowski, odpowiada rzeczywistości, nie może i z tego powodu ulegać wątpliwości, gdyż ją podają akta kapitulne, które zanotowały fakt zejścia Łopackiego bezpośrednio po jego zajściu,

[165]) Acta actorum: vol. XIV. p. 610, 617 et 623.

[166]) Starowolski: Monumenta. p. 185. — Arnold: Druga rozprawa o hojności królów. str. 269. — Siarczyński: Obraz panowania Zygmunta III. T. I. str. 46—48. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 123—131. — Majer: Zawód lekarski Jana Brosciusa. Rocznik wydz. lek. w Uniw. Jagiel. T. V. — Muczkowski: Liber promotionum. p. 263 et 269. — Łukaszewicz: Historya szkół. T. I. str. 231. — Łętowski: Katalog. T. II. str. 85 do 99. — Kośmiński: Słownik. — Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne.

[167]) Acta actorum: vol. XIV. p. 666—668.

[168]) Acta actorum: vol. XV. f. 48 v. et 59.

[169]) Rocznik wydz. lek. T. II. str. 49. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 310. — Muczkowski: Liber promotionum. p. 310, 313. — Majer: Wiadomości z życia prof. str. 26. Kośmiński: Słownik.

[170]) Acta actorum: vol. XVII. fol. 125, 126 et 148, vol. XVIII f. 194, 198 et 270.

[171]) Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 311—313. Łętowski: Katalog. T. II. str. 296. — Biblioteka Warszawska. T. III z r. 1856. Łepkowski — Kośmiński: Słownik. — Giedroyć: Źródła biogr. bibliogr.

[172]) Acta actorum: vol. XIX. fol. 222.

[173]) Acta actorum: vol. XX. fol. 437 et 438.

[174]) Acta actorum: vol. XXI. p. 585.

[175]) Acta actorum: vol. XXIII. p. 313 et 363.

a nadto okoliczność, że kanonię jego nadano jeszcze 1-go sierpnia r. 1761 Janowi Kosińskiemu, a akt instalacyi tegoż już wtedy wspomina o Łopackim, jako o zmarłym kanoniku. W trzy lata po śmierci Łopackiego udzieliło grono kanoników katedralnych egzekutorom jego testamentu pozwolenia na umieszczenie i odpowiednie przyozdobienie tablicy pamiątkowej, uwieczniającej jego znaczenie i zasługi „....in pariete inter partes capellarum Staryszovianae et Zebrzydovianae in hac ecclesia cathedrali....[176])". Do urzeczywistnienia tego projektu przyszło jednak dopiero w roku 1768.

Prawie współczesny Łopackiemu był doktór medycyny i teologii Józef Rogalli[177]), kustosz kolegiaty kieleckiej i pileckiej, paroch Iłży, który do katedry krakowskiej wstąpił w roku 1727, obejmując kanonię i prebendę gunowską, opróżnioną z powodu śmierci kanonika Andrzeja Węgrzynowicza[178]). W r. 1737 oddali członkowie kapituły Rogallemu prowizyę wsi prestymonialnej Szmoniowice, gdy jej dotychczasowy prowizor kanonik Trzebiński w zamian za nią otrzymał wieś Witkowice. Niedługo potem otrzymał w zamian za Szmoniowice wieś Grembałów, a gdy w r. 1748 i z tej ostatniej zrezygnował na rzecz kanonika Łubińskiego, uzyskał prowizyę wsi Goszcza. W r. 1750 zostaje Rogalli administratorem klucza pabianickiego, za co mu przyznano tytułem wynagrodzenia dziesiątą część dochodów z niniejszego klucza; lecz już w r. 1751 prosi on o uwolnienie od poruczonego mu obowiązku, na co się kapituła zgodziła, przenosząc administracyę na kanonika Gorzeńskiego. W r. 1756 traci Rogalli prowizyę wsi Goszcza, a otrzymuje w zamian za nią wieś Wyciąże, którą aż do owej chwili posiadał Łopacki. Przy tej wsi utrzymał się już aż do końca swego życia. Obok wsi nadawano mu po kolei także i rozmaite domy kanoników. Starcem prawie 78-letnim podarował w r. 1763 kapitule katedralnej dom („penes portam castrensem sita") wraz z dochodami z niego, prosząc w zamian za to dla siebie jedynie o anniwersarz, na co się kapituła chętnie zgodziła [179]).

Rogalli był bardzo poważany przez członków kapituły, którzy nie omieszkali swym uczuciom dać wyraz, ilekroć się po temu sposobność nadarzyła. Jako dowód tego możemy także przyjąć okoliczność, że poruczano mu niejednokrotnie zadania, które wymagały szczególniejszego zaufania. W r. 1738 polecono mu zbadanie dochodów i wydatków kapitulnych i rewizyę fundacyi pobożnych, zostających pod nadzorem kapituły, a gdy się znakomicie ze swojego zadania wywiązał, zaszczycono go godnością prokuratora katedralnego[180]), co od tego czasu kilkakrotnie miejsce miało, a ostatni raz w r. 1761. Jak niegdyś Łopackiego, tak wybierano i Rogallego kilka razy cenzorem „morum".

Umarł 12-go listopada r. 1765 starcem prawie osiemdziesięcioletnim („prope octuagenarius")[181]), mianując egzekutorem testamentu kanonika Bieńkowskiego. Zwłoki jego pochowano w katedrze krakowskiej („inter ciborium et maius altare")[182]), gdzie („inter altare sancti Crucis et portam sacristiae") za zgodą członków kapituły wmurowano w r. 1768 i nagrobek („ad retinendam memoriam insignis pietate viri")[183]).

Wieś prestymonialną Wyciąże nadano po śmierci Rogallego scholastykowi Czernemu, a dom kanoników („in platea canonicali in parte sinistra a fine penultima") kanonikowi Niewieścińskiemu, gdy ten odstąpił swój dom kanonikowi Michałowskiemu.

Bez porównania krócej, aniżeli dwaj ostatni, wchodził w skład kapituły współczesny im Marcin Łaskawski[184]), doktór medycyny i praw. kanonik sandomierski, proboszcz i oficyał wiślicki i dziekan kościoła WW. Świętych w Krakowie. Do kapituły wszedł starcem, obejmując koadjutoryę kanonii lekarskiej gonowskiej, której posiadaczem był naówczas Rogalli. Akt instalacyi[185]) jego odbył się 5-go października 1754 roku. Obok koadjutoryi nadano mu i prowizyę domu kanoników („eundo ex arce a manu dextra in ordine secunda"). O działalności jego w kapitule, nie wspominają jej akta prawie nic, gdyż z nazwiskiem Łaskawskiego spotykamy się w nich jeden tylko raz, gdy jako plenipotent Chyczewskiego objął w r. 1757 archidyakonat zawichoski. Umarł 3-go listopada roku 1757 „plenus dierum et meritorum". Pochowany w katedrze na Wawelu[186]).

Prowizyę domu Laskowskiego nadano jeszcze tego samego roku kanonikowi Bieńkowskiemu, gdy następcą jego w koadjutoryi prebendy gonowskiej został dopiero w r. 1762 Kazimierz Bodurkiewicz[187]).

Po śmierci Łaskawskiego nie powołali członkowie kapituły katedralnej żadnego więcej lekarza do swojego grona.

[176]) Acta actorum: vol. XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV.
[177]) Łętowski: Katalog. T. IV. str. 6.
[178]) Acta actorum: vol. XX.
[179]) Acta actorum: vol. XXIII. p. 465.
[180]) Acta actorum: vol. XXI. p. 472.
[181]) Acta actorum: vol. XXIV. p. 47.
[182]) Ibidem.
[183]) Ibidem. p. 221.
[184]) Łętowski: Katalog. T. III. str. 269. — Kośmiński: Słownik. — Giedroyć: Źródła biogr.-bibliogr.
[185]) Acta actorum: vol. XXIII. p. 11.
[186]) Ibidem. p. 175.
[187]) Ibidem. p. 429.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12 sierpnia.

* Przy wyborach do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, dnia 30 czerwca b. r. dokonanych, zostali wybrani:

Członkami Izby: ze Lwowa: dr. Edward Gerard Festenburg, dr. Henryk Mehrer, dr. Jan Papée i dr. Włodzimierz Sieradzki; z powiatów: dr. Michał Kowalski ze Stryja, dr. Szczepan Mikołajski ze Lwowa, dr. Jakób Moszkowicz ze Lwowa, dr. Władysław Piaskiewicz z Kołomyi, dr. Zygmunt Smolarski z Przemyśla, dr. Adolf Stöckl z Czortkowa, dr. Władysław Tatarczuch ze Lwowa, dr. Stanisław Zasacki ze Szczurowic i dr. Aleksander Żukowski ze Stanisławowa.

Zastępcami członków Izby: ze Lwowa: dr. Izydor Feuerstein, dr. Adam Sołowij, dr. Michał Świątkiewicz i dr. Zdzisław Szydłowski; z powiatów: dr. Józef Gold ze Złoczowa, dr. Bronisław Kozłowski z Drohobycza, dr. Stanisław Krasowski ze Stanisławowa, dr. Zenobi Lewicki z Kołomyi, dr. Eugeniusz Szarkiewicz ze Lwowa, dr. Stanisław Ruczka z Niżankowic, dr. Ryszard Wilson z Kopyczyniec i dr. Włodzimierz Witoszyński z Tarnopola.

* Warszawsko-łódzki oddział sanitarny przenosi się, jak donoszą dzienniki, z Charbina do Warszawy, gdzie przybywszy w połowie września, ma w dalszym ciągu pielęgnować rannych.

* V międzynarodowy Zjazd ginekologiczny, który miał się odbyć we wrześniu r. b. w Petersburgu, ma być odroczony do roku przyszłego *(St. Petersb. med. Wochens.)*.

* VII międzynarodowy Zjazd hydrologiczno-klimatologiczny odbędzie się w Wenecyi 10—18 października 1905 pod przewodnictwem prof. Robina z Paryża.

* I międzynarodowy Zjazd anatomów odbył się 6—10 b. m. w Genewie przy udziale wszystkich ważniejszych „Towarzystw anatomicznych", istniejących w różnych krajach i odbywających przedtem swe zjazdy osobno.

* X Zjazd Towarzystwa im. Pirogowa odbędzie się w Moskwie w styczniu 1906.

* Rozporządzenie austr. ministerstwa spraw wewnętrznych zaleca lekarzom, by zapisując pastylki sublimatowe, dodawali zawsze „do rąk moich", gdyż gdyby przy opuszczeniu tego zastrzeżenia był sublimat, dostawszy się w ręce niepowołane, powodem nieszczęśliwego wypadku, wtedy odpowiedzialny będzie lekarz, a nie aptekarz.

* Aby ułatwić budowę rzeźni, odpowiadających wymaganiom sanitarnym, wydaje austr. ministerstwo spraw wewn. w „Oesterr. Sanitätswesen" opracowane odpowiednio „plany normalne", obejmujące 5 typów rzeźni dla gmin małych i średnich.

* Komisya, wyznaczona przez Towarzystwo chirurgiczne paryskie, uznała „przeciwrakową" surowicę Doyena za środek bezskuteczny i bezwartościowy.

* Rosyjskie ministeryum oświaty zezwoliło kobietom, które ukończyły Instytut lekarski w Petersburgu, obejmować przy uniwersytetach stanowiska asystentów i t. p.

* Szybki rozwój uzdrowisk dla suchotników w Niemczech odźwierciedla się w następujących liczbach: W r. 1892 było tylko 3 takie zakłady; w 1897 — 13, w 1902 już 56, a obecnie 68, nie licząc zakładów dopiero budowanych i zakładów prywatnych, których jest 27. Bardzo czynny udział w zakładaniu uzdrowisk ma w Niemczech stowarzyszenie Czerwonego Krzyża i krajowe zakłady ubezpieczeń, z których kilkanaście ma dziś własne uzdrowiska. Szereg uzdrowisk pobudowały Kasy brackie i gminy. Wreszcie i rząd przyczynia się poważnie zasiłkami finansowymi i darowizną ziemi pod budowę do rozwoju sanatoryów.

* W Bułgaryi wydał związek lekarzy bułgarskich popularny „Katechizm zwalczania gruźlicy“, rozdawany bezpłatnie w niezliczonych egzemplarzach, zwłaszcza między młodzież szkolną. Nadto ustanowieni w roku bieżącym we wszystkich bułgarskich szkołach średnich lekarze szkolni, badając dwa razy tygodniowo wszystkich uczniów, mają zwracać baczną uwagę na gruźlicę, by uczniów, nią zagrożonych lub dotkniętych, jaknajwcześniej odpowiednio leczyć można. A u nas?!

* Między 16—22 lipca stwierdzono w Galicyi 4 przypadki ospy w powiecie chrzanowskim, a przypadki duru plamistego w następujących powiatach: Brzeżany (13), Buczacz (4), Horodenka (5), Tarnopol (8), Tłumacz, Turka, Żółkiew (po 2), Cieszanów, Dobromil, Przemyśl, Przemyślany, Śniatyn, Stanisławów, Stary Sambor, Złoczów (po 1).

Mianowania i odznaczenia. Prof. Ivan Honl mianowany prosektorem szpitala na Kral. Vinohradach w Pradze. — Prof. Podwysocki z Odessy mianowany kierownikiem „Instytutu med. doświadczalnej“ w Petersburgu. — Dr. A. Juras mian. dyrektorem szpitala w Białej.

Nekrologia. Zmarli: prof. Honsell, chirurg, w Karlsrube, prof. Schönberg, ginekolog, w Chrystyanii, prof. Hyernaux, ginekolog, w Brukseli. Dr. Żerański, lekarz kolei iwangr.-dąbr., w Radomiu; Dr. Szumowa-Simanowska, współpracowniczka wielu prac ś. p. Nenckiego, w Petersburgu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 30. Bartkiewicz: Odłuszczenie torebki nerkowej w chorobie Brighta. Korzon: Przyczynek do opoterapii. Oporeiina Poehla w zapaleniu nerek (dok.). Rzętkowski: O czynności serca w świetle najnowszych badań (dok.).

— *Medycyna* Nr. 30. Lemberger: Czy można zastąpić wody mineralne sztucznemi? (dok.). Hertz: O tracheotomii w suchotach krtani (dok.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 8. Wajgel E.: O higienie zdrojowisk. Barzycki: Sprawozdanie roczne o inspekcyach w r. 1902 (c. d). Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 31. Janský: Neurofibrilly za poměrů normálních a pathologických. Pruška: Puerperalni sepsis pneumokokkova. Kimla: Latentní hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrozené příjici (c. d.). Khek: Cysta dermoidalní překážkou porodní.

— *La Presse médicale* Nr. 59. Labbé: Działanie moczopędne zapomocą napojów. Nittis: Wrzekome zapalenie wyrostka robaczkowego. — Nr. 60. Bué: Idealny „żłóbek“ dla dzieci. Le Ray: Mechanizm rozwoju zimnicy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 31. Gerber: Kliniczne i bakteryologiczne rozpoznanie przy włóknikowych zapaleniach górnych dróg oddechowych. Beitzke: O drodze, którą prątki gruźlicze dostają się z ust i gardła do płuc. Weleminsky: W sprawie patogenezy gruźlicy. Schulz: Doświadczalne przyczynki do leczenia światłem. Karewski: Operacyjne wyleczenie zakrzepu zatok pochodzenia usznego z wtórną osteoplastyką ubytku czaszki. Davidsohn: Barwienie krętków kresylfioletem. Bosse: Obecny stan nauki o zapaleniu wyrostka robaczkowego.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 31. Forster i Kayser: O znajdowaniu się prątków durowych w żółci chorych na dur i „przenosicielach prątków duru“. Oberndorfer: Mnogość nowotworów. Noeggerath i Staehelin: W sprawie wykazania krętka bladego we krwi chorych na kiłę. Rebentisch: Doszczętne wyleczenie zatrzymania moczu wskutek przerostu sterczu zapomocą prostatectomia suprapubica totalis. Bruns i Müller: Przechodzenie larw tęgoryjca przez skórę ludzką; znaczenie tego sposobu zakażenia w szerzeniu się i zwalczaniu choroby. Riebes: Modyfikacya sposobu barwienia Zollikofera. Joseph: W sprawie zmniejszania nosa. Stubenrauch: Prosty hak tchawiczny do użytku przy zmianie kaniul. Leo: O oznaczaniu kwasu w treści żołądkowej. Lüdke: O cytotoksynach szczególnie owaryotoksynach i tyreotoksynach. Beyer: Wpływ jazdy na kole na serce.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 31. Rothberger: O odtruwającej czynności wątroby. Spitzer: O krętkach w tkankach kiłowych. Freund i Oppenheim: Dalsze przyczynki do radiometryi. Crippa: O Gynochrysma Hydrargyri.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 31. Lingelsheim: III. sprawozdanie z badań bakteryologicznych nagminnego zapalenia opon mózgowych. Ribbert: O raku Pageta. Joachimsthal i Cassirer: O bruzdach owodniowych i stopie szpotawej z uwagami o uszkodzeniach nerwów obwodowych przez bruzdy uciskowe, powstałe w życiu płodowem. Curschmann: W sprawie metodyki badania czucia mięśniowego i stawowego. Bloch: Przyczynek do patogenezy przewlekłego wrzodu żołądka. Spengler: Nowy uodporniający sposób leczenia gruźlicy płuc zapomocą tuberkuliny perliczej. Köppen: W sprawie rozpoznawania grypy i patogenezy jej objawów. Apelt: O ogólnej wązkości układu tętniczego (dok.).

— *Medizinische Klinik* Nr. 35. Lüthje: O nowszych poglądach w leczeniu cukrzycy. Ziehen: O guzach okolicy słuchowej (dok.). Robson: Sprawy zapalne trzustki, szczególnie nieżyt i zapalenie przewlekłe. Plaut: Przypadek dermografii u dotkniętego żółtaczką. Feldmann: Praktyczna ramka na nici. Mendel: Śródżylne zastosowanie kwasu salicylowego w ostrym gośćcu stawowym. Gerhardt: Mendelowskie prawo dziedziczności.

Redakcya otrzymała. Bogdanik: Skręt sznurka nasiennego. Odb. z „Przeglądu chirurgicznego“. Wróblewski: O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. Odb. z „Głosu lekarzy“.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 31 (od dnia 30/VII do 5/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 24, dziew. 29; nieżywo: chł. 3, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 15, kob. 17; zamiejscowych: męż. 10, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 3, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 1, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 2, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 14, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 17.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. dr. Stanisław Ciechanowski.

Rok XLIV. Kraków 19 Sierpnia 1905. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych prof. dr. St. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Kilka słów o maretynie.

Podał

Dr. Tadeusz Pisarski.

Maretyna *(maretin)*, m-tolylhydrazid kwasu karbaminowego, jest środkiem, zbliżonym pod względem budowy chemicznej do antyfebryny (*acetanilidum*), a różni się od niej tem, że grupa acetylowa antyfebryny jest podstawiona grupą mocznikową (NH.CO.NH_2), a nadto jeden wodór w pierścieniu benzolowym jest podstawiony metylem (CH_3). Fabryka Bayera i Ski wprowadziła maretynę do lecznictwa w połowie roku 1904. Związek ten występuje w postaci białych drobnych kryształków, trudno rozpuszczalnych w wodzie (w gorącej do 2%) i wyskoku (około 1%). Zanim jednak środek ten oddano w ręce klinicystów w celu bliższego poznania i określenia jego leczniczej wartości, przeprowadzono na zwierzętach doświadczenia, które dowiodły, że z jednej strony jednorazowa dawka 1,00 gr. jest nieszkodliwa, z drugiej, że już po dawce 0,10 wyraźne działanie daje się spostrzegać. Wobec znanego faktu, że związki, pokrewne anilinie, wskutek uwalniania się jej w ustroju rozkładają barwik krwi i wywołują methemoglobinuryę, zwrócono uwagę na zachowanie się krwi zwierząt, do doświadczeń używanych, lecz ujemnego działania w tym kierunku nie stwierdzono. Wnosić z tego można, że maretyna jest związkiem trwałym i że nie ulega w ustroju rozkładowi.

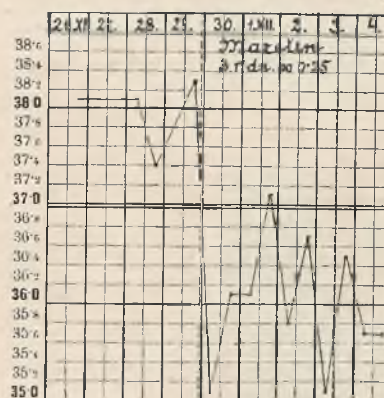
Początkowo podawano maretynę przeważnie u suchotników, szczególnie w I i II okresie choroby będących, wkrótce jednak nauczyło spostrzeganie kliniczne, że właśnie w tej chorobie, gdzie ustrój skutkiem przewlekłej sprawy podlega wyniszczeniu, należy unikać środka, wydatnie i szybko obniżającego ciepłotę. U takich osobników bowiem dołącza się często do obniżania się ciepłoty ciała działanie uboczne, jak poty, uczucie osłabienia, nikłe tętno, a nawet zapad. W innych chorobach gorączkowych bywają objawy te albo nieznaczne, albo też nawet całkiem nie występują.

Ta okoliczność była też powodem, że na naszym oddziele bardzo mało podawaliśmy maretyny u suchotników, a spostrzeżenia dotyczą tylko dwóch chorych na gruźlicę płuc. W obu tych przypadkach dał się stwierdzić wybitny wpływ maretyny na ciepłotę ciała, lecz nie brak było i objawów ubocznych.

Tabl. I. *St. T.*, lat 21. *Phthisis pulmonum stad. II.* Chora gorączkowała w granicach między 37·3° C a 38·2° C. Dnia 30—XI 1904 zaczęto podawać maretynę 3 r. dn. po 0·25; pierwsza dawka o godz. 6 tej rano. Już o godz. 8 mej rano ciepłomierz wskazywał 35° C. Chora ta zażywała maretynę przez 4 dni a ciepłota ciała utrzymywała się między 35° a 37° C. Po każdej jednak dawce występowało krótkotrwałe przygłuchnienie i szum w uszach.

Tabl. II. *K. Z.*, lat 48. *Phthisis pulmonum stad. III.* Ciepłota ciała waha się między 37·7° a 39·6° C. Chory bardzo wyniszczony i niespokojny. Dnia 10—III 1905 o godz. 10 rano wynosiła ciepłota 38·9° C, choremu podano 0·50 maretyny i mierzono następnie ciepłotę co godzinę. Obniżenie ciepłoty było widoczne już po upływie jednej godziny od chwili zażycia. Do najniższego punktu doszła ciepłota w 6 godzin po zażyciu (35·3° C). W tych niskich granicach utrzymywała się, z małemi wahaniami, przez 10 godzin, a do pierwotnej wysokości wróciła rano. Chory czuł się przytem bardzo osłabionym i doznał rozpływnych potów (2 razy zmieniał zupełnie przemokłą bieliznę). Tętno było nieco wolniejsze, miernie napięte.

Tabl. I.



Tabl. II.

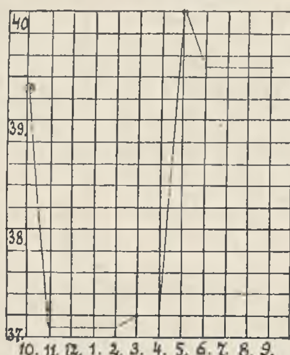
Liczniejsze są nasze przypadki innych chorób gorączkowych i tak: włóknikowe zapalenie płuc i opłucnej (4); dur brzuszny (1); gruźlicze zapalenie opon mózgowych (1); wysięk opłucny (1); ostry nieżyt żołądka (1); grypa (1); ostry gościec stawowy (2); przyostry gościec stawowy z następową niedomykalnością zastawki dwudzielnej (1); wogóle 14 chorych.

Maretynę podawano raz, dwa lub trzy razy dziennie po 0·25 i 0·50; największa ilość na pojedynczą dawkę wynosiła 0·50, najmniejsza 0·25, najwyższa dawka na dzień 1·50. Najdłuższy przeciąg czasu, przez jaki jeden chory zażywał stale maretynę, trwał 11 dni, a chory ten wyżył w tym przeciągu czasu 12·75 gr. maretyny. Ogółem zużyto 50·75 gr. na 125 pojedynczych dawek.

Ze spostrzeżeń naszych wynika, że ciepłota zaczyna opadać w $^1/_2$ do 2 godzin po zażyciu; do najniższego punktu dochodzi w 1 do 8 godzin i w takich najniższych granicach utrzymuje się przez $1^1/_2$ do 8 godz. Barjansky i Kaupe spostrzegali 24 godzin trwające obniżenie się ciepłoty. Spadki, wywołane działaniem maretyny, bywają czasem bardzo znaczne, i tak po dawkach 0·50 gr. wahają się między

0·9⁰ a 3·6⁰ C, po dawkach zaś 0·25 bywają z reguły mniej wydatne, lecz nawet po takiej małej dawce stwierdziliśmy raz opadnięcie ciepłoty o 3·2⁰ C. Ciepłoty subnormalne (35⁰—35·3⁰ C) zdarzają się tylko u suchotników. Jak przy wszystkich innych środkach przeciwgorączkowych, da się i tutaj stwierdzić fakt, że najłatwiej ulega obniżeniu ciepłota przy sprawach, które odznaczają się przebiegiem ciepłoty, skłonnym do zwolnień (remissyi) lub przerw (intermissyi). Przy chorobach z typem gorączki stałej (*febris continua*), stają się przy systematycznem zażywaniu maretyny tylko ranne ciepłoty nieco niższe, wzniesienia wieczorne pozostają bez wpływu. W jednym przypadku gruźliczego zapalenia opon mózgowych, w którym ranne ciepłoty wahały się między 37·5⁰ a 38⁰ C, przy zażywaniu maretyny 3 r dn. po 0·25 gr., a więc przy dawkach małych, pojawiały się ranne ciepłoty między 36·5⁰ a 37·8⁰ C, czego dawniej u tego chorego stwierdzić nie było można. U tego samego chorego wieczorne ciepłoty nie uległy zmianie (około 39⁰ C), a raz nawet podczas zażywania maretyny, doszła ciepłota wieczorna do 40⁰C. Drugi przypadek dotyczy chorego, cierpiącego na dur brzuszny pod koniec drugiego tygodnia choroby. Ciepłota wahała się w granicach między 38⁰ a 40·1⁰ C. Jeżeli chory zażył w południe 0·50 gr. maretyny, to wieczorem gorączka bywała znacznie niższa, czasami nawet spadała do stanu prawidłowego, a chory czuł się zupełnie dobrze. Jak szybkie i wydatne obniżenie ciepłoty osiągnąć można przy pomocy maretyny, nawet przy tak silnej gorączce, jaka bywa w durze brzusznym w jego środkowym okresie, świadczy najlepiej załączona tablica (Tabl. III).

Tabl. III.



Zupełnie podobny skutek wywierała maretyna u jednego chorego na wysięk opłucny z bardzo nieregularną gorączką między 38⁰ a 39·3⁰ C. Wieczorne ciepłoty były, ogółem biorąc, nieco niższe, niż dawniej, kiedy nic nie zażywał, natomiast spadki ranne, które dawniej nigdy poniżej 38⁰ C nie schodziły, dochodziły teraz do 36·6⁰ C, a najwyżej do 37·4⁰ C.

Obniżeniu się ciepłoty towarzyszą często poty, regułą tego jednak nazwać nie można, gdyż w połowie przez nas spostrzeganych przypadków objawu tego nie widzieliśmy. Często pocą się chorzy tylko po pierwszej dawce. Rozpływne, nieznośne dla chorego poty spostrzegano w trzech przypadkach, dwa razy przy gruźlicy płuc, raz przy wysięku opłucnym, prawdopodobnie także na podstawie gruźliczej. Wogóle wszyscy, zajmujący się dotychczas badaniem działania maretyny, stwierdzają występowanie mniejszych lub większych potów u suchotników. Elkau podaje, że w takich przypadkach można zmniejszyć pocenie się przez podanie maretyny w lewatywie z nalewką makowcową, przez co skuteczność leku nie cierpi. Z innych objawów skórnych spostrzegał Mai pokrzywkę.

Nieprzyjemne uczucia w zakresie sfery zmysłowej zauważyliśmy u chorej na gruźlicę płuc, której tablicę gorączki już powyżej przedstawiliśmy. Było to mianowicie krótkotrwałe ogłuchnięcie i szum w uszach, objawy, napotykane często po zażyciu chininy.

Szkodliwego wpływu na czynność narządu krążenia nie zauważyłem nawet u osobników z wadą serca. Tętno stawało się powolniejszem, a objaw ten zależał od obniżenia się ciepłoty ciała; jakość tętna nigdy nie ulegała zmianie. Nawet przy spadkach ciepłoty większych, niż o trzy stopnie, nie zauważyłem tętna zapadowego.

Oddech stawał się odpowiednio do spadku ciepłoty powolniejszym.

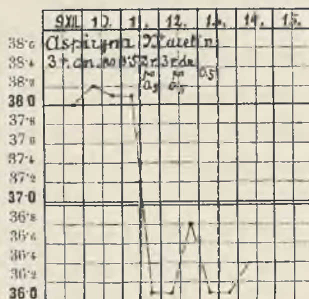
Dla przewodu pokarmowego zdaje się być maretyna zupełnie obojętną, a zadawać ją można ze skutkiem, a bez wywołania przykrych następstw, nawet przy ostrym nieżycie żołądka. Obrzydzenia sprawiać nie może, gdyż nie ma żadnego smaku.

Mocz nie ulega zmianie w kierunku ujemnym, owszem odsetka mocznika, obliczona sposobem i przyrządem Zotha (zasada tego sposobu ta sama, co i sposobów Hüfnera lub Wagnera t. j., przy użyciu podbrominu sodowego oblicza się ilość mocznika z ilości wytworzonego azotu) zmniejszała się, co przemawia za zmniejszonym rozpadem białka w ustroju. Nieprawidłowych składników, jak białka lub cukru, nigdy nie stwierdzono. Gdy mowa o cukrze, należy wspomnieć, że mocz chorych, zażywających maretynę, posiada własności redukujące płyn Fehlinga i dlatego do wykrycia cukru trzeba używać innych prób, gdyż wobec tego faktu próba Fehlinga nie jest tu rozstrzygającą. Czasem ma występować po maretynie zabarwienie moczu znamiennie żółte, ja jednak tego nie widziałem. Również nie zauważyłem wpływu na ilość moczu.

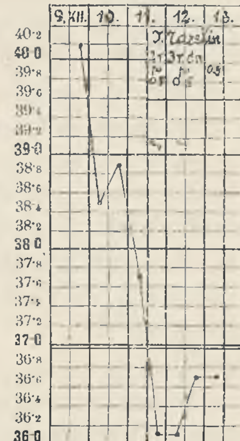
Nie będzie rzeczą zbyteczną, jeżeli dla przedstawienia dokładnego obrazu działania maretyny przytoczę jeszcze kilka tablic z przebiegiem ciepłoty.

Tabl IV. *St. K.*, lat 25. Rozpoznanie: *Influenza.* Chory doznaje silnych bólów głowy i darcia w kończynach dolnych. Gorączkuje ciągle powyżej 38⁰ C. Zalecono 3 r. dn. po 0·50 maretyny. Jak krzywa gorączki wskazuje, opadła ciepłota do 36⁰ C i utrzymywała się w granicach prawidłowych. Ból głowy i darcie w kończynach ustąpiły.

Tabl IV.



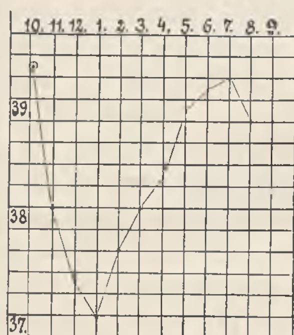
Tabl. V.



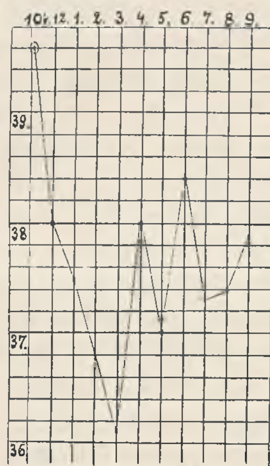
Tabl. V. *J. K.*, lat 33. Rozpoznanie: *Catarrhus ventriculi et intestinorum acutus.* Ciepłota waha się między 37·6° a 40·1° C. Chory doznaje bolu w okolicy nadpępcza, nudności, wymiotów, odbijania, równocześnie ma biegunkę. Zaraz po zażyciu pierwszej dawki maretyny, której używał następnie 3 r. dn. po 0·50, ciepłota spadła do granic prawidłowych, a przypadłości żołądkowe ustępowały zwolna pod wpływem leczenia karlsbadzkiego.

Następujące dwie tablice (VI, VII) przedstawiają linię krzywą gorączki u chorych na zapalenie włóknikowe płuc i opłucnej przed nastaniem przełomu. Wszyscy ci chorzy gorączkowali wysoko. Maretynę otrzymali jednorazowo w dawce 0·50 gr. Już po upływie godziny stwierdzić się dało obniżenie ciepłoty, która wreszcie doszła do granic prawidłowych, ażeby znowu powoli wznieść się do pierwotnej wysokości. Obniżeniu się ciepłoty towarzyszyły lekkie poty.

Tabl. VI.



Tabl. VII.



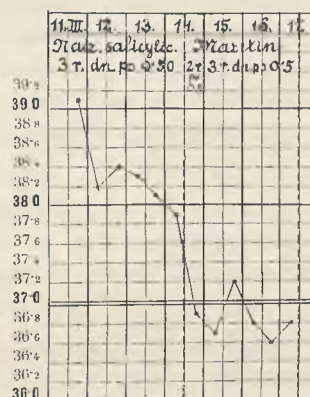
Na szczególną wzmiankę zasługuje działanie maretyny w przypadkach gośćca stawowego. Gdyby nie mała liczba dotychczas spostrzeganych przypadków, możnaby mówić o swoistem działaniu maretyny w przebiegu tej choroby, a już tych kilkanaście opisanych przypadków dozwala uważać maretynę za dzielny lek. Sobernheim ogłosił pierwszy swe spostrzeżenie nad działaniem maretyny w przebiegu gośćca stawowego i opisał 7 przypadków, w których maretyna działała korzystnie. My podawaliśmy ją u trzech chorych, cierpiących na gościec stawowy, a wynik również zawsze był znakomity.

Pierwszy z tych chorych *J. S.*, l. 32 liczący, posługacz szpitalny, podlegał gośćcowi stawowemu przyostremu z następową niedomykalnością zastawki dwudzielnej serca od kilku lat, a w ostatnich czasach doznał zaostrzenia sprawy chorobowej. Stawy barkowe, łokciowe i nadgarstkowe były bardzo bolesne, ruchy wykonywał chory tylko z trudnością. Obrzęków ani zaczerwienienia nie było. Chory leżał na oddziele od dłuższego czasu i zażywał salicylan sodowy w dawkach 3 r. dn. po 0·50 gr., a gdy bole stawały się bardzo silne, dostawał dodatkowo 0·40 piramidonu. Skutek po tem leczeniu równał się zeru. Ciepłota wahała się między 37° a 39·1° C, bole w stawach nie ustawały, a co więcej pocił się chory silnie po salicylu i doznawał odbijań. Podano mu początkowo 3 r. dn. po 0·25 gr. maretyny. Skutek odrazu wystąpił znakomity, ciepłota ciała utrzymywała się między 36·6° a 37·4 C, a ból w stawach już drugiego dnia ustąpił. Czwartego dnia oświadczył chory, że się czuje zupełnie dobrze. Zaprzestano podawania maretyny, a przywrócono dawną ordynacyę t. j. salicylan sodowy. Po czterech dniach zaczęła się ciepłota znowu podnosić, a dolegliwości podmiotowe powróciły. Wtedy ponownie podano mu 3 r. dn. po 0·50 gr. maretyny; już na drugi dzień opadła ciepłota do stanu prawidłowego. Po trzech dniach zaczął znowu chory zażywać salicylan sodowy, a jakkolwiek ciepłota utrzymywała się w granicach prawidłowych, to jednak podmiotowo czuł się znacznie gorzej.

Drugi chory *J. D.*, lat 17. Rozpoznanie: *Polyarthritis rheumatica acuta.* Sprawa chorobowa zajmowała oba stawy kolanowe. Obrzęk, zaczerwienienie, ból i niemożność chodzenia. Ciepłota waha się około 38° C. D. 9—III 1905 zaczął chory zażywać 3 r. dn. po 0·50 maretyny. Tego samego dnia opadła ciepłota wieczorem na 36·8° C i w tych granicach się utrzymywała; bole znacznie mniejsze; lekkie poty. Na drugi dzień chory zaczął chodzić, a choroba tak miejscowo, jak i ogólnie, uległa znakomitemu polepszeniu. Chory pozostawał jednak nadal na oddziele, spełniał nawet pewne posługi, gdy nagle 4—IV ciepłota podniosła się znowu do 39·3° C, a stawy kolanowe i skokowe zaczęły być bolesne. Równocześnie skarżył się chory na kłucie w prawym boku. Badanie wykazało ograniczone stłumienie po prawej stronie klatki piersiowej, a powyżej niego tarcie opłucne. Chory zaczął znowu zażywać maretynę 3 r. dn. po 0·50 gr., a trzeciego dnia opadła ciepłota do prawidłowej i stan chorego podmiotowo i przedmiotowo się poprawił. I ten chory zażywał przedtem salicylan sodowy bez skutku.

U trzeciego chorego (Tabl. VIII) sprawa miała się zupełnie podobnie. Tutaj objęte były sprawą zapalną stawy łokciowe, nadgarstkowe, skokowe i kolanowe. Podawany salicylan sodowy nie wywierał dodatniego wpływu, a ciepłota wahała się między 38·5° a 39° C. Zaraz po pierwszej dawce maretyny (0·50 gr.) opadła ciepłota na 36·8° C, a przy używaniu maretyny 2 r. dn. po 0·50 gr. utrzymywała się stale w granicach prawidłowych. Równocześnie z tem i bole ustąpiły.

Tabl. VIII.



Liczne zatem spostrzeżenia, dokonane przy łóżku chorego przezemnie i innych, dowodzą, że maretynę należy bez wątpienia zaliczyć do grupy środków obniżających ciepłotę ciała. Jaką drogą dochodzi do skutku to działanie, trudno na pewno rozstrzygnąć, prawdopodobnie jednak dzieje się to wskutek wzmagania się promieniowania ciepła, za czem przemawiają poty, występujące po maretynie.

Jak przy wszystkich środkach przeciwgorączkowych, tak i przy stosowaniu maretyny zdarza się, że czasem działanie jej zawodzi, jakaś pojedyncza dawka nie wywoła obniżenia ciepłoty, ale wiadomą jest rzeczą, że nawet leki swoiste czasami zawodzą. I tak n. p. w trzech przez nas spostrzeganych przypadkach gośćca stawowego okazał się lek swoisty, salicylan sodowy, bez skutku, a piramidon niewielką ulgę sprowadzał, maretyna natomiast działała znakomicie; nietylko wywoływała obniżenie ciepłoty ciała, lecz usuwała w krótkim czasie wszystkie wogóle objawy choroby.

W przebiegu spraw ostrych z wysokiemi ciepłotami nadaje się maretyna bardzo dobrze do sprowadzania, choćby tylko krótkotrwałego uczucia ulgi (*euphoria*), co w przebiegu tych chorób ma niejednokrotnie doniosłe znaczenie.

Jako środek uśmierzający ból (*antineuralgicum*), okazała się maretyna także skuteczną. Jeden z kolegów, cierpiący na migrenę, doniósł mi, że po użyciu maretyny doznał znacznej ulgi.

Co się tyczy dawek, to te zależnie od różnych oko-

liczności muszą być różne. Należy tu uwzględniać wiek chorego, płeć, osobnicze właściwości, sprawę chorobową, jej natężenie, porę zażywania i t. d. Jeżeli chodzi tylko o chwilowe obniżenie ciepłoty, to wystarczają jednorazowe dawki po 0·25 lub 0·50, jeżeli o stałe obniżenie ciepłoty, to takie same dawki 2 lub 3 razy dziennie.

Podając maretynę, należy pamiętać, że ma się przed sobą lek, którego bez krytyki, wedle upodobania, podawać nie można. Za przestrogę muszą służyć przypadki, ogłoszone przez Maia, w których już po zwykłych dawkach (0·50) zdarzał się zapad, co więcej, autor ten spostrzegł, że raz nawet po dawce 0·125 gr. wystąpił stan, zbliżony do zapadu, a ciepłota u tego chorego opadła w przeciągu $1\frac{1}{2}$ godz. z 39·2° C na 35·5° C po 0·50 gr. maretyny.

Działania zbiorowego, ani przyzwyczajenia, maretyna nie sprowadza.

Wskazanie do podania maretyny stanowi każda, z wysoką ciepłotą przebiegająca choroba, lecz wskazanie to ograniczyć może stan mięśnia sercowego osoby chorej, ludzie bowiem, dotknięci zwyrodnieniem włóknistem mięśnia sercowego, źle znoszą szybkie opadnięcie ciepłoty.

Za przeciwwskazanie należy uważać gruźlicę płuc. Objawy uboczne, występujące u suchotników po zażyciu maretyny, są silne, szczególnie zaś rozpływne poty dokuczają chorym, którzy już i bez tego leku, z natury cierpienia, obficie się pocą. Pod tym względem zostały zawiedzione nadzieje fabryki Bayera i Ski, która, wprowadzając lek ten do lecznictwa, rokowała sobie, iż właśnie w gruźlicy płuc znajdzie on rozległe zastosowanie.

Niech mi w końcu wolno będzie złożyć serdeczne podziękowanie szefowi memu prof. dr. St. Pareńskiemu, którego łaskawym względom zawdzięczam, że pracę tę do skutku mogłem doprowadzić.

Piśmiennictwo. 1) J. Barjansky: Berl. klin. Wochenschrift. 23. 1904. — 2) W. Kaupe: Deutsche med. Wochenschr. 30. 1904. — 3) Elkau: Münch. med. Wochenschr. 30. 1904. — 4) Litten: Deutsche med. Wochenschr. 26. 1904. — 5) G. Helmbrecht: Deutsche med. Wochenschr. 30. 1904. — 6) E. Mai. Wien. klin. therap. Wochenschr. 12. 1905. — 7) W. Sobernheim: Deut. med. Wochenschr. 15. 1905.

II. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego (prof. dr. Gluziński).

O digalenie.

Podał

Dr. S. Thurnheim

elew rządowy kliniki.

W szeregu znanych i używanych środków farmakologicznych t. z. sercowych, pierwsze bezsprzecznie miejsce zajmuje naparstnica. Skuteczność jej działania nie da się porównać, ani zastąpić żadnym innym środkiem.

Prócz wybitnych, a znanych powszechnie zalet posiada ona jednak wiele ujemnych stron. Nierzadko bowiem spotykamy się z chorymi, którzy naparstnicy w żadnej postaci nie znoszą; u innych występują wkrótce objawy w zakresie narządu pokarmowego, u innych znów działanie nie jest jednostajne, a jeśli w końcu rozważymy, że ilość działających substancyi jest różną, zależną od wielu czynników tak, że na pewność działania nie możemy się spuścić, to będziemy mieli dość powodów, usprawiedliwiających już oddawna objawiającą się dążność do wynalezienia przetworu, któryby, łącząc w sobie zalety naparstnicy, nie posiadał jej stron ujemnych.

Wszelkie jednak w tym kierunku podjęte usiłowania, jak dotąd, spełzły na niczem. Polecane od szeregu lat i zachwalane środki zastępcze okazały się po dłuższym lub krótszym czasie nieodpowiednimi Ani digitalina, ani digitoksyna Schmiedeberga, ani *folia dialysata* Golatza nie znalazły uznania, gdyż przetwory te jużto łatwo się rozkładają, wskutek tego działanie ich jest niejednostajne, jużto drażnią przewód pokarmowy, jużto mają uboczne niemiłe działanie, jużto wreszcie trudno ulegają wessaniu. Doświadczenie zaś pouczyło, że tylko przetwór naparstnicy niezmienny i czysty co do składu, a więc zawsze pewny w swem działaniu, łatwo ulegający wessaniu i dający się łatwo dawkować, uczynić może zadość żądaniom, jakieby przetworowi naparstnicy należało stawiać. Zgodnie z tem postępując, starano się głównie o to, by wydzielić z naparstnicy substancyę w niej działającą w stanie czystym, w postaci rozpuszczalnej we wodzie.

W przeszłym roku ogłosił Cloëtta z Zurychu w „Münchener mediz. Wochenschrift“ (Nr. 33 z r. 1904), że powiodło mu się po 5-letnich zabiegach wydzielić z liści naparstnicy takie ciało bezpostaciowe, łatwo rozpuszczalne w wodzie, a identyczne z digitoksyną (stąd nazwa *digitoxinum solubile Cloëtta*), którego roczyn nosi w handlu nazwę digalenu[1]). Jako zalety tego nowego przetworu podniósł on głównie, że nie drażni tkanek i łatwo ulega dyfuzyi, skutkiem czego działa szybciej, niż nierozpuszczalna w wodzie digitoksyna Schmiedeberga. Próby, podjęte przez innych autorów, wypadły dodatnio, a ogłoszone wyniki świadczyły bardzo korzystnie o tym nowym środku.

Przetwór ten zastosowano w klinice lekar. lwowskiej, a z otrzymanych wyników na polecenie profesora Gluzińskiego zdaję niniejszem sprawę. Stosowano digalen przeważnie wewnętrznie, w dwóch przypadkach podskórnie. W każdym przypadku oznaczano parcie krwi przyrządem Riva-Rocciego[2]), ilość dzienną moczu, jego ciężar właściwy i wagę ciała przed i po zastosowaniu leczenia, uwzględniając przytem naturalnie tak przedmiotowy, jak i podmiotowy stan chorego. Sądzę, że ułatwię sobie zadanie określenia, jak działa ten nowy środek, jeśli, zanim wypowiem me końcowe uwagi i wnioski, przytoczę wprzód kilka historyi chorób w krótkiem streszczeniu.

1. *M. K.*, lat 48, zarobnik. Poprzednio zdrów. Od 3 tygodni duszność, kaszel i bolesność w okolicy wątroby.

Stan obecny: Budowa dobra. Skóra blada. Nieznaczna sinica. Oddechy nasilone, 32 na minutę. W płucach objawy rozległego nieżytu oskrzelowego. Serce powiększone, szczególnie w wymiarze podłużnym, czynność jego nieregularna. Nad koniuszkiem serca 1 dźwięczny szmer, 2 głuchy ton, podobnie nad tętnicą główną i płucną. Tętno niemiarowe,

[1]) W handlu znajduje się on w 15-gramowych flaszeczkach. Każdy gram zawiera 0·0003 digitoksyny = mniejwięcej 0·15 gr. naparu naparstnicy. Do każdej flaszeczki dodaną jest pipeta, którą można dokładnie odmierzyć $\frac{1}{2}$ i 1 cm³ roztworu.

[2]) Dane, uzyskane tym przyrządem, są wogóle bardzo względne, gdyż, jak mieliśmy niejednokrotnie sposobność się przekonać, zależą od wielu ubocznych czynników, jak: postawy chorego, zachowania się jego przed i w czasie mierzenia, dyety, tętnicy, na której oznaczamy ciśnienie, pory dnia i t. d. Granice, w których wahania z tych powodów odbywać się mogą, są dość znaczne. By więc, o ile możności uniknąć błędów, zakładaliśmy manszet przyrządu stale na ramię w pobliżu stawu łokciowego, na chorych leżących, w tej samej porze dnia.

100 na minutę. Tętnice sprychowe dobrze napięte, o ścianach twardych. Wątroba sięga 2 palce niżej łuku, jest twarda, bolesna. Brzuch wzdęty, w nim mierna ilość płynu. Na kończynach dolnych obrzęki. W moczu szeroka obrączka białka.

Rozpoznanie: *Emphysema pulmonum, bronchitis diffusa. Atheroma aortae et art. periphericarum. Myocarditis chr. fibrosa subseq. hypertroph. et dilatat. cordis totius, praecip. dext. in stadio incompens. Tumor venost. hep., ascites, anasarca.*

Leczenie: digalen wewnętrznie.

Przebieg uwidacznia tabliczka:

Data	Mocz		Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
	Ilość dzienna	Ciężar właśc.				
24 stycz.	1000*	1021	146	99	69·70	Digalen: 2 r. dz. po 1 cm³
25 „	1300	—	128	120	—	„
26 „	1500	średn. 1020	126	110	—	„
27 „	1400		134	102	—	„
28 „	1500		126	94	—	„
29 „	1400	średnio 1018	124	88	—	„
30 „	1500		125	72	60·70	„
31 „	1400		126	90	—	„
1 lutego	1500		131	102		„
2 „	1400	—	129	99	—	„
3 „	1500	—	127	84	—	„
4 „	1600	—	142	80	—	„
5 „	1600	średnio 1019	146	76	—	„
6 „	1500		132	72	55·80	„
7 „	1500		125	69	—	„
8 „	1600		126	70	—	Digalen odstawiono
9 „	1600		124	70	—	„

* Liczby, podane w tej rubryce, daleko odbiegają od rzeczywistych. Chorego nie można było, pomimo kilkakrotnych upomnień nakłonić do oddawania całego moczu do naczynia.

Skutek możliwy został osiągnięty. Duszność i kaszel ustąpiły zupełnie. Wątroba zmniejszyła się, jest niebolesna. Płynu w jamie brzusznej wykryć nie można, obrzęków na kończynach dolnych brak. Białka w moczu brak. Ubytek wagi ciała wynosi 13·90 kg.

2. *F. S.*, lat 61, konduktor kolejowy. Nigdy nie chorował. Od 10 miesięcy znaczna duszność, kaszel, ból w okolicy wątroby, ciśnienie w dołku podsercowym. Od kilku miesięcy zażywa napar naparstnicy.

Stan obecny: Wzrost wysoki, odżywienie dobre. Skóra blada. Na twarzy i końcach palców ślad sinicy. Żyły szyjne wypełnione. Oddechy nasilone, 36 na minutę. Granice płuc obniżone. W płucach objawy rozległego nieżytu oskrzelowego. Stłumienie serca na małej przestrzeni. Nad wszystkiemi ujściami dwa głuche tony, nad koniuszkiem przy pierwszym podmuch. Czynność serca nieregularna; tętno niemiarowe, słabo napięte. Wątroba powiększona, twarda, bolesna. W jamie brzusznej wolny płyn. W moczu dość szeroka, wiotka obrączka białka.

Rozpoznanie: *Atheroma aortae et art. peripher. Myocarditis chr. Emphys. pulm., bronch. diff. Insufic. musculi cordis. Tumor venostat hep., venostasis renum, ascites, anasarca.*

Przebieg leczenia uwidacznia załączona powyżej tabliczka.

Data	Mocz		Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
	Ilość dzienna	Ciężar właśc.				
10 stycz.	1000	1024	126	90	83	Dig. wewn. 2 r. dz. po ½ cm
11 „	1000	—	115	94	—	„
12 „	1500	—	110	90	—	„
13 „	1700	—	123	84	—	„
14 „	1800	—	134?	82	—	„
15 „	1900	średnio 1021	116	80	—	„
16 „	1500		115	75	81	„
17 „	1600		110	82	—	„
18 „	1700		115	84	—	Dig. wewn. 3 r, dz. po ½ cm³
19 „	1600		122	84	—	„
20 „	1700	—	118	84	—	„
21 „	1900	—	116	84	—	„
22 „	1600	—	117	82	—	„
23 „	1600	—	116	78	78·50	„
24 „	1500	—	115	70	—	Dig. wewn. 2 r. dz. po 1 cm³
25 „	1600	—	114	81	—	„
26 „	1500	—	116	84	—	„
27 „	1400	średnio 1019	123	78	—	Dig. wewn. 3 r. dz. po 1 cm³
28 „	1500		122	78	—	„
29 „	1400		117	84	—	„
30 „	1500		116	84	—	„
31 „	1400		114	75	—	„
1 lutego	1200	—	116	78	—	„
2 „	1100	—	126	81	—	„
3 „	1200	średnio 1022	126	76	—	„
4 „	1000		116	76	—	„
5 „	1100		120	74	—	„
6 „	1000		115	76	76·80	Digalen odstawiono

Poprawa stanu chorego utrzymywała się przez cały czas leczenia. Duszność ustąpiła zupełnie; objętość brzucha zmniejszyła się, płyn w nim zawarty uległ wessaniu. Tętno dość dobrze napięte, miarowe. Wątroba niebolesna, sięga niżej łuku. Białka w moczu brak. Ciężar ciała spadł o 6·20 kg.

3. *O. Ch.*, lat 70, adwokat. Zawsze dawniej zdrów. Od 3 lat duszność, od kilku miesięcy męczący kaszel i ból w lewym boku. Nadużywał tytoniu.

Stan obecny: Skóra blada z odcieniem sinawym. Żyły szyjne rozdęte, tętnią ujemnie. W płucach rozległy nieżyt, granice płuc obniżone. Oddechy znacznie nasilone, 28 na minutę. Serce powiększone, głównie w wymiarze poprzecznym. Tony serca głuche. Tętnice sprychowe o ścianach nieco grubszych, pokręcone. Tętno słabo napięte, regularne, 104 na minutę. Wątroba znacznie powiększona, twarda, przy ucisku bolesna. Śledziona powiększona, niemacalna. W brzuchu nieznaczna ilość płynu; na kończynach dolnych mierny obrzęk. W moczu wązka obrączka białka.

Rozpoznanie: *Emphys. pulm., bronchitis diff. chr. Atheroma aortae et art. peripher. subseq. hypertroph. cordis tot. praec. dextri in stad. incompens. Tumor venostat. hep. et lienis, venostas. renum. (arteriioscl. renum?); anasarca, ascites minor. gradus.*

Podano digalen wewnętrznie 3 razy dziennie po 1 cm³. Już na drugi dzień ilość moczu podniosła się z 500 na 1000 i doszła 3-go dnia do 1400 cm³ na dobę. W ślad zatem stan ogólny znacznie się poprawił. Duszność zmniejszyła się znacznie, podobnie i kaszel. Tony serca głośniejsze. Ilość tętna spadła na 88 na minutę. Obrzęki ustąpiły zupełnie. W moczu białka brak. Atoli w piątym dniu leczenia pojawiły się nudności, brak łaknienia i zaparcie stolca, skutkiem czego lek odstawiono. Waga ciała w porównaniu do pierwotnej spadła o 6 kg.

4. *K. P.*, lat 20, żona rolnika. Przed 2 laty przebyła dur brzuszny, zresztą nie chorowała. Od roku bicie serca, kaszel, duszność i krwioplucie. Od sześciu miesięcy brak regularności.

Stan obecny: Budowa dobra. Na twarzy ślad sinicy. Oddechy nasilone, 44 na minutę. W płucach objawy nieżytu oskrzelowego. Uderzenie koniuszkowe serca 2 palce na zewnątrz linii sutkowej lewej w piątem międzyżebrzu. Ręka, przyłożona w tem miejscu, wyczuwa przedskurczowy i skurczowy koci mruk. Stłumienie serca sięga na prawo do linii środkowej ciała. Osłuchiwaniem stwierdza się nad końcem serca przedskurczowy i rozkurczowy piłujący szmer, zakończony klapiącym silnym tonem, nad podstawą udzielony szmer obok tonów, nad tętnicą główną i płucną 2 tony głuche, drugi nad płucną zaostrzony. Tętno przyspieszone, słabo napięte. Brzuch powiększony; w nim ciało stałe, owalne, wychodzące z małej miednicy, jędrniejsze przy dotyku. Ciało to sięga na 4 palce powyżej pępka i odpowiada ciężarnej macicy. Wątroba niemacalna, wypukiem niepowiększona.

Rozpoznanie: *Endocard. chr. fibr. sub forma insuffic. mitral. et stenosis ostii ven sin. in stad. incipient. incompens. Bronchitis chr. in gravid. VII mens.*

Podano digalen wewnętrznie. Przebieg uwidacznia tabliczka. (p. tablicę na następnej stronie pierwszą od góry).

1/II. Chora miewa od czasu do czasu wymioty, przytem brak łaknienia. 29/I. Stan ogólny poprawił się. Tętno wolniejsze, duszności brak, kaszel utrzymuje się. 4/II. Rozpoczęły się bóle porodowe, wobec czego chorą przeniesiono do kliniki położniczej, gdzie tego samego dnia urodziła. W czasie porodu i połogu czynność serca utrzymywała się w dobrym stanie.

5. *F. K.*, lat 43, zarobnica. Przed rokiem kaszel, bicie serca, obrzęk całego ciała przez 6 tygodni. Od 2 miesięcy te same objawy, nadto od 3 tygodni wymioty, głównie po jedzeniu. Nadużywała wyskoku.

Stan obecny: Skóra lekko sino-żółtawo zabarwiona. Oddechy nasilone, 48 na minutę. W płucach objawy rozedmy i nieżytu oskrzelowego miernego stopnia. Serce powiększone, głównie w wymiarze po-

Data	Mocz		Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
	Ilość na dobę	Ciężar właśc.				
18 stycz.	600	1035	108	90	50·30	—
19 „	700	1036	108	96	—	Digalen: $^1/_2$ cm³ dzien.
20 „	700	1027	110	96	—	„
21 „	800	1037	110	96	—	„
22 „	800	1030	108	96	—	„
23 „	800	1031	110	96	51·70	Dig: 2 r. dz. po $^1/_2$ cm³
24 „	600	1028	98	96	—	„
25 „	700	1031	115	84	—	„
26 „	800	1031	115	108	—	„
27 „	1000	1024	112	96	—	Dig.: 2 r. dz. po 1 cm³
28 „	1100	1017	111	108	—	„
29 „	1100	1021	116	102	—	„
30 „	1000	1020	115	96	50·60	„
31 „	900	1027	116	108	—	„
1 lutego	1100	1021	116	90	—	„
2 „	1000	1021	122	90	—	„
3 „	1100	1020	118	92	—	„
4 „	1000	1018	120	90	—	„

przecznym. Nad końcem serca pierwszy podmuch, drugi ton słabo slyszalny, zresztą wszędzie dwa tony. Tętnice sprychowe słabo napięte, tętno miarowe, 108 na minutę. Wątroba znacznie powiększona, twarda, bolesna, o brzegu tępym. Brzuch znacznie wypukłony, w nim mierna ilość wolnego płynu. Na kończynach dolnych ślad obrzęków.

Rozpoznanie: *Emphysema pulm. bronch. diff. Arterioscl. Myocard. chr. Tumor hep., ascites, anasarca, in individuo potatore.*

Leczenie: digalen podskórnie. Przebieg: patrz tabliczka.

Data	Mocz		Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
	Ilość na dobę	Ciężar właśc.				
10 marca	1100	1027	95	104	63·70	Dig.: 2 r. dz. po 1 cm³
11 „	1100	1026	95	102	—	„
12 „	1100	1026	98	102	—	„
13 „	1100	1030	98	108	—	„
14 „	1100	1031	97	102	59·40	„
15 „	1200	1027	97	102	—	Dig.: 3 r. dz. po 1 cm³
16 „	1100	1027	98	108	—	„
17 „	1200	1025	98	108	—	„
18 „	1200	1027	97	102	—	„
19 „	400	1031	98	60	—	„
20 „	400	1030	99	80	58	„
21 „	420	1027	99	84	—	„
22 „	400	1027	100	80	—	„
23 „	500	1028	104	72	—	Digalen odstawiono

Stan chorej poprawił się. Kaszel i duszność zmniejszyły się, lecz nie ustąpiły zupełnie. Ubytek wagi ciała = 5 kg. 80 d.

23/III podniosła się ciepłota do 39·1°. W miejscach, w które wstrzykiwano digalen, postawały nacieki podskórne.

6. *A. M.*, lat 33, zarobnica. Zawsze chorowita, kaszle od dzieciństwa. Od 3 miesięcy ból głowy, kłucie w piersiach, silniejszy kaszel. Przed miesiącem pojawił się obrzęk na kończynach dolnych.

Stan obecny: Na twarzy i wargach wyraźna sinica. Końce palców rąk lekko zgrubiałe, paznokcie pozaginane. Ciepłota lekko podwyższona (37·3). Żyły szyjne nieznacznie rozszerzone, tętnią ujemnie. Klatka piersiowa dość długa, wązka, niepodatna. Dolne granice płuc obniżone. Odgłos wypukowy nad płucami wszędzie jawny, z odcieniem bębenkowym. Oddechy nasilone, 32 na minutę. Osłuchiwaniem stwierdza się wdech pęcherzykowy szorstki, wielką ilość rzężeń drobno- i średniobańkowych i nieliczne furczenia. Rozmiar stłumienia serca zwiększony w kierunku poprzecznym. Nad wszystkiemi ujściami dwa głuche tony, drugi nad płucną zaostrzony. Tętno dość dobrze napięte. W jamie brzusznej wolny płyn. Wątroba znacznie powiększona, bolesna. Na kończynach dolnych obrzęki. W moczu szeroka obrączka białka.

Rozpoznanie: *Emphysema essentionale pulm., bronchitis chr. catarrhal. diff. subseq. hypertroph. et dilatat. cordis dextri in stad. incompens. Induratio cyanotica organorum, ascites, anasarca.*

Leczenie: digalen wewnętrznie. Działanie uwidoczni załączona tabliczka.

Data	Mocz		Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
	Ilość na dobę	Ciężar właśc.				
25 stycz.	200	1027	109	116	56·40	Digalen: 2 r. dz. po 1 cm³
26 „	400	1024	112	102	—	„
27 „	400	1024	111	96	—	„
28 „	300	1025	109	98	—	„
29 „	400	1023	106	108	—	Dig.: 3 r. dz. po 1 cm³
30 „	400	1023	108	108	49	„
31 „	400	1017	118	108	—	„
1 lutego	300	1021	113	96	—	„
2 „	500	1021	116	98	—	„
3 „	1400	1016	106	100	49·30	„
4 „	2000	1013	123	96	—	„
5 „	1800	1016	110	102	—	„
6 „	2000	1016	116	96	47·60	„
7 „	2400	1010	126	96	—	„
8 „	3000	1008	126	96	—	„
9 „	2800	1011	108	98	42 70	Digalen odstawiono
Od 10/II do 15/II	średnio 1900	średnio 1019	średnio 88	średnio 85	15/II 40·60	—
Od 16/II do 21/II	średnio 1200	średnio 1018	średnio 88	średnio 88	21/II 40·90	—
Od 22/II do 27/II	średnio 1900	średnio 1022	średnio 90	średnio 81	27/II 41 70	—
28 lutego	1500	1017	89	80	—	Dig.: 3 r. dz. po 1 cm³
1 marca	1500	1024	88	76	—	„
2 „	1500	1023	88	78	42·50	„
3 „	1000	1026	89	78	—	„
4 „	1400	1025	87	72	43·50	„
5 „	1400	1025	87	72	—	„
6 „	1200	1020	96	84	—	„
7 „	1200	1020	96	80	—	„
8 „	1100	1017	90	78	43·40	„
9 „	1200	1018	88	84	—	„
10 „	1000	1028	90	84	—	„
11 „	1500	1025	90	84	43·90	„
12 „	1100	1020	101	90	—	„
13 „	1500	1019	102	90	44	„
14 „	1000	1022	98	90	—	„
15 „	1200	1021	96	84	—	„
16 „	1200	1021	96	78	—	„
17 „	1400	1019	96	72	44·50	„
18 „	1000	1015	94	84	—	„
19 „	1100	1013	88	60	—	Digalen odstawiono

10/II. Stan podmiotowy i przedmiotowy znacznie lepszy. Duszność mniejsza, kaszel również; sinicy ślad tylko. Wątroba zmniejszyła się znacznie. Płynu w jamie brzusznej ślad, obrzęków na kończynach dolnych niema, białka w moczu brak. Ubytek wagi ciała wynosi 13 kg. 70 dk.

Nie podawanie leku od 9/II do 28/II odbiło się zmniejszeniem ilości moczu i spadkiem parcia krwi, a duszność i kaszel wróciły w pierwotnej sile. Wobec tego powrócono do podawania digalenu wewnętrznie z dniem 1/III. Skutku tym razem nie zdołaliśmy osiągnąć. 11/III stwierdziliśmy: W pasze prawej więcej rzężeń i trzeszczeń, ból w tym boku. Tętno wolne, dość dobrze napięte. Wątroba mniej więcej w tych samych granicach, co poprzednio, tkliwa. Na twarzy sinica nieco większa. Ubytek wagi ciała = 2 kg.

19/III. Od kilku dni dość silny ból głowy, usadowiony przeważnie w okolicy ciemieniowej. Od 3 dni chora wymiotuje 2—3 razy dziennie, dziś rano bezpośrednio po podaniu digalenu. Skarży się na ból w okolicy żołądka, nudności i brak łaknienia. Digalen zażywa niechętnie, przypisując mu przyczynę wymiotów. Stolec nieregularny. Z powodu tych wszystkich objawów odstawiono digalen, poczem bole głowy i nudności ustąpiły, a łaknienie poprawiło się.

7. *E. A.*, lat 32, restaurator. Od dzieciństwa chorowity. Od 10 lat bicie serca, duszność i plucie krwią.

Stan obecny: Odżywienie liche, skóra blada. Na twarzy wyraźna sinica. Żyły szyjne tętnią dodatnio. W płucach wszędzie szorstkie szmery oddechowe, furczenia i świsty; w dolnych częściach dość obfite drobne rzężenia. Nad sercem skurczowe wciąganie w 6 i 7 międzyżebrzu. Stłumienie serca powiększone w kierunku podłużnym i po-

przecznym. Osłuchując stwierdza się nad końcem serca skurczowy i przedskurczowy szmer; drugi ton nad płucną silnie zaostrzony. Czynność serca niemiarowa, tętno drobne, nierówne. Wątroba duża, bolesna. W brzuchu ślad płynu. W moczu ślad białka.

Rozpoznanie: *Peri- myo- endocarditis sub forma insuffic. et stenos. ostii venosi sinistri, synechia pericardii subs. hypertroph. et dil. cord. tot. praec. dext. in stad. completae incompensat. Induratio cyanot. org. maj. gr. (pulm., hep., renum), ascites, icterus levis.*

Piątego dnia pobytu w klinice podano choremu digalen wewnętrznie. Wynik uwidoczni tabliczka.

Data	Mocz		Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
	Ilość na dobę	Ciężar właśc.				
21 lutego	—	—	—	74	60	
22 „	500	1026	—	81	—	
23 „	500	1026	—	72	—	
24 „	100	1028	—	76	—	
25 „	500	1026	—	76	—	
26 „	500	1026	130	78	—	Dig.: 3 r. dz. po 1 cm³
27 „	400	1024	118	76	62	„
28 „	400	1020	118	90	—	„
1 marca	500	1021	121	84	—	„
2 „	500	1021	121	80	—	„
3 „	500	1019	126	63	61	„
4 „	1000	1020	112	66	—	„
5 „	800	1022	112	66	—	„
6 „	600	1025	116	60	58·50	„
7 „	1000	1018	116	57	—	„
8 „	1500	1015	117	69	59	„
9 „	1000	1017	122	40	—	Digalen odstawiono

Przez czas leczenia chory czuł się podmiotowo nieco lepiej. Przedmiotowo nie można było stwierdzić poprawy. Wieczorem 8/III pojawiły się przypady uboczne w postaci dość silnego bolu głowy, nudności i braku łaknienia. Tętno z 76 spadło na 40 na minutę. Pomimo odstawienia digalenu objawy te utrzymywały się jeszcze przez 6 dni następnych. Dnia 11/III uczuł chory nagle przy spokojnem leżeniu w łóżku i wśród czytania ćmienie przed oczyma, latanie czarnych płatków i zawrót głowy, przyczem twarz zbladła, a wargi przybrały zabarwienie blado-sine. Stan ten trwał 10 minut. Chorego ułożono spokojnie i podano czarną kawę z koniakiem, poczem zwolna przytomność wróciła. Opuścił klinikę bez polepszenia, a w kilka dni później życie zakończył. Ubytek wagi ciała wynosił 1 kg.

8. *J. R.*, lat 40, dzierżawca folwarku. Przed 5 laty przebył zapalenie opłucnej po prawej stronie. Od tego czasu duszność, kaszel i silne poty w nocy. Przed 3 miesiącami krwotok płucny.

Przyjęty do kliniki dnia 10 marca 1905. Stan był następujący: Skóra sinawo-szaro zabarwiona, wargi i uszy sine. Żyły szyjne rozszerzone. Klatka piersiowa długa, wązka. Dołki nadobojczykowe zagłębione. Międzyżebrza zapadają się przy wdechu, po stronie prawej więcej, niż lewej. Po stronie prawej przytłumienie odgłosu wypukowego z przodu od szczytu do drugiego żebra, z tyłu do grzebienia łopatki. Po stronie lewej w szczycie odgłos wypukowy krótki. Zresztą wszędzie jawny z odcieniem pudłowym. Dolne granice płuc obniżone, słabo ruchome. Oddechy nasilone, 36 na minutę Osłuchując, stwierdza się wszędzie wdech pęcherzykowy szorstki z wydechem słyszalnym, przedłużonym. Serce powiększone, głównie prawe. Nad podstawą serca lekkie tarcie osierdziowe. Wszędzie 2 głuche tony, nad koniuszkiem przy pierwszym podmuch. Tętnice sprychowe wązkie, licho wypełnione. Tętno słabo napięte, niemiarowe, nierówne, 140 na minutę. Powłoki brzuszne miernie obrzękłe. W jamie brzusznej nieznaczna ilość płynu. Wątroba miernie powiększona, twardsza, przy ucisku bolesna. Śledziona przy opukiwaniu powiększona, niemacalna Na kończynach dość znaczny obrzęk. W moczu białka 1‰ (Esbach). Plwocina obfita, przeważnie ropna.

Rozpoznanie: *Tbc. chr. fibr. lobor. super. praecip. pulm. dextri emphys. pulm., bronchitis diff. chr. muco-purulenta. Concretiones pleur. praec. pulm. dextri subs. hypertr. cordis praec. dext. in stad. incomp. Tumor hep. et lienis venost. chr. venostasis renum (nephr. chr.), ascites, anasarca.*

Leczenie: digalen podskórnie. Przebieg uwidoczniony w tabliczce:

Data	Mocz		Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
	Ilość na dobę	Ciężar właśc.				
11 marca	100	1025	—	120	—	—
12 „	300	1023	—	118	—	—
13 „	200	1029	100	120	60·50	Digalen: ½ cm³
14 „	300	1027	98	122	—	Dig.: 2 r. dz. po ½ cm³
15 „	200	1027	98	120	—	„
16 „	400	1026	98	112	62·80	„
17 „	450	1026	96	108	—	Digalen: 2 r. po 1 cm³ i 1 raz ½ cm³
18 „	350	1025	95	108	—	Dig: 3 r. dz. po 1 cm³
19 „	400	1026	97	106	—	„
20 „	450	1025	115	98	63	„
21 „	400	1026	98	108	—	Digalen odstawiono

Stan chorego od czasu przyjęcia do kliniki z dnia na dzień się pogarszał. Duszność wzrosła, oddechów 48 na minutę. Sinica znaczna, kaszel uciążliwszy, obrzęki na kończynach dolnych i powłokach brzusznych większe, Przybytek wagi ciała wynosi 2 kg. 50 dk.

Spostrzeganie tych 8 i innych, tu nieprzytoczonych przypadków nasunęło nam następujące uwagi:

Już nawet powierzchowne spostrzeganie wystarcza, aby stwierdzić przynajmniej do pewnego stopnia, że istnieje różnica między tym środkiem, a dotychczas używanymi. Przebieg leczenia, uwidoczniony na załączonych tabliczkach, wskazuje, że wyniki doświadczeń były po większej części dodatnie, w niektórych przypadkach przeszły nawet nasze oczekiwania. Na wyróżnienie pod tym względem zasługuje przyp. 2. Chory ten zażywał przez kilka miesięcy przed przybyciem do kliniki odwar naparstnicy i, choć dobrze go znosił, stan jego z dnia na dzień się pogarszał. Digalen zaś, jakkolwiek w małych dawkach podany (początkowo 1 cm³ dziennie), już po kilku dniach tak dalece zadziałał, że objawy niedomogi mięśnia sercowego, jak to w historyi choroby zaznaczono, ustąpiły w znacznej części. Podobny skutek osiągnęliśmy i w kilku innych przypadkach, np. 1-szym, w którym już po 24 godzinach zwiększyła się ilość moczu i nastała poprawa stanu ogólnego. Zgadza się to zresztą z doświadczeniem innych autorów, jak Bibergeila, Kottmanna i t. d., którzy stosowali digalen u wielu chorych i tak świetne mieli wyniki, że uważają go za środek prawie idealny.

Działanie digalenu ma jednak naturalnie i swoje granice. Świadczą o tem nasze przypadki z wynikiem ujemnym. Tu, jakeśmy się przekonali, zwyrodnienie mięśnia sercowego tak daleko postąpiło, że skutku nie można się było spodziewać, a napar naparstnicy, podany w niektórych z nich, np. w przypadku 8-mym, po odstawieniu digalenu również nie działał.

W doświadczeniach naszych używaliśmy przeważnie małych dawek digalenu do 2 cm³ dziennie i, jakeśmy mieli sposobność się przekonać, wystarczają one zupełnie do osiągnięcia skutku, nawet w przypadkach znacznego osłabienia mięśnia sercowego.

Digalen jest więc środkiem polecenia godnym, który działa szybko i pewnie w tych przypadkach, w których wogóle skutku po środku sercowym spodziewać się można. Obok tych dodatnich cech posiada on jednak i ujemne strony. Zdania Cloëtty i innych autorów, jakoby niebezpieczeństwo działania zbiorowego, którego skutków tak się obawiamy przy stosowaniu naparstnicy, było przy digalenie mniejsze, na podstawie naszych doświadczeń potwierdzić nie możemy. Spostrzegaliśmy bowiem tak wybitne objawy zbio-

rowego działania u niektórych naszych chorych, że żadnej wątpliwości w tym względzie mieć nie można. Widzieliśmy je w przypadku 3-cim po 15 cm³ digalenu już 5-go dnia po zastosowaniu tego środka, w przypadku 7-mym 13-go dnia po 35 cm³; u niektórych zaś chorych nie było wcale objawów działania zbiorowego pomimo, że leczenie digalenem ciągnęło się przez kilka tygodni. Jak widzimy, ścisłej granicy tu postawić nie można. Zależnie od wrażliwości osobnika mogą one pojawić się wcześniej lub później, albo nie pojawiają się wcale. Rzecz ma się tu podobnie, jak przy naparstnicy.

Nieuzasadnionem również zdaje się być twierdzenie Cloëtty, że digalen nie drażni tkanek, co on, a za nim inni autorowie, jak Bibergeil, Walti i t. d. głównie jako zaletę tego środka podnosili. Utwierdzają nas w tem mniemaniu z jednej strony wybitne objawy podrażnienia przewodu pokarmowego, któreśmy dostrzegali w kilku przypadkach np. 6-tym, z drugiej zaś strony wyniki wstrzykiwań podskórnych, o których mowa będzie niżej.

Mówiąc o wpływach ubocznych digalenu, poświęcimy jeszcze kilka słów przypadkowi 4-mu. U chorej tej wystąpił 24-go dnia pobytu w klinice poród przedwczesny. Jakkolwiek wiadomą jest rzeczą, że u kobiet, dotkniętych wadami serca wcześniejsze porody nie należą do rzadkości, to jednak wobec tego, że chora nasza leżała zupełnie spokojnie, że poród rozpoczął się po używaniu digalenu przez dni 17, przyczem ogólny stan znakomicie się poprawił, mimowoli nasuwa się pytanie, czy digalen nie był tu czynnikiem, wywołującym przedwczesny poród Naturalnie, że sprawy tej na podstawie jednego przypadku rozstrzygnąć nie można, dopiero dalsze spostrzeżenia zdołają ją wyjaśnić.

Co się tyczy wstrzykiwań podskórnych digalenu, to zdania autorów są podzielone. Walti np. nie widział po nich odczynu miejscowego, inni, jak Kottmann i Klemperer, spostrzegali go. U nas stosowano wstrzykiwania dotychczas w dwóch przypadkach. Jeden dotyczył mężczyzny (przyp. 8), drugi kobiety (przyp. 5) Pierwszy znosił je dobrze i z wyjątkiem lekkiego pieczenia w miejscach wstrzyknięcia nie doznawał z tego powodu prawie żadnych dolegliwości. Inaczej rzecz się miała w drugim przypadku. Chora ta skarżyła się za każdym razem na pieczenie, kłucie i bolesność w miejscach wstrzyknięcia, po kilku zaś godzinach mogliśmy stwierdzić zaczerwienienie i naciek podskórny w tych okolicach. Ponieważ objawy te po krótszem lub dłuższem trwaniu zwolna ustępowały, nie przerywaliśmy leczenia. Dopiero 13-go dnia od rozpoczęcia wstrzykiwań musieliśmy ich zaniechać, gdyż nastąpiło podwyższenie ciepłoty do 39·1°, które odnieść było można tylko do nacieków, wobec braku innych zmian w ustroju, mogących je wytłómaczyć. Szybszego działania lub innych korzyści wstrzykiwań podskórnych w porównaniu do podawania wewnętrznie, nie zdołaliśmy zauważyć pomimo zwróconej na to uwagi. Dlatego polecamy je tylko wówczas, gdy podawanie wewnętrzne z jakichkolwiekbądź powodów staje się niemożliwem.

Tak więc widzimy, że digalen obok dodatnich posiada i ujemne strony naparstnicy. Tyle możemy powiedzieć ogólnie na podstawie naszego doświadczenia.

Wnioski same się nasuwają. Streszczając bowiem powyższy wywód, można powiedzieć:

1) Digalen posiada wszystkie dodatnie strony dotychczasowych przetworów naparstnicy, ma zaś nad nimi tę wyższość, że

2) Siła jego działania jest wyższą, niż naparstnicy podanej w naparze, że digalen ma skład stały, niezmienny, łatwo daje się dawkować i nadaje się przy zachowaniu pewnych środków ostrożności do wstrzykiwań podskórnych.

3) Z powodu tych zalet jest doskonałym środkiem zastępczym naparu naparstnicy, w tych przypadkach, w których używa się naparu [3]).

4) Digalen wywiera czasem działanie nawet tam, gdzie napar naparstnicy przedtem bez skutku podawano, czego odwrotnie o naparze naparstnicy powiedzieć nie możemy.

5) Zaprzeczyć się nie da, że digalen posiada i ujemne strony dotychczasowych przetworów naparstnicy.

6) Najstosowniej. jest podawać digalen wewnętrznie, przyczem dawka 2 cm³ dziennie prawie zawsze wystarcza.

7) Wstrzykiwań podskórnych powinno się używać tylko w tych razach, gdy nie można digalenu podawać wewnętrznie.

Kończąc spełniam miły obowiązek i na tem miejscu dziękuję prof. Gluzińskiemu za zachętę do tej pracy i wskazówki, których mi w czasie jej wykonania udzielał.

III. Oceny i sprawozdania.

O tak zw. chorobie Bantiego.

Skreślił

E. Stahr.

Do niedawna rozróżniali autorowie, pisujący o chorobach krwi, bardzo często dwa tylko główne działy, a mianowicie: 1) niedokrwistość *(anaemia)* wraz z blednicą i niedokrwistością ciężką (złośliwą) i 2) białaczkę, tej zaś dwa główne rodzaje: białaczkę prawdziwą i rzekomą. Za przykład niech posłuży n. p. Leube (1), który w podręczniku swoim z r. 1898 mówi o chorobach krwi właściwie w trzech tylko ustępach: 1) „Anaemie — Chlorosis — schwere (perniziöse) Anaemie", 2) Leukaemie, Leukocytose" i 3) „Pseudoleukaemie". W ostatnich latach jednak wraz z olbrzymim rozwojem hematologii zaczęły się mnożyć coraz to nowsze postaci chorobowe, podawane przez autorów za odrębne jednostki chorobowe. I tak n. p w podręczniku Nothnagla (2) obok wyżej wspomnianych postaci spotykamy się nadto z mięsakiem zielonawym (*chloroma*), z niedokrwistością rzekomo-białaczkową dzieci („*anaemia pseudoleucaemica infantum* Jacksch"), z niedokrwistością śledzionową („*anaemia splenica* Strümpell"), z przewlekłą gorączką powrotną („*chronisches Rückfallsfieber* Ebstein"), i z „*lymphosarcomatosis* Kundrat;" w najnowszym podręczniku hematologii Besançona i Labbégo (3) czytamy jeszcze o tak zw. „chorobie Bantiego" i tak zw. „*splénomegalie primitive de Debove et Bruhl*", a wreszcie po różnych pismach spotkać się można z tak zw. „leukanemią (Leube)" (4).

W pracy niniejszej zamierzam w streszczeniu podać, co dotąd wiemy o tak zw. chorobie Bantiego.

Z góry muszę zaznaczyć, że nauka nie wypowiedziała dotąd ostatniego słowa o tak zw. chorobie Bantiego, że do dziś dnia jeszcze nie nakreśliła ostrych granic między tą chorobą, a innemi, do niej zbliżonemi, i dlatego też w miarę

[3]) Powszechnemu użyciu stoi na razie wysoka cena na przeszkodzie. Flaszeczka kosztuje we Lwowie 4 koron. Fabryka jednak zobowiązała się dostarczać pojedynczych flaszeczek w cenie 2 M = 2 K 40 h (Cloëtta).

sposobności chcę zwrócić uwagę na braki i przeciwieństwa, z jakiemi się można spotkać w pracach, odnoszących się do tej sprawy, jako też na punkty styczne różnych o tej chorobie prac, aby z nich może stworzyć poniekąd znamienne ograniczenie tej nowej jednostki chorobowej. Albowiem autorowie, którzy ostatnimi czasy ogłaszali prace o tej chorobie, opisywali pod tą nazwą tak wielką liczbę przeróżnych obrazów chorobowych, że prawie niepodobna dzisiaj podać w ostrych obrysach to, co mamy nazywać chorobą Bantiego.

Guido Banti (5), profesor anatomii patologicznej we Florencyi, opisał w r. 1894 pod nazwą *„splenomegalia con cirrhosi epatica“* zbiór objawów, który ma wedle niego stanowić nową jednostkę chorobową. W chorobie tej odróżnia autor trzy okresy, z których pierwszy, trwający od 3 do 10 lat, zupełnie ma przypominać zwykłą tak zw. niedokrwistość śledzionową, a więc cechuje się głównie powiększeniem śledziony i niedokrwistością. Drugi okres trwa zwykle kilka miesięcy, a wśród niego rozwija się jak gdyby postępująca niedokrwistość i wreszcie wytwarza się okres trzeci, okres charłactwa, tak zw. okres puchliny brzusznej, który zwykle po pół roku kończy się śmiercią. W tym ostatnim okresie chorobowym rozwija się puchlina brzuszna, jako wynik włóknistego zwyrodnienia wątroby, które to zwyrodnienie (*cirrhosis*) wedle podania Bantiego nie ma się niczem różnić od zwykłej marskości wątroby. Banti w pracach swoich bardzo szczegółowo opisuje kliniczny obraz choroby i podaje również dokładne protokoły sekcyjne, jako też badania drobnowidowe tkanek, szczególnie śledziony, która ma być punktem wyjścia całego cierpienia.

Okres pierwszy tej choroby ma w zupełności przypominać niedokrwistość śledzionową *(anaemia splenica)*. I to cierpienie też nie jest dokładnie określone w podręcznikach. Pinkus (6) powiada, że cierpienie to jest rzadkie, dotychczas jeszcze niedokładnie zbadane, szczególnie co do zachowania się krwi, i że jedni zaliczają je do rzędu ciężkich, złośliwych niedokrwistości, inni zaś do tak zw. wrzekomej białaczki szpikowej. Cechuje się obrzękiem śledziony i ciężką niedokrwistością, której wyrazem w obrazie krwi jest mała zasobność krwinek czerwonych w hemoglobinę (*oligochromaemia*), niedostatek krwinek czerwonych we krwi wogóle (*oligocythaemia*) i czasem mierna leukocytoza. Notatkę swoją o sprawie tej kończy Pinkus uwagę, że dalsze dokładne badania patologiczno-histologiczne są w tym dziale niezbędne, jeśli sprawa ta, dotąd jeszcze niejasna, ma zostać wyświetloną.

Zasługą niewątpliwą Bantiego jest, że jeszcze przed dwudziestu kilku laty tę śledzionową niedokrwistość dokładnie określił i podał dokładny opis kliniczny i anatomiczny tej choroby, który w krótkich słowach tak się przedstawia: „Powoli, często niepostrzeżenie, rozwija się wielki obrzęk śledziony, przeważnie u ludzi w młodym i średnim wieku, za którym idą w ślad objawy podmiotowe i przedmiotowe niedokrwistości: ogólne osłabienie, łatwe męczenie się, kołatanie serca, duszność, zawroty głowy, bladość powłok zewnętrznych i błon śluzowych, krwotoki z nosa i innych narządów, gwałtowny spadek ilości krwinek czerwonych i hemoglobiny, mierna leukocytoza, rzadziej poikilocytoza. Po kilku latach chory ginie z wyczerpania“.

Określenie to podaję wedle pracy Albu (7), który je wyjął z publikacyi Bantiego: *Dell Anemia splenica. (Archivo della scuola d'anat. pat. Firenze. 1882)*.

Możnaby zatem, idąc za autorem, powiedzieć, że choroba Bantiego jestto pierwotnie niedokrwistość śledzionowa, która po krótkotrwałem pogorszeniu się cech niedokrwistości w kierunku niedokrwistości postępującej złośliwej przechodzi w okres puchliny brzusznej i charłactwa, wywołanych marskością wątroby.

W ślad za Bantim poszedł cały szereg autorów, z początku prawie wyłącznie włoskich, którzy ogłosili takie same lub podobne przypadki chorobowe; po pracach włoskich pojawiły się francuskie, później prace autorów amerykańskich, wreszcie prace niemieckie.

Dla dokładności wyliczę na tem miejscu autorów, piszących o tem cierpieniu wedle tego, jak mi się udało znaleźć o nich wzmianki w czytanych pracach z tego zakresu: Z Włochów pisali o tej sprawie Silva (8), Casarini (9), Cavazzani (10), który w r. 1896 pierwszy użył nazwy *„Morbus Banti“*, Bonardi (11), Firzi (12) i Silvestrini (13), których cytuję za Chiarim (14), a nadto Rinaldi (15) i Maragliano (16), o których pisze Senator (17). Z autorów francuskich pisali w r. 1896 Roque i Bret (18), z amerykańskich, jak podaje Senator (17), Sippy (19) i Osler (2) i przez Pribrama cytowany N. E. Brill (21). Brill opisuje trzy przypadki jako chorobę Bantiego; przypadki te jednak trudno zaliczyć do tej postaci chorobowej, bo się odnoszą do trojga rodzeństwa, którzy z tem cierpieniem długo żyli, a u których nadto był olbrzymi obrzęk wątroby.

W Niemczech zwrócił uwagę na tę chorobę pierwszy Senator (17) i nazwał ją *„Anaemia splenica mit Ascites“* (*Bantische Krankheit*) W rozprawach po wykładzie Senatora na ten temat w berlińskiem towarzystwie lekarskiem wspomnieli o podobnych przypadkach Litten, Lennhoff i Ewald (22). W następnym roku 1902 zjawiły się już prace na ten temat w Austryi, prawie równocześnie w pismach praskich i wiedeńskich. W Pradze pisali o tem cierpieniu Pribram (23), Hocke (24), Walko (25) i Chiari (14), zaś w Wiedniu Breuer (26) i Weinberger (27). Później jeszcze ukazały się prace A. Borrissowej (28), J. Kasta (29), L. Kasta (30), Levisona (31), Marchanda (32), Curschmanna (33), Bahrdta (34) i Fichtnera (35). W r. 1904 ogłosił Senator (36) pracę p. t. „Ueber Anaemia splenica u. Bantische Krankheit“, a w r. 1905 Brugsch (37).

Jak zatem widzimy, piśmiennictwo przedmiotu jest już wcale obszerne, obejmuje sporo przypadków, jednak opisane przypadki bardzo często różnią się między sobą, a jeszcze częściej nie zgadzają z charakterystyką cierpienia, podaną przez Bantiego. Banti bowiem podaje następujące zasadnicze cechy tej choroby: „niezwykle wielki i twardy obrzęk śledziony, który na prawo przekracza linię środkową ciała, a ku dołowi zwykle sięga poza linię poprzeczną pępkową, mniej lub więcej wybitna puchlina brzuszna, wyraźne pomniejszenie wątroby, żółtaczka na skórze i spojówkach, urobilina i bilirubina w moczu, a we krwi zmniejszenie się ilości krwinek czerwonych i spadek hemoglobiny“.

Z tą charakterystyką bardzo wiele opisów nie zgadza się. I tak w opisach jednych autorów jest wątroba prawidłowa, w opisach innych nawet znacznie powiększona (Brill 21); często nie spostrzegano żółtaczki na skórze i błonach śluzowych i bilirubiny w moczu, inni autorowie obok powiększenia wątroby i puchliny brzusznej widzieli puchlinę opłucną *(hydrothorax)*, inni znowu opisują wyraźny przybytek (a nie spadek) ilości krwinek czerwonych, a niektórzy nawet takie zmiany w składzie krwi, że stają w ostrem przeciwieństwie do obrazu krwi, podanego przez Bantiego, jako znamienny dla tego cierpienia. Bierens de Haan (38), przytoczony przez Senatora (17) podaje sam, że w jego przypadku była zwykła zanikowa marskość wątroby, wśród której obraz krwi przypominał przewlekłą niedokrwistość. Przypadek Riedera (39), również przytoczony przez Senatora (17) jest także bardzo wątpliwy. Trudno tu także zaliczyć przypadki Hocka (24), Chiariego (14) i Marchanda (32), bo w nich wykazano jako tło sprawy wrodzoną kiłę, dalej przypadek Weinbergera (27), gdyż w nim jako przyczynę choroby znaleziono zimnicę, wreszcie Brill (21) sam powiada, że jego przypadki nie dadzą się pomieścić bez zarzutu w typie choroby Bantiego. A jak pogodzić z charakterystyką Bantiego przypadek Fichtnera (35), którego przyczyną ma być uraz, a wśród przebiegu którego w czasie typowej kolki żółciowej przewód pokarmowy wydala 60 kamieni żółciowych. Bardzo ciekawe są także przypadki, podane przez Senatora, gdyż w nich nie ma najważniejszej cechy, podanej przez Bantiego, nie ma marskości wątroby i znanych objawów następowych co do krążenia w za-

kresie żyły wrotnej. W przypadkach Senatora brakowało wszystkich klinicznych objawów, któreby pozwalały wnosić o marskości wątroby. Puchlina brzuszna pojawiła się obok obrzęku śledziony. I dlatego Senator, tłómacząc swoje przypadki, upatrywał przyczyny puchliny brzusznej nie w zastoinie w zakresie żyły wrotnej, ale w zakresie dróg limfatycznych. Powołując się na przytoczoną w swojej rozprawie pracę Sippyego (19), który znalazł na sekcyi powiększenie gruczołów poza otrzewną i w sieci, tłómaczy, że puchlinę brzuszną wywołało w jego przypadkach uciśnięcie naczyń limfatycznych przez powiększone gruczoły. A może przecie w przypadkach Senatora była marskość wątroby, tylko się na zewnątrz niczem nie objawiała? A może zmiany w wątrobie wśród choroby Bantiego nie są zwykłą zanikową marskością? Że sprawa, tocząca się w wątrobie, nie jest zwykłą postacią zanikowej marskości, to na to zwraca uwagę już ta okoliczność, że, jak Banti powiada, pojawia się wśród tej marskości żółtaczka. A jak wiadomo, żółtaczka zjawia się nie wśród zanikowej marskości (typ Laënnec), ale wśród postaci przerostowej (typ Charcot-Hanot), której znowu nigdy nie towarzyszy puchlina brzuszna.

Sprawę marskości wątroby referował na ostatnim zjeździe przyrodników w Wrocławiu Naunyn (40) i podzielił ją na 4 grupy: 1) marskość poczynająca się; 2) marskość zanikowa (*aszitische Form;* 3) marskość żółtaczkowa i 4) *cirrhosis hypermegalo-splenica* (*vel hypersplenica*), „das wäre die heutige Bantische Cirrhose“. Naunyn wyraźnie zaznacza, że ciężka niedokrwistość i skaza krwotoczna mogą się pojawiać w toku wszystkich postaci marskości. Wcześnie zjawiający się obrzęk śledziony również nie jest wedle Naunyna niezwykłem zjawiskiem dla marskości, — jednem słowem marskość każda może przebiegać pod postacią choroby Bantiego.

O związku, jaki zachodzi między objawami Bantiego, a marskością wątroby, mówi Naunyn tak: „Ich möchte die Fälle von richtiger Cirrhose mit Hypersplenie, für welche ich mir die Deutung Bantis nicht aneignen kann, pseudobantische Cirrhosen nennen; und als Bantische Krankheit möchte ich die Fälle von anaemia splenica mit später hinzutretendem Ascites bezeichnen. Dieser Ascites ist dann aber nicht die Folge einer sich hinzugesellenden Lebererkrankung, braucht das jedenfalls nicht zu sein: es kann vielmehr in diesen Fällen, wie schon Senator betont hat, jede Leberkrankheit fehlen; wenn aber eine vorhanden war, so war das keine richtige Cirrhose (wenigstens in de Fällen, die ich kennen lernte) das heisst keine diffuse, sclerosierende Hepatitis, sondern es handelte sich um frische, kernreiche, lymphomatöse Wucherungen in der Capsula Glissoni und in den Azinis, wie sie bei der die multiplen Lymphomatosen (Pseudoleukaemie) begleitenden Lebererkrankungen gefunden werden. Es wird gesagt, dass hieraus eine richtige Laennec'sche Cirrhose werden könne, ich habe aber auch in der Literatur hierfür beweisende Fälle nicht gefunden“.

Tak samo A. Borrissowa (28), która bardzo szczegółowo badała tkanki po zejściu w przypadku choroby Bantiego, podaje: „An der Leber fanden sich keine Veränderungen, wie sie bei gewöhnlicher Cirrhose vorkommen, sondern die Blutkapillaren der peripheren Theile der Acini waren mit Zellen gefüllt, die den grossen endothelialen Elementen der Milzpulpa (opisuje je dokładnie na innem miejscu swej pracy, mówiąc o śledzionie) völlig glichen. Die Leberzellen waren vielfach atrophisch, — die Glissonschen Scheiden waren normal“.

Może zatem w przypadkach Senatora była marskość wątroby, ale w zgoła innej postaci, jak ją dotychczas znamy, może to była czwarta Naunynowska postać. Senator jednak, nie mogąc pogodzić swoich przypadków z typem, zakreślonym przez Bantiego, szukał patogenezy swojego typu gdzieindziej — i zaliczył typ swój do rzędu chorób krwi.

Wedle Senatora cechować się ma ta choroba zmianą w mieszaninie krwi i skazą krwotoczną W składzie krwi zjawiają się trzy zmiany (*trias Senatori*): 1) oligocythaemia — mała zasobność w krwinki czerwone; 2) olichromaemia, — przyczem ubóstwo hemoglobinowe jest większe, niżby to odpowiadało spadkowi ilości krwinek czerwonych i 3) leukopenia z równoczesnym odsetkowym przybytkiem limfocytów, a spadkiem neutrofilnych wielojądrzastych. Takie same zmiany w składzie krwi znaleźli Pribram, Walko, L. Kast i Levison. Ten ostatni opisywał leukopenię, wynoszącą 1400 krwinek białych na 1 mm.^{3}. Jednak w przypadku Borrissowej było leukocytów 11.000. Co do skazy krwotocznej, to objawiać się ma ona głównie w postaci skłonności do krwotoków w przewodzie pokarmowym.

Patrząc jednak na sprawę krytycznie, łatwo można dostrzedz, że z jednej strony trias Senatorowska nie jest stałym objawem tego cierpienia, jak to właśnie udowodniłem (Borrissowa), a z drugiej strony, gdyby nawet była objawem stałym, to jeszcze nie jest tak znamiennym objawem, żeby po nim można rozpoznawać chorobę Bantiego. Oligochromemia, oligocytemia i leukopenia mogą towarzyszyć i zwykłej przewlekłej niedokrwistości i niejednemu zatruciu. Na dowód, że wzór hematologiczny nie da się na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń ustalić, wystarczy dokładne rozpatrzenie przypadku Borrissowej, który jest niewątpliwie przypadkiem choroby Bantiego, i to może jednym z najlepiej zbadanych w całem piśmiennictwie tego cierpienia. Badanie krwi dało w tym przypadku następujący wynik: hemoglobiny 25%, krwinek czerwonych 1,988.000, z tego jądrzastych 4980, wielkich jednojądrzastych leukocytów, limfocytów wielkich i małych po 1·5%, a wielojądrzastych 95·5%. Wyraźna poikilocytoza. Wzór ten ze wzorem Senatora ma więc wspólną oligochromemię i oligocythemię, — a więc dwie cechy, które spotykamy w każdej cięższej niedokrwistości mniej lub więcej wybitnej. Natomiast Senator żąda dla charakterystyki, by była leukopenia, a tu mamy hyperleukocytozę, Senator żąda przewagi limfocytów, tu zaś widzimy przewagę wielojądrzastych. W przypadku Borrissowej spotykamy jeszcze jedną rzecz: krwinki czerwone jądrzaste (erytroblasty), które stanowią czwartą część ogółu krwinek czerwonych. Jest to ciężka zmiana krwi, jaką spotykamy tylko w najcięższej postaci niedokrwistości, t. j. w niedokrwistości złośliwej. A nie ulega najmniejszej wątpliwości, że i inni autorowie pisaliby o tem wyraźnie, gdyby w swych przypadkach takie zmiany dostrzegli.

Co do zmiany krwotocznej, na którą Senator, a za nim niektórzy późniejsi badacze główny kładą nacisk i którą uważają za rozstrzygający objaw, da się przecie zarzucić, że skoro wśród choroby Bantiego istnieje marskość wątroby, to znowu krwotoki nie są niczem znamiennem. Bo że ludzie, cierpiący na marskość wątroby, często krwawią i głównie z przewodu pokarmowego, co wedle Senatora ma być w chorobie Bantiego znamiennem, to rzecz bardzo dawno znana. A nawet znaną jest rzeczą, że krwotoki z jelit mogą być zwiastunami marskości wątroby. Niektórzy autorowie piszący o marskości wątroby, pisali nawet o „haemorrhagische Form der Lebercirrhose“. I tak n. p. Maixner (41) opisał sześć przypadków marskości wątroby, której pierwszymi objawami były krwotoki z przewodu pokarmowego. Spostrzeżenia tego rodzaju nie są częste, a to może dlatego, że krwotoki z żołądka i jelit, o ile są małe, mogą całymi miesiącami być niepostrzeżone przez chorego. Wśród marskości wątroby wydarzać się mogą krwotoki i w innych narządach wewnętrznych, w błonach śluzowych i skórze, szczególniej w cięższych postaciach marskości lub w okresie końcowym cierpienia. Nie można więc pójść bez zastrzeżeń za Senatorem i twierdzić, że dla choroby Bantiego skaza krwotoczna jest cechą znamienną.

Senator (17), mówiąc o krwotokach w chorobie Bantiego, wyraźnie podnosi, że przyczyna ich nie leży w zastoju, ani pękaniu żylaków, ale w skazie krwi. Natomiast

Chiari (14), który swój przypadek sekcyonował, znalazł jako przyczynę zejścia krwotok z żylaków w przełyku.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

PEDYATRYA. J. Voisin, R. Voisin i Norero. **Dyeta uboga w azot** (*hypoazote*) **w padaczce.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, czerwiec, 1905). Przy obniżeniu do najdalszych granic składników azotowych w pokarmach, podawaniu zwykłej ilości soli kuchennej, zwykłej i dziennej dwugramowej dawce bromku potasu nie zauważono żadnej korzystnej zmiany w częstości napadów. Obniżenie chlorków w pokarmach według Toulousea i Richeta (dechloruracya) ma wpływ niewątpliwy, jednak nie sama przez się, gdyż u chorych padaczkowych, nie biorących od dłuższego czasu bromu, jest bez wyniku, działa zaś przy zwykłych dawkach bromu, wzmacniając jego działanie lecznicze. *Lewkowicz.*

Moro. **Morfologiczne i biologiczne badania nad bakteryami kiszkowemi oseska.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, t. 61, czerwiec, 1905). Rozmieszczenie bakteryi w zdrowym przewodzie pokarmowym oseska przy piersi jest bardzo stałe. W żołądku i dwunastnicy napotyka się tylko odosobnione bakterye. Górna część kiszki cienkiej jest mikroskopowo jałowa, co według Kohlbruggea należy odnieść do bakteryobójczego działania enterokinazy. Dolna część tejże kiszki zawiera prawie wyłącznie *b. coli-commune* i *b. lactis aërogenes*, jednak w ilości skąpej. Od kiszki ślepej obraz nagle się zmienia. Bakterye stanowią odtąd główną część treści kiszek. W kiszce ślepej i okrężnicy wstępującej obok wspomnianych wyżej bakteryi znachodzimy prątka rozszczepionego (*b. bifidus*) i bakterye z zarodnikami (b. kwasu mlecznego, b. główkowe); następnie zaś od okrężnicy poprzecznej i zstępującej na pierwszy plan wysuwa się prątek rozszczepiony i on też w stolcu oseska przy piersi znajduje się mikrospowo prawie w czystej hodowli. — Wnikanie bakteryi u dzieci nowonarodzonych odbywa się częściowo przez usta (prątek kałowy, *b. lactis aërogenes*), głównie jednak przez rzyć. Pierwszy pojawia się w smołce prątek kałowy, potem prątek rozszczepiony. *Lewkowicz.*

Monsseaux. **Zaburzenia w moczeniu u dziecka skutkiem piasku w moczu, lub nadmiernej kwasoty moczowej.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1905, maj). Siedem przypadków u dzieci starszych. Dziecko często odczuwa potrzebę moczenia, często jednak także zrzeka się moczenia z powodu bolów. Gdy wreszcie przychodzi do moczenia, niekiedy mimowolnie, jest ono bolesne. W nocy, jeżeli dziecko śpi głęboko, przypady ustępują, innym razem dziecko budzi się, aby mocz oddać, lub oddaje mocz nieświadomie. Mocz jest wysycony, zawsze dużo mocznika, jeszcze więcej kwasu moczowego, a często także piasek krystaliczny tego kwasu. Leczenie polega na zastosowaniu wód alkalicznych, ale ważniejszem od tego jest zmiana żywienia, ograniczenie pokarmów mięsnych, wprowadzenie większej ilości jarzyn, mleka, napojów wodnych, zalecenie ćwiczeń fizycznych. *Lewkowicz.*

Saïas. **Zaparcie stolca u oseskòw.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, maj, 1905). Wskutek prac Hirschsprunga i innych znaną była długość nadmierna okrężnicy zstępującej i esowatej, jakoteż liczne zagięcia tych części u oseskòw. Co do okrężnicy wstępującej i poprzecznej przyjmowano, że te są raczej krótkie. Tymczasem z badań autora wynika, że i te części okrężnicy są u oseska stosunkowo dłuższe i że często przedstawiają zagięcia. Przyczyną tych zagięć jest nadmierna długość krezki okrężnicy wstępującej w górnej części. Z drugiej strony kiszka ślepa u oseskòw często nie leży w miejscu prawidłowem, lecz wyżej. Jestto powstrzymanie rozwoju, gdyż kiszka ślepa leży pierwotnie po stronie lewej brzucha, następnie wędruje naokoło pępka ku górze, stronie prawej, ku dołowi. Umieszczenie wysokie musi być przyczyną nowych zagięć. W tem ukształtowaniu prawidłowem i powszechnem kiszki grubej oseska należy upatrywać podstawy anatomicznej dla skłonności oseskòw do zaparcia stolca. *Lewkowicz.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. J. Benco. **Badania kliniczne nad lepkością krwi podczas zaburzeń w wydalaniu bezwodnika kwasu węglowego.** (*Deutsch. med. Woch.*, 1905, Nr. 15). Lepkość krwi, badana metodą Hirscha i Becka, była znacznie większa w przypadkach chorobnych, połączonych z mniej lub więcej wybitną sinicą, niż u ludzi zdrowych. U chorych, mających sinicę, wdychanie tlenu stale znacznie obniża lepkość krwi. Lepkość krwi powiększa się lub obniża w zależności od ilości CO_2 we krwi. Zwiększenie się lepkości krwi, gdy nagromadza się w niej bezwodnik kwasu węglowego, zależy od zmiany objętości krwinek, oraz zmiany ich powierzchni. Wpływu rodzaju jadła na lepkość krwi u ludzi, autor nie zauważył. *A. Wrzosek.*

Weichselbaum i Bartel. **W sprawie utajonej gruźlicy.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1905, Nr. 10). Autorowie badali migdałki, gruczoły chłonne szyjne, tchawicze, oskrzelowe i krezkowe, zarówno histologicznie, jak i bakteryologicznie, przeszczepiając kawałki rzeczonych gruczołów świnkom morskim podskórnie lub do jamy brzusznej. Materyał do badania pochodził ze zwłok dzieci, zmarłych na odrę, błonicę, płonicę itp., u których ani klinicznie, ani sekcyjnie nie wykazano najmniejszych śladów gruźlicy. Badanie histologiczne w żadnym przypadku nie wykazało w gruczołach badanych jakichkolwiek zmian gruźliczych. Mimo tego w niektórych przypadkach świnki morskie, zaszczepione w sposób wspomniany wyżej, zapadały na gruźlicę; co dowodzi, iż w gruczołach chłonnych u ludzi, którzy żadnych zmian gruźliczych nie mają, mogą przebywać mikroby gruźlicze jadowite. Autorowie nie rozstrzygają sprawy wrót zakażenia gruźliczego, ani nie podają dokładniejszych dat co do częstości znajdowania się mikrobów gruźliczych w gruczołach chłonnych, gdyż wymieniona w nagłówku ich praca jest tylko tymczasowem doniesieniem. Mimowoli nasuwa się pytanie, czy należy nazywać utajeniem gruźlicy lub utajoną gruźlicą przypadki, w których zgoła żadnych zmian gruźliczych niema, a tylko w tkankach znajdują się prątki gruźlicze? Takiem samem prawem ludzi zdrowych, w których w przewodzie pokarmowym znajdują się, np. podczas epidemii cholery, przecinkowce choleryczne, należałoby uważać za chorych na cholerę, co byłoby oczywistym bezsensem. Dotąd jeszcze nie odróżniają niektórzy autorowie zakażenia od choroby zakaźnej. Możemy się przecież zakazić mikrobami jadowitymi, a jednak nie zapaść na chorobę zakaźną. Możemy również zakażać mikrobami jadowitymi zwierzęta, a jednak choroby u nich nie wywołać: nie każde bowiem zakażenie do choroby zakaźnej prowadzi. *A. Wrzosek.*

Widal i Javal. **O zatrzymaniu mocznika w chorobie Brighta w porównaniu z zatrzymaniem chlorków.** (*La semaine médicale*, 1905, Nr. 27). W przebiegu niedomogi nerkowej mogą być chlorki i mocznik równocześnie lub oddzielnie zatrzymane. Ich nagromadzenie się w ustroju uskutecznia się przez mechanizmy zasadniczo różne. W stanach mocznicowych przypadłości zależne od zatrzymania chlorków, czyli chloruremii, są różne od tych, które się spostrzega, kiedy krew jest przepełniona azotem, t. j. od azotemii. O ile pierwsza pozostaje w ścisłym związku z nawodnieniem tkanek i obrzękami, to nagromadzenie się mocznika we krwi może przebiegać zupełnie bez obrzęków, a cechuje się głównie brakiem łaknienia, wzmagającem się aż do jadłowstrętu i sennością, potęgującą się aż do śpiączki. Oba te rodzaje zatrzymania (retencyi), które w mocznicy łączą się w jeden całokształt, wymagają też oddzielnych wskazań dyetetycznych. Mleko ma znaczenie z powodu skąpego doprowadzenia chlorków, a dyeta węglowodanowa i tłuszczowa ma na celu przeciwdziałanie azotemii. Jakkolwiek kombinacya dyety mlecznej z roślinną jest w cierpieniach nerkowych najodpowiedniejszą, to jednak bezwzględny zakaz mięsa jest zbyteczny, albowiem dozwoloną jest taka ilość mięsa, która przechodzi przez nerki swobodnie bez zatrzymania (retencyi) azotowego. *Dr. Blassberg.*

Reis. **Katalaza mleka.** (*Zschft f. klin. Medicin*, 1905, LVI. 1 i 2). Zaczyn mleka, zwany katalazą, z powodu swej własności rozkładania wody utlenionej na wodę i tlen, którego obecność nie jest zresztą znamienną dla mleka, gdyż taki sam zaczyn znajduje się prawie we wszystkich komórkach roślinnych i tkankach zwierzęcych, może być oznaczony ilościowo z objętości tlenu, wydzielonego z pewnej ilości wody utlenionej przez różne ilości mleka lub przetworów mleka. Autor udowodnił, że zaczyn ten przechodzi przy centryfugowaniu mleka do śmietany, nie stoi jednak w żadnym związku z tłuszczem, gdyż przy wstrząsaniu śmietany z wodą lub rozczynem fizyologicznym soli kuchennej katalaza przechodzi w rozczyn wodny lub solny. Katalaza jest zatem rozpuszczalną w wodzie i w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej, nierozpuszczalną w rozczynach koloidowych, jakim jest mleko. Z takiego zaś rozczynu może być przez ciało tłuszczowe, albo i inne ciała o dużej powierzchni, jak ziemia okrzemkowa, porwaną. Katalaza rozkłada wodę utlenioną tylko krótki czas, zaczyny zaś nieorganiczne, jak rozczyny kolloidowe złota lub platyny, niesłabną w swem działaniu. Autor tę różnicę tłómaczy działaniem utleniającem nadmiaru wody utlenionej na organiczną katalazę, przez co ona zostaje zniszczoną; zaczynów nieorganicznych oczywiście utlenienie zniszczyć nie może. Zresztą między obu zaczynami niema istotnej różnicy. *Mostowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Neuronal (bromdietylacetamid) jestto nowy środek nasenny, mający postać białego, krystalicznego proszku, łatwo rozpuszczalnego w wyskoku, eterze i olejach, trudniej w wodzie. Smak ma gorżki. Raschkow (*Pharm. u. ther. Rundschau*, 1905, 8) przekonał się na 63 chorych umysłowych w 1 klinice psychiatrycznej wiedeńskiej, że dobry sen wywołać może już 0,5 neuronalu. Dawki 2,0 R. nie przekraczał. Na 400 prób uzyskał R. sen dobry (najmniej 6-godzinny) 203 razy, skutek mierny (sen krótszy, niż 6 godzin) 124 razy, słaby (mniej, niż 2 godz.) 33 razy; nie było skutku 32 razy. U podnieconych chorych konieczne były zawsze większe dawki (zwykle 2,0). Porównawcze badania wykazały, że dzielniejszym od neuronalu lekiem jest tylko weronal. Równie dobre skutki uzyskał Bleibtreu (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 15). *K.*

Bromokol okazał się według doświadczeń na zwierzętach, wykonanych przez Meiera (*Allg. med. Ctr. Ztg.*, 1905, 15, 18) środkiem, zobojętniającym do pewnego stopnia działanie strychniny, zarówno użyty zapobiegawczo, jak i leczniczo. O tem działaniu bromokolu miał tenże autor sposobność przekonać się i w jednym przypadku przewlekłego zatrucia strychniną u człowieka (*Ibid.*, 1905, 20), mianowicie u siebie samego. W toku prób na sobie doszedł M. stopniowo pozornie bez szkody do dawki 0,085 *strych. nitric.*; następna jednak dawka: 0,09 wywołała wyraźne objawy zatrucia, które wnet minęły po śródżylnem wstrzyknięciu 10 cm.^{3} 10 prc. roztworu bromokolu. *L.*

Barutyna jest nowym środkiem moczopędnym; jestto sól podwójna teobrominy barowej i salicylanu sodowego, zawierająca w 1 gr. 0,169 $BaCl_2 + 2H_2O$ i 0,255 teobrominy. Dotychczas próbował tego środka tylko u zwierząt Bibergeil (*Deuts. med. Wochs.*, 1905, 15) i przekonał się, że lek ten ma silne własności moczopędne i zapobiega powstawaniu puchliny w jamach surowiczych i w tkance podskórnej. *Af.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 21/VI 1905.

Przewodniczący: kol. prof. Nowak. Obecnych: 32.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. przewodniczący wita gości: koll. Brejskiego, Maciesze i Kryńskiego.

III. Wybrano jednogłośnie na członków koll.: prof. Pilza, Żmigroda i Staszewskiego.

IV. Kol. Prym. Borzęcki mówi: O leczeniu tocznia (*lupus*). Wśród innych metod jedno z niepoślednich miejsc zajęła metoda Langa, stosowana w szpitalu od lat czterech. Metoda ta polega na wycinaniu nacieków gruźliczych i pokrywaniu braków kosztem otoczenia, ewentualnie zbliżenie ran pooperacyjnem i uzupełnieniu braków przez przemieszczenie skóry sposobem Thierscha lub Krausego. Wyniki operacyjne (co do nawrotu) zabiegów tych leczniczych, które prowadzi sekundaryusz Dr. Gogulski, należy uznać za pomyślne. Chorzy, o ile cierpienie ich powróci, z pewnością wracają na oddział, ale na szczęście liczba tych nieszczęśliwych jest tak mała, że operacye te należy uważać za doszczętne. Bez najmniejszego guzka jako nawrotu dawny pacyent po podobnem usunięciu tocznia na twarzy od 1½ roku jest służącym w szpitalu. Operacye te dotyczą przeważnie plastyk nosa, twarzy, powiek i warg.

Jako demonstracyę do powyższych przypadków przedstawił Dr Gogulski szereg chorych, operowanych przez siebie bądź z powodu tocznia, bądź z powodu oparzenia. W leczeniu odróżnia cztery okresy: 1) przygotowanie chorego ogólne żelazem, arszenikiem, usunięcie wyprysków, objawów zołzowych, oczu, nosa, a więc *conjunctivitis-keratitis-rhinitis*, 2) usunięcie znamion chorobowych bądź przez termokaustykę, bądź przez wyłuszczenie i otrzymanie żywych granulacyi, 3) pokrywanie wszelkich ubytków przyskórkiem (Thiersch), bądź całą skórą (Krause i Wolff). 4) Plastyki właściwe na tle skóry zdrowej i dostatecznie odkażonej. Ze względów kosmetycznych i fizyologicznych (oddychanie, mowa) zwraca szczególną uwagę na plastyki nosa. Operuje Dr. Gogulski sposobem Dieffenbacha lub sposobem swoim własnym. Sposób Dra Gogulskiego polega na wykrojeniu płatu z czoła równolegle do rąbka włosów i brwi i podwinięciu obwodowej części tegoż, celem stworzenia duplikatury, tworzącej rąbek twardy i zlewający się z kością nosową, względnie z płatem odpreparowanym również dokostnie z resztek nosa. Wyniki zawsze pomyślne; ani razu aseptyka nie zawiodła, chociaż opatrunki należało zmieniać zbyt często, ze względu na łatwość zanieczyszczenia od otworów fizyologicznych, od oczu, nosa i ust. Ze względu na zakażenie od jamy nosowej odkaża się ją na dni parę przed operacyą silnie roztworem tymolu, bądź słabym roztworem kwasu karbolowego.

Przypadek oparzenia chorego na padaczkę o tyle łączy się z poprzednimi, iż również zmuszał do plastyki czoła, po sekwestrotomii blaszki zewnętrznej i do plastyki wargi spos. Langenbecka. Brak nosa i odwinięcie (*ectropion*) powiek u tegoż chorego dyktuje dalsze wskazanie zabiegów operacyjnych. W dyskusyi podnosi Dr. Kryński dogodności stosowania podpórki widełkowatej do podtrzymania szczytu nosa. Za tak cenną uwagę podziękował Dr. Gogulski, obiecując dotychczasowe dreny metalem zastąpić.

V. Kol. Artur Frommer przedstawia — z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie, Prym. Dra Bogdanika: Dotychczasowe wyniki leczenia spraw zapalnych ropnych, oraz ran pooperacyjnych sposobem Biera zapomocą przekrwienia biernego. Z początkiem b. r. ogłosił prof. Bier[1]) w *„Münchener Mediz. Wochenschrift"* pracę, w której podaje nowy sposób leczenia zapaleń ropnych a mianowicie zarzuca on zupełnie dawny sposób przeciwzapalny, lecząc te choroby przekrwieniem biernem zapomocą opaski gumowej. Pod wpływem tego leczenia ropienie ustępuje zwykle bardzo szybko, cząstki obumarłe oddzielają się wnet, pozostawiając nietkniętemi tkanki, które zwykle przy tych cierpieniach ulegały mniejszemu lub większemu zniszczeniu. W statystyce swojej podaje on 110 przypadków ropienia, leczonych tym sposobem, przeważnie z dobrym skutkiem. Stosował on to leczenie przy ropnicy, także przy ropnem zapaleniu dużych stawów, przy zapaleniu ostrem i przewlekłem szpiku kostnego i przy najczęstszej ze spraw ropnych, przy zapaleniu ropnem ścięgien, ograniczając zabiegi krwawe do możliwego minimum. Działanie przekrwienia biernego, zastosowanego przez tego samego autora przy sprawach gruźliczych stawów z dobrym skutkiem, tłómaczy on nadzwyczajnem wzmożeniem stanu zapalnego, który jest tylko odczynem ustroju wobec zakażenia. W kończynie, poddanej przekrwieniu, występuje zwolnienie obiegu krwi, lepsza wymiana materyi, a co za tem idzie, lepsze odżywienie kończyny. Twierdzenia swoje popiera on dalszemi doświadczeniami, przeprowadzonemi ze znakomitym wynikiem, które przedstawił na tegorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie, rozszerzając to leczenie także i na zapalenie ucha środkowego z następowem zajęciem wyrostka sutkowego. Zachęcony tymi wynikami podał za planem Biera Klapp przyrządy, mające na celu wywołanie przekrwienia na chorych częściach kadłuba. Służą do tego naczynia szklane, w których wywołuje się próżnię pompką ssącą. (Demonstracya przyrządów).

Zachęceni tem stosowaliśmy na oddziale chirurgicznym przekrwienie bierne według Biera w następujących 13 przypadkach: Zapalenie ropne tkanki podskórnej (1). Zapalenie ropne ścięgien (7). Zapalenie ropne stawów (2). Ukąszenie przez żmiję (1). Zapalenie przewlekłe szpiku kostnego (2).

Przekrwienie zaś zapomocą aparatów ssących według Klappa stosowaliśmy w 5 przypadkach, a mianowicie: w dwu zapaleniach ropnych ścięgien na palcu przy karbunkule, w zapaleniu ropnem sutka zapaleniu gruczołów pachwinowych na tle wrzodu miękkiego. (Demonstracya chorych).

1. P. Lat 85. Na plecach w środku między łopatkami guz, wielkości jaja kurzego; okolica zaczerwieniona, z głębi przeświecają punkty żółtawe, dokoła skóra zaczerwieniona. 7/VI 1905 wywołano przekrwienie metodą Bier-Klappa przez 10 m., przyczem wydobyło się nieco ropy i dużo krwi, bolesność mniejsza. 10/VI chory podaje, że bóle ustąpiły i czuje się znacznie lepiej. Guz o połowę mniejszy, zaczerwienienie i bolesność mniejsza. Aspiracya przez 25 m., przyczem wydobywa się nieco ropy. 12/VI. Aspiracya. 13/VI. Guz znacznie mniejszy, mniej bolesny, chełbotania niema, przy aspiracyi wydobywa się nieco krwi. 14/VI założono znowu aparat aspiracyjny na 15 m. Obecnie czuje się chory dobrze, rana prawie wygojona.

2. P-a. Od 4 tygodni ból w piersi prawej, którą chora miała dusić z powodu braku pokarmu przed urodzeniem dziecka. Od kilku dni znaczne pogorszenie, zaczerwienienie i obrzęk sutka, oraz bolesność większa. Ciepłota 38°. Stan obecny; dolna połowa sutka prawego

[1]) *Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie 5, 6, 7.*

dokoła brodawki obrzękła, skóra na przestrzeni dłoni zaczerwieniona, w głębi czuć nacieczenie twarde, bolesne. Aspiracya metodą Bier-Klappa przez 15 m., potem przerwa i znowu przez 15 m. 14/VI. Chora twierdzi, że miała w nocy gorączkę i źle spała. Guz zapalny wydaje się mniejszy, przy dotyku mniej bolesny, na zewnątrz od brodawki miejsce zaczerwienione, chełboczące; założono aparat aspiracyjny na 30 m. 17/VI i 18/VI chora się nie zjawiła. 19/VI. Naciek większy, z przetoki wydobywa się dużo ropy i krwi. Aspiracya 40 m. 20/VI. Stan chorej dobry, obrzęk o wiele mniejszy, bolesność mała.

Aby wywołać przekrwienie bierne, zakładamy na kończynach opaskę gumową, o ile możności jak najwyżej od miejsca chorego, tak aby na kończynie wystąpiło wyraźne obrzmienie, połączone z obrzękiem tkanki podskórnej. Kończyna cała powinna być ciepła i zaczerwieniona. W celu wywołania przekrwienia biernego w stawie barkowym używamy miękkiego węża gumowego z odpowiednim zaciskiem. W podobny sposób postępujemy przy sprawach zapalnych moszen. (Demonstracya chorych).

3. M. Choroba rozpoczęła się przed tygodniem dokuczliwym bólem na dłoni w okolicy śródręcza palca III. na ręce lewej. Ból ten, połączony z obrzękiem dłoni, stale się powiększał, poczem na 4 dni przed przyjęciem na oddział wystąpiło prawie zupełne zesztywnienie palców wraz z pogorszeniem się całego stanu chorego. W tych dniach wystąpiły także dreszcze i brak apetytu. Stan obecny. Robotnik 20-letni, dobrze zbudowany i odżywiony, dłoń i grzbiet ręki lewej, oraz palce deskowato obrzękłe, zaczerwienione, przy dotyku bolesne. Przy podstawie palca II. i III. skóra zmieniona, barwy białawo-żółtej, przy dotyku bardzo bolesna. Przedramię także obrzękłe. Założono opaskę powyżej stawu łokciowego, w następstwie czego wystąpił znaczny obrzęk i zaczerwienienie kończyny aż do miejsca uciśniętego opaską, przyczem bóle ustąpiły. T. 37·6 wieczorem. 27/IV. Odtąd trzyma chory opaskę stale 12—24 godzin na dobę. Chory czuje się lepiej, domaga się sam założenia opaski.

Skóra przy podstawie zajętych palców ulega coraz wyraźniej obumarciu, przybierając kolor żółty i wykazuje wyraźnie chełbotanie. Ciepłota spada. Trzeciego dnia w miejscu chełboczącem wytworzył się otwór, przez który obficie wydobywa się ropa żółtawa; chory czuje się dobrze, ruchy palców wolne, miejsce chore nie bolesne 6/V. Kończyna zupełnie sklęsła, ruchy palców zupełnie wolne, w miejscu największego nacieku ropnego nieznaczny ubytek na skórze, drążący w głąb na $^{3}/_{4}$ cm. Obecnie rana zupełnie zagojona.

Wyniki nasze były we wszystkich przypadkach dobre, z wyjątkiem jednego, gdzie przyczynił się do tego upór i niechęć pacyentki. Były to zresztą po większej części przypadki nie zaniedbane, sprawa zapalna nie wywołała jeszcze obumarcia tkanek na większej przestrzeni. Wyniki tego leczenia przy tak groźnych cierpieniach skłoniły do zastosowania tego znakomitego czynnika leczniczego także i przy innych sprawach zapalnych. W pierwszym rzędzie zastosowaliśmy przekrwienie bierne przy gojeniu się ran pooperacyjnych ropiejących lub powoli wypełniających się ziarniną. Do spraw takich należą rany pooperacyjne po sekwestrotomii, gdzie rana wypełnia się powoli ziarniną przez kilka miesięcy, rany pooperacyjne po trepanacyi wyrostka sutkowego.

Rzeczywiście i tutaj osiągnęliśmy znakomite przyśpieszenie w gojeniu się rany, która goiła się po wyjęciu setonów i założeniu powierzchownego aseptycznego opatrunku, prawie w oczach. U jednej z chorych olbrzymia jama po wykonaniu sekwestrotomii, ropiejąca, zgoiła się w kilku dniach pod opaską Biera. *(Demonstracya)*. Obecnie widzimy po obu stronach uda blizny trwałe, bez żadnej wydzieliny, chora ma zupełną swobodę ruchów, nie odczuwa żadnych bolów. Ten sam wynik był i u czterech pozostałych chorych.

Podobne wyniki mieliśmy w leczeniu następowem po otwarciu wyrostka sutkowego, jak okazują obecni tutaj dwaj pacyenci wygojeni. Do wywołania przekrwienia biernego na głowie używamy wązkiej opaski gumowej o długości od 28—36 cm., którą wedle potrzeby zapinamy na przyszyte do niej klamerki. Jeden chory, operowany na klinice prof. Kadera z powodu znacznych zmian w wyrostku sutkowym po zapaleniu ucha środkowego, przesłany był na oddział chirurgiczny w dwa tygodnie po operacyi. *(Demonstracya)*.

4. S. 7/VI. Stan obecny: poza uchem lewem rana ziejąca na 3 cm. o brzegach nacieklych, z ucha obfita wydzielina ropna. Z rany wyjęto seton z gazy jodoformowej, nasiąkły ropą. Wprowadzony zgłębnik wchodzi blizko 3 cm. w głąb i napotyka obnażoną kość; w okolicy rany kilka sączków gumowych. Założono opatrunek aseptyczny i opaskę Biera na szyję na 20 godzin, setony i sączki całkowicie usunięto. 10/6. Chory czuje się lepiej, rana mniej wydziela, również z ucha mniej wydzieliny. 12/VI. Rana poza uchem zasklepiona, nie wydziela, z ucha wypociny bardzo mało, chory czuje się dobrze i nosi opaskę chętnie. 14/VI. Rana zgojona, wydzielina ropna z ucha mniej obfita. 19/VI. Stan chorego dobry; chce opuścić oddział. 21/VI. Badanie ucha wykonane przez Dra Nowotnego wykazuje: w przewodzie zewnętrznym nieznaczną ilość wydzieliny ropnej, ściana tylna przewodu zewnętrznego wpuklona ku wnętrzu, ucha środkowego nie widać.

5. B. Operowany 24/4 1905 z powodu daleko sięgającego próchnienia wyrostka sutkowego; przy operacyi okazały się rozległe zniszczenia całego wyrostka sutkowego, porażenie nerwu twarzowego. Słuch zniesiony. Ranę leczono tamponami z gazy, napojonej mieszanką jodoformową, oraz przepłukiwaniem ucha środkowego. Stan obecny; 7/VI poza małżowiną rana długości 4 cm., ziejąca; wydzielina ropna z ucha i z rany. Wprowadzona sonda napotyka obnażoną kość. Z rany wydziela się znaczna ilość ropy. Założono opaskę Biera na szyję na 20 godzin, setony usunięto. 10/6. Rana znacznie mniejsza, goi się, wydzieliny w uchu mniej, chory czuje się lepiej. 12/VI. Wydzielina z rany ustała zupełnie, z ucha znacznie mniejsza, chory znosi opaskę bardzo dobrze. 14/VI. Rana zgojona, wydzieliny w uchu bardzo mało. 19/VI. Stan chorego zupełnie dobry. 21/VI. Badanie ucha, wykonane przez kol. Nowotnego wykazuje; błony bębenkowej brak, w uchu środkowem polipy; wydzielina ropna nieznaczna.

Zachęceni tymi wynikami zwróciliśmy się do zapalenia gruźliczego stawów, szczególniej w przypadkach rozpaczliwych, grożących amputacyą. Tu naprzód sprowadzaliśmy przez zastosowanie przekrwienia biernego pewne polepszenie, następnie zapomocą małego cięcia otwieraliśmy staw i po usunięciu ziarniny ostrą łyżeczką zakładaliśmy napowrót opaskę Biera, wykonując odrazu ruchy bierne, by utrzymać w zupełności funkcyę stawu. W dotychczas tak leczonych przypadkach otrzymaliśmy dobre wyniki wraz z tak bardzo cennem skróceniem czasu leczenia i z nadzwyczajnem ułatwieniem opatrywania.

6. R *(Demonstracya)*. Zgłosił się na oddział chirurgiczny przed trzema miesiącami z powodu gruźliczego zapalenia stawu kolanowego prawego. Wymiar kolana chorego większy był o 28 cm. od stawu zdrowego. Staw kolanowy wrzecionowato rozdęty. Naczynia żylne na powierzchni porozszerzane, zagłębienia przyrzepkowe znikły tak że kontury rzepki są zatarte. Powyżej rzepki obrzmienie sięga na kilka cali na udzie, kończąc się u góry linią łukowatą, ku dołowi wypukłą. Staw bolesny, miernie zgięty, ruchy bierne słabe. W otoczeniu rzepki chełbotanie, rzepka balotuje. Po stronie zewnętrznej przetoki wielkości grochu o wargach języczkowato wywiniętych, ziarnina barwy blado czerwonej; ciepłota 37·7°. Założono opaskę Biera z przerwami, jak przy zapaleniu przewlekłem, przyczem chory po kilku dniach uczuł znaczne polepszenie. Ze znajdujących się już dawniej przetok zaczęła się wydobywać obficie ciecz ropiasta, która coraz bardziej stawała się przeźroczystą. Chory zaczął wykonywać ruchy bierne i czynne. Różnica wymiarów zmniejszyła się do 10 cm. Stan ten trwał kilka tygodni, poczem nie można było zauważyć żadnych wybitniejszych postępów w gojeniu. Wobec tego zdecydowaliśmy się do atypowego usunięcia zmienionych tkanek stawowych. Operacyę wykonano w uśpieniu chloroformem; wykazała ona ogromne zniszczenie całego stawu. Cały staw wypełniony wiotką, blado różową ziarniną, rozpadającą się pod dotknięciem palca. Po operacyi nałożono powyżej opatrunku opaskę Biera. C. wieczorem 39°. Ruchy bierne i czynne możliwe; obecnie w trzecim dniu po otwarciu stawu mogliśmy pacyenta spokojnie przenieść. Ciepłota prawidłowa, chory swobodnie porusza dolną kończyną i czuje się zupełnie dobrze.

Te pomyślne wyniki ukazują w przyszłości nadzieję udoskonalenia tej metody do tego stopnia, abyśmy w niej znaleść mogli środek doszczętny w leczeniu gruźlicy kości i stawów.

Ze względu na to, że niniejsza demonstracya nastąpić miała w toku dyskusyi nad zapowiedzianym odczytem docenta Dra Rutkowskiego, miało to być tylko sprawozdanie z prób, rozpoczętych na oddziale chirurgicznym w szpitalu św. Łazarza. W ostatniej chwili rozszerzyć musiałem zakres mej demonstracyi z powodu nieobecności prelegenta — proszę przeto o odłożenie dyskusyi aż do przyszłego posiedzenia.

VI. Zapowiedziany odczyt kol. docenta Rutkowskiego spadł z porządku dziennego z powodu wyjazdu prelegenta.

Pisarski, sekretarz doroczny.

* * *

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

W sprawie wiwisekcyi.

Agitacya przeciwko tak zwanej wiwisekcyjnej metodzie badania raz gaśnie, to znowu wybucha jasnym płomieniem. Występować do walki z tą agitacyą i doprowadzać ją wedle możności do absurdum jest obowiązkiem każdego, komu leży na sercu dobro naukowej wiedzy lekarskiej, a z nią dobro ludzkości. Niedawno rozesłało jakieś angielskie towarzystwo znowu list otwarty „do panów lekarzy“, w którym powołując się na religię, sprawiedliwość, humanitarność etc., wzywa lekarzy do poparcia akcyi antiwiwisekcyjnej.

W *Deutsch. med. Wochenschrift*, Nr. 28 z 1905 ogłasza prof. dr. Erich Harnack odpowiedź, jaką przesłał owemu angiel

skiemu towarzystwu, a czyni to dlatego, iż się spodziewa, że wspomniane towarzystwo listu jego nie opublikuje:

„Szanowni Panowie z Friends Anti-Vivisection Association! Zaszczyciliście mnie Panowie otwartym listem, w którym prosicie mnie o poparcie i zajęcie się akcyą, zmierzającą do ograniczenia, jeśli już nie do usunięcia metody badania zwanej „wiwisekcyą", zaszczyciliście listem mnie, który w życiu swojem dokonał bardzo wielu doświadczeń na żywych zwierzętach i jeszcze je wykonywa. Otóż pozwolicie mi Panowie przedewszystkiem na to zwrócić waszą uwagę, że stanowisko moje państwowe, jako dyrektora zakładu farmakologicznego, nie tylko udziela mi prawa, ale nakłada obowiązek robić doświadczenia na żywych zwierzętach dla zbadania działania przeróżnych leków i trucizn i uczyć o tem kandydatów na lekarzy i lekarzy sądowych. Jestem świadom w pełnej mierze odpowiedzialności, która na mnie ciąży i nie uznaję mimo to zgoła za zbyteczne, tego, że przełożona władza uniwersytetów w mojej ojczyźnie od czasu do czasu o tej odpowiedzialności nam przypomina. Nie godzę się jednak, aby w sprawie tej wyrokowali laicy, i to laicy, którzy z przyjaźni dla zwierząt stają się nieprzyjaciółmi ludzi. Jak długo ludzie będą uważali dla podniesienia chowu koni za niezbędne — wyścigi, na których niejeden koń pada, jak długo ludzie dla przyjemności zabijać będą na polowaniach zwierzynę, jak długo ludzie dla połechtania swych podniebień smakiem tłustych wątróbek będą paśli zwierzęta, aż u nich wywołają chorobę wątroby, tak długo będę uznawał za niezaprzeczalne prawo ludzkości rozporządzać zwierzętami dla dochodzenia naukowych prawd, dla chronienia zdrowia i przedłużania ludzkiego życia; oczywista, że powinno się przytem mieć baczenie, by zwierząt niepotrzebnie nie dręczyć. Czyżby ktoś potępił człowieka, który dla ratowania bliźniego swego z niebezpieczeństwa, grożącego życiu, zajechał konia na śmierć? Spodziewam się, że nie. A czyż szanują życie ludzkie tam, gdzie chodzi o osiągnięcie wyższych celów? Czyż ludzkość wzdrygnęła się przed wierceniem Simplońskiego tunelu, chociaż z góry na pewno wiedziała, że to będzie kosztować niejedno życie ludzkie? Nie chcę już mówić o wojnie. Czyż życie zwierząt więcej warte, niż ludzkie? Z listu Panów zdawałoby się wynikać, że tak myślicie, skoro twierdzicie, że za drogo jest płacić cierpieniem zwierząt za przedłużenie życia ludzkiego. Dobrze, że przynajmniej uznajecie bezpośrednią korzyść, płynącą z naukowych doświadczeń na zwierzętach dla zdrowia ludzi, co fanatyczni przeciwnicy wiwisekcyi nie tak rzadko zupełnie zaprzeczali; bo za walką przeciw wiwisekcyi niejednokrotnie kryje się wstręt i niechęć do wszelkiej naukowej wiedzy lekarskiej.

Nie chcę z Panami spierać się w sprawie, czy doświadczenie, dokonane na zwierzęciu w celach naukowych, posiada znamiona „winy"; ale ponieważ z obowiązku muszę się zajmować doświadczeniami z truciznami, dlatego pozwolę sobie na otwarty Wasz list odpowiedzieć pytaniem. W liście swoim powołujecie się Panowie na sprawiedliwość, która ludy podnosi wedle znanych słów biblijnych. Czyż Panowie potępicie i wtedy doświadczenie na zwierzęciu żywem, kiedy ono ma umożliwić wydanie wyroku, dojść w jakiejś sprawie, czy oskarżony zawinił lub nie, czy ma być uwolniony, czy nawet skazany na śmierć? Wszak chyba Panom dobrze jest wiadomo, że dość często w sprawach karnych o podejrzane otrucie dla wyświetlenia sprawy konieczna zachodzi potrzeba dokonać doświadczenia na żywem zwierzęciu, przyczem dla uzyskania bezwzględnej pewności często niejedno życie zwierzęce się niszczy. Jeżeli rzeczoznawca ma wydać pewny wyrok, to musi przecie znać dokładnie działanie trucizn. Czy Panowie żądacie, aby się sądy zrzekły tej pomocy w dochodzeniu prawdy tylko dla tego, aby szanować zwierzę? a możebyście się Panowie odważyli przypomnieć niewinnie na śmierć skazanemu słowa poety: „Wszak życie nie jest największem dobrem"?! Jeśli więc nie możemy się obyć bez takich doświadczeń, toć muszą być zakłady, gdzieby kształcący się lekarz mógł poznać obraz zatrucia na żywem zwierzęciu.

Jeszcze z drugiem pytaniem w sprawie toksykologicznego doświadczenia na zwierzęciu chcę się do Panów zwrócić. Czy w sprawie dotąd nieznanych, a przez chemiczną technikę świeżo wytwarzanych leków mamy czekać, aż się okaże, że są truciznami, gdy po zastosowaniu wywołały śmierć człowieka, czy też raczej powinniśmy przedtem w każdym przypadku próbować je na zwierzęciu, aby się przekonać, czy są truciznami, aby wcześnie ludzi ostrzegać i chronić przed niebezpieczeństwem? Historya medycyny uczy, że toksykologiczne doświadczenie na zwierzęciu starsze jest od fizyologicznego, historya mówi już o niem w drugiej połowie 18 wieku, w okresie humanizmu. Dokonywano go, bo uznano jego wielką doniosłość i potrzebę".

W końcu listu swego zaznacza autor, że większość przeciwników wiwisekcyi na pewnoby porzuciła swoje dążenia, gdyby mogła ocenić, jak donioslym byłby zakaz wiwisekcyi. Nie pamiętają chyba o tem, że musiałyby zamknąć podwoje wszystkie zakłady, które zajmują się badaniami fizyologicznemi, porównawczo-biologicznemi, farmakologicznemi, toksykologicznemi, doświadczalno-patologicznemi i higienicznemi. Z naukowej medycyny pozostałaby chyba sama anatomia.

Myśl antiwiwisekcyjna żyje jednak nie tylko zagranicą, ale i w Austryi w pewnych sferach, a nawet tak zw. „miarodajnych". Nie dawno temu, bo w maju tego roku mieliśmy sposobność przekonać się o tem przy otwarciu nowego zakładu fizyologicznego na niemieckim uniwersytecie w Pradze czeskiej. W urzędowej swej przemowie inauguracyjnej zaznaczył namiestnik Czech, hrabia Coudenhove, „że jesteśmy obowiązani postępować z bezbronnemi zwierzętami jak najłagodniej i to nawet wtedy, kiedy ich używamy w celach naukowych ku ogólnemu dobru ludzkości". Na uwagę tę odpowiedział kierownik zakładu fizyologicznego, prof. Gad, w następujące słowa: „Wracając do słów JEkscelencyi, mogę zapewnić, że na każdym kroku o to się staramy, aby godzić wymagania nauki z wymaganiami humanitarności. Musimy jednak służyć nauce, a w służbie tej musimy, co osobiście boli i smuci, zrzec się uzasadniania naszego postępowania rozumem. Jest rzeczą wręcz niemożliwą, aby ludzie, którzy nie pracują w zakresie nauk doświadczalnych, zakreślali tym naukom granice, jakoteż jałową jest praca bronić publicznie potrzeby doświadczeń wiwisekcyjnych. Co musimy i umiemy, to jest 1) unikać, co się da uniknąć i 2) zasłonić przed spojrzeniem nieświadomych, co się dzieje w tym kierunku. Nie my, przedstawiciele nauki i nasi podwładni, dziczeją, ale raczej owa wielka masa tych, którzy rozprawiają o rzeczach, na których się nie znają. Służba, u mnie w zakładzie pracująca, nie okazuje ani śladu zdziczenia, przeciwnie muszę ją nieraz upominać, żeby powierzonych sobie zwierząt nie rozpieszczała. Szerzyć wśród ogółu nieprawdziwe i grozę budzące opowieści i obrazy, jest nadużyciem często spotykanem i stanowi poważne niebezpieczeństwo dla wolnej nauki, która na pewno jest humanitarniejszą, niż bardzo wielu raczy przypuszczać, a to dlatego, że nie pracuje frazesami, ale ścisłem doświadczeniem".

Stahr.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 sierpnia.

* Wynik wyborów do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej jest następujący:

Członkami wybrani z Krakowa: Drowie Langie, Rożecki, Schoengut, Wicherkiewicz; z okręgów: Drowie Cwiklicer, Dietzius, Gawlik, Jabłoński, Kijas, Łodziński, Walczyński.

Zastępcami członków wybrani z Krakowa: Drowie Akerman, Flis, Gwiazdomorski, Landau Jan; z okręgów: Drowie Bernadzikowski, Fiałkowski, Idziński, Sawicki, Służewski, Zaleski, Zieliński.

* Tegoroczny wiec Izb lekarskich austr. ma się odbyć w Innsbrucku. Przedmiotem obrad mają być: 1) Program reformy zabezpieczenia robotników od wypadków. 2) Rewizya kodeksu cywilnego w sprawach, stanu lekarskiego dotyczących. 3) Wybór wydziału zarządzającego Izb. 4) Sprawa ogłaszania protokołów Izb w „Aerztekammer-Blatt". 5) Przywrócenie Izb w Karyntyi i Krainie. 6) Petycya do rządu w sprawie wyjaśnienia postanowień o przymusie zawodowym. 7) Odpowiedzialność lekarzy. 8) Sprawa reklamy lekarskiej.

* Uczestnikom tegorocznego międzynarodowego zjazdu przeciwgruźliczego (w Paryżu 2—7 paźdz. b. r.) udzielają francuzkie koleje żelazne 50 prc. opustu ceny jazdy.

* Kobiety lekarki mają być w Rosyi dopuszczone do ubiegania się o stopień doktora medycyny w akademii wojenno-lekarskiej petersburskiej. Egzamina teoretyczne mają się odbywać w terminie 6-tygodniowym, na złożenie całego egzaminu wyznaczono termin roczny. Zgłaszać się należy do dyrektora akademii do 1 października.

* Dr. Popow, redaktor czasopisma Towarzystwa im. Pirogowa, pociągnięty został po zawieszeniu czasopisma do odpowiedzialności sądowej. Obecnie, według „Russ. Wiedom.", wszyscy współpracownicy i kilkudziesięciu lekarzy moskiewskich oświadczyło swą solidarność z redaktorem i zażądało, by i ich pociągnięto do odpowiedzialności.

* Lekarz książę Ludwik Ferdynand bawarski napisał był przedmowę do książki niejakiego Dr. Gundlacha, w której autor czyni ostre a niesłuszne zarzuty lekarzom; oburzenie lekarzy monachijskich było powodem, iż książę-lekarz złożył Towarzystwu lek. tamtejszemu oświadczenie, iż został wprowadzony w błąd przez Dr. Gundlacha co do stanowiska jego wśród lekarzy monachijskich i że nie pozwoli nadal nadużywać w podobny sposób swego nazwiska.

* W Stanach Zjednoczonych Amer. Półn. szerzyć się począł alkoholizm w nowej postaci, przez ciastka i cukierki, zaprawne wyskokiem. Urząd higieniczny St. Zj. postanowił rozpocząć walkę z fabrykantami tych wyrobów („Presse med.“)

* Pomnika za życia w rodzinnem swem Töning w Szleswiku doczekał się prof. J. Esmarch, liczący obecnie 82 lat życia.

* Od 23—29 lipca stwierdzono w Galicyi: 6 przypadków ospy w powiecie chrzanowskim, a przypadki duru osutkowego w następujących powiatach: Brzeżany (7), Mościska (4), Dobromil, Nadwórna, Tarnopol (po 3), Horodenka, Rawa (po 2), Turka (6, Brzozów, Jarosław, Kołomyja, Przemyśl, Śniatyn (po 1).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Konstanty Karwowski mianowany naczelnym lekarzem szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. — Dr. Ritchie mianowany profesorem anatomii patol. w Oxfordzie. — Prof. Neusserowi w Wiedniu nadane zostało szlachectwo.

Zmarli: Dr. Kazimierz Szczepański, w 32 r. ż. we Lwowie. Dr. Zygmunt Roman Długosz, lekarz miejski i okręgowy w Kozłowie, w 35 r. ż. na dur osutkowy. Prof. dentystyki Metwitz w Wiedniu. Prof. anatomii W. Flemming w Kiel. Prof. ginekologii Dudley w N. Yorku.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 31. Mięsowicz: Nowy przypadek choroby Basedowa z zanikami mięśni i zmianami śluzowatemi na kończynach dolnych. Landau An.: Badania doświadczalne nad alkalicznością krwi (dok.).

— *Kronika lekarska.* Zeszyt 15. Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 16: — Po wyborach do Izb lekarskich. Ustrzycki: O tłumieniu epidemii i o sprawie szczepienia. — Dziesięciolecie Izb lekarskich. — Uzasadnienie projektu rządowego o wykonywaniu techniki dentystycznej. — Brak lekarzy wojskowych.

— *Medycyna* Nr. 31. Karwacki. O szczepieniach ochronnych przeciw cholerze ze stanowiska zmian humoralnych. Hertz: O tracheotomii w suchotach krtani (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 8. Dziembowski: Uwagi nad rozpoznaniem ropnia podprzeponowego.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 32. Libensky: Ofthalmoplegia externa chronica progressiva. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých organů žlazových při vrožene příjici. Jánský: Neurofibrilly za poměru normálních a pathologických. Duffek: Průjem následkem kojení. Šedláček: O kruposni pneumonii jako nemoci kontagiosni. Sviták: Jeden případ sporadické meningitis cerebrospinalis. — Nr. 33. Majxner: Plynnatost hrudi a Röntgenovy paprsky. Peterka: O léčeni tuberkulosy seleninem Klebsovým a tuberkulocidinem. Libensky i Kimla (c. d. artykułów z Nr. 32).

— *La Presse médicale* Nr. 61. Christides: O metatyfusowych zmianach w układzie kostnym. Moure: Ciała obce w przełyku i ezofagoskopia. — Nr. 62. Labbé: Moczówki pochodzenia zakaźnego. Dupont: Zatrucie krwi pochodzace z wyrostka robaczkowego ze zmianami żołądkowemi i nerwowemi. Podostra martwica błony śluzowej żołądka. — Nr. 63. Jeanselme: Położenie obłąkanych w koloniach francuskich, angielskich i holenderskich dalekiego wschodu. Martel: Poszukiwanie mięsa końskiego w wyrobach masarskich.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 32. Selig: W sprawie rozszerzenia serca. Kahler. W sprawie leczenia twardzieli zapomocą radu. Zumbusch: Atypowy przypadek wrodzonej rybiej łuski. Zypkin: Przypadki wiądu i przewlekłego zapalenia rdzenia, leczone keratyną.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 32. Grützner: Prosty hemometr dla lekarzy praktycznych. Herff: Czy poprawienie postawy w położeniach twarzowych zapewnia szczególne korzyści? Neubauer: W sprawie fruktozuryi. Arneth: W sprawie wytłómaczenia zachowania się krwinek białych i czerwonych przy leczeniu białaczki promieniami Roentgena. Gaupp: Stany przygnębienia u ludzi starszych. Fraenkel: O działaniu naparstnicy u ludzi zdrowych. Uffenheimer: Przepuszczalność przewodu żołądkowo-kiszkowego noworodków zwierzęcych wobec bakteryi i białka rodzimego. Cnopf: O wpływie światła czerwonego na chorych na płonicę, wedle spostrzeżeń w norymberskim szpitalu dla dzieci. Klieneberger: O weronalu (dawkowanie i idyosynkrazya). Reiche: Tętniące żylaki na czole przy nieprawidłowej zatoce. Cahen: O przetoce wątrobnej (hepatostomii). Koeppe: Śmiertelność osesków, a dobór w znaczeniu Darwinowskiem.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 32. Martini i Rohde: Przypadek posocznicy meningokokowej. Greef: Czego można oczekiwać po zwalczaniu jaglicy przez państwo? Buschke: Przypadek symetrycznych mięsakowych (?) guzów skroni i policzków (chloroma?). Hirschfeld: W sprawie atypowej białaczki szpikowej. Frommer V. Nowy odczyn na aceton z uwagami o acetonuryi. Weleminsky: W sprawie patogenezy gruźlicy płuc (dok.). Runge: O wypadnięciu pochwy i macicy i jego leczeniu.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 32. Hoffa: Wrodzona coxa vara. Doutrelepont: Badania histologiczne nad działaniem naświetlania Finsenowskiego na tocznia. Vahlen: O nowym skutecznym w wodzie rozpuszczalnym składniku sporyszu. Braatz: Operacyjne leczenie guzów sutka. Kisskalt: Chorobotwórcze znaczenie bac. funduliformis Bloch. W sprawie patogenezy przewlekłego wrzodu żołądka (dok.). Speck: Skrzynie do ochładzania mleka dla osesków w domu Sarason: Metaplasma — nowy środek opatrunkowy.

— *Medizinische Klinik* Nr. 36. Krönig: W sprawie wodoleczenia duru brzusznego. Majo Robson: Zapalenia trzustki (dok.). Klingmüller: Tumenolammonium i jego zastosowanie w leczeniu chorób skórnych. Bergell: Nowy sposób wyrabiania chleba dla chorych na cukrzycę. Gerson: W sprawie leczenia mieszkowego zapalenia gardła. Roncaglioio: Ślepota zmierzchowa, leczona skutecznie opoterapią. Georghiu: Kliniczne spostrzeżenia nad leczeniem wiewióra gonosanem.

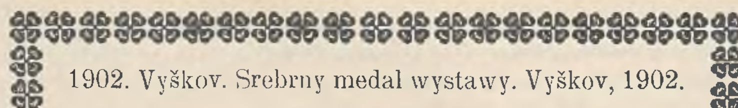
Redakcya otrzymała: Dr. St. Serkowski: Epidemiologia i profilaktyka cholery. Wydanie II, uzupełnione (z mapą kolorowaną) Łódź, 1905

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

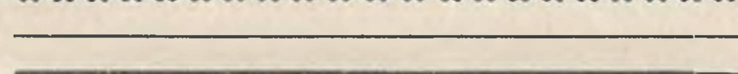
W tygodniu 32 (od dnia 6/VIII do 12/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 16, dziew. 29; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 19; zamiejscowych: męż. 11, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 11, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. — 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 9, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. 4. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 4, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 3, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 37, obcych 21.

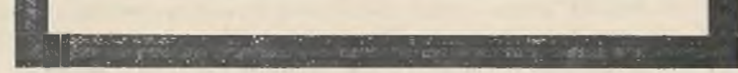
Redaktor odpowiedzialny: **Prof. dr. Stanisław Ciechanowski**











Rok XLIV. Kraków 26 Sierpnia 1905. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki i pracowni dermatologicznej krakowskiej (Prof Reiss).

Przyczynek do histologii twardziny skóry (*sclerodermia*).

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz

docent dermatologii w Uniw. Jagiell.

Twardzina skóry (*sclerodermia*) należy do chorób skórnych, których patogeneza nie jest dokładnie znana mimo, iż opisano już bardzo liczne przypadki pod względem klinicznym i w obrazach histologicznych, a w pewnych przypadkach badano objawy ogólne, zachowanie się układu nerwowego i zboczenia w przemianie materyi. Jako przyczynę choroby podają autorowie różne sprawy, poprzedzające powstanie zmian skórnych. Oto niektóre szczegóły wedle nader skrzętnego zestawienia Linthlena [1]). Choroba rozwija się najczęściej między 20—40 rokiem życia, ale znane są dość liczne przypadki i przed 20 rokiem, najmniej zaś przypadków przypada na pierwsze lata życia i po 50 r. ż. W pewnej liczbie przypadków łączono choroby ogólne w pewien związek z twardziną skóry n. p. niedokrwistość, błednicę, zapalenie nerek, wady serca, gruźlicę. W innych, liczniejszych, poprzedzały sprawę, w skórze się rozwijającą, choroby zakaźne, czyto miejscowe w skórze, czy ogólne: róża, zapalenie migdałków, dur, zapalenie płuc, dławiec, gnilec, grypa, zimnica, odra, gościec stawowy i mięśniowy. Jeżeli do tego dołączy się najliczniejszą może grupę przypadków twardziny, powstałych po urazach, czy to uderzeniach tępych, czy ucisku dłużej trwającym, czy też uszkodzeniach w ciągłości skóry, — to stwierdzić trzeba, że pomimo tych różnych przyczyn najczęściej uważano zakażenie skóry, od zewnątrz lub też z wewnątrz ustroju pochodzące, za poprzedzającą sprawę w skórze. Dwa przypadki tej choroby, spostrzegane przezemnie w krakowskiej klinice chorób skórnych i wenerycznych, miały następujące cechy kliniczne:

I. Chory *E. G.*, lat 10 liczący, miał nie przebywać żadnych obłożnych chorób. Wywiady nie wskazują również na żadne obciążenie dziedziczne; tylko w 6 roku życia kaszlał chory przez parę tygodni (krztusiec lub nieżyt oskrzelowy). W sierpniu 1905 roku pojawiła się w lewej linii przymostkowej plama, która pomału powiększała się, tworząc w skórze klatki piersiowej smugę, parę cm. długą. W grudniu tego samego roku spostrzeżono na lewem przedramieniu podobną czerwoną plamę, nieco nad powierzchnię skóry wyniosłą, która, rozszerzając się, otoczyła cały obwód przedramienia od połowy wysokości aż na kilka cm. poniżej stawu łokciowego. Czerwoność plam znikała w przeciągu kilku tygodni, a po kilku miesiącach wszystkie miejsca, zajęte chorobą, okazywały znaczną twardość, stawały się coraz bledsze, a powierzchnia ich przybrała w końcu ścięgnisty połysk. Przytem chory nie doznawał nigdy bólu w miejscach zmienionych, a czasami zaledwo lekkiego swędzenia. Wszystkie te cechy pozostały aż do chwili zgłoszenia się chorego do kliniki (maj 1904).

W ostatnich tygodniach przed wstąpieniem chorego do kliniki zauważono podobne białe plamy na lewem udzie w postaci wstęgi 2—3 cm. szerokiej, ciągnącej się od krętarza wielkiego aż do okolicy rzepki. Podobnież spostrzeżono owalną białą plamę, naśladującą zanikową bliznę, w skórze lewej powieki.

Wszystkie zmienione miejsca są bardzo płaskie, nigdzie nie wystają nad powierzchnię, ale przeciwnie, w niektórych miejscach widać wyraźnie zaklęśnięcie chorej powierzchni skóry. Przy dotyku miejsca te są znacznie twardsze, niż skóra prawidłowa, w niektórych miejscach prawie chrząstkowato twarde. Czucie dotyku w miejscach twardych nieco upośledzone, w miejscach świeższych zmian zdaje się być prawidłowe. Wstrzykiwanie pilokarpiny nie wywołuje potu w miejscach starszych, ale pocenie się prawidłowe w miejscach świeżych (*Fig. 1*).



Fig. 1. Chory *E. G.*, zmiany na kończynie górnej i na klatce piersiowej.

Nie można stwierdzić żadnych zboczeń w zakresie ośrodkowego układu nerwowego, ani w nerwach obwodowych. Mięśnie zdają się być także prawidłowe, a tylko obwód kończyny górnej lewej jest mniejszy o $1^1/_2$ cm. Pobudliwość mięśniowa, oddziaływanie mięśni na prąd przerywany i prąd galwaniczny są prawidłowe. Podobnie oddziaływanie nerwów tak na prąd stały, jak i przerywany. Badanie krwi i moczu nie wykazuje nic nieprawidłowego.

II. Chora *W. C.*, lat 15 licząca, miała przebywać odrę w 8 r. życia. Dziedziczności w żadnym kierunku wykazać nie można.

Choroba miała się rozpocząć na goleni prawej, a za przyczynę podaje chora drobną rankę, powstałą na 20 miesięcy przed zgłoszeniem się do kliniki. Około tej drobnej rany miało wystąpić zaczerwienienie i obrzęk bolesny, trwający około tygodnia, poczem zmiany ustępowały,

[1]) Handbuch d. Hautkrankheiten (Art.: Sklerodermie).

a skóra pokrywała się łuskami i stawała się powoli coraz twardszą. Na kończynie lewej zmiany wystąpić miały w 5 miesięcy później. Z początku powstało nagle w okolicy stawu kolanowego silne zaczerwienienie z nieznacznym obrzękiem i tak silnym bolem, że chora przez dwa tygodnie leżała prawie bez ruchu. W cztery tygodnie od początku choroby pojawiły się drobne ropnie, z których część przebijała się samoistnie, pozostawiając trudno gojące się owrzodzenia. Z objawami tymi zgłosiła się chora w styczniu 1904 do szpitala w Rzeszowie, gdzie wyskrobano wspomniane owrzodzenia, które goiły się potem częściowo. W czasie tego leczenia miała przebyć różę kończyny lewej. Do tutejszej kliniki zgłosiła się w październiku 1904 r.

Zmiany twardzinowe dotyczą obu kończyn dolnych; gdy jednak na kończynie prawej spostrzega się części skóry, twardzinowo zmienionej, rozrzucone wzdłuż całej kończyny w postaci smug i plam różnego kształtu, — to kończyna lewa jest znacznie wybitniej zmieniona. Prawie na całej powierzchni skóry uda i goleni lewej są zmiany twardzinowe rozległe i daleko posunięte. Prócz tego w okolicy kolana, tak na udzie, jak i na goleni, jakoteż w skórze okolicy stawu skokowego spostrzega się owrzodzenia, do wielkości talara dochodzące, lub blizny po zagojonych wrzodach. Wrzody mają kształt okrągły, brzegi nieco wyniosłe i chrząstkowato twarde, dno pokryte bujającą ziarniną, a miejscami wysiękiem ropnym lub dławcowym, a wśród miejsc stwardniałych, znamiennych dla tej sprawy, istnieją wyniosłe guzy, owalne, wielkości gołębiego jaja, o skórze nad nimi niezmienionej, miękkie, w których czuć rzekome chełbotanie. Guzy te czynią na pierwsze wejrzenie wrażenie ropni zimnych tak, że mimo znamiennego obrazu twardziny nasuwała się w pierwszej chwili myśl, czy nie mamy przed sobą dwóch różnych spraw. Dopiero dokładne badanie tych wyniosłych ognisk wśród skóry twardzinowej przekonało, że guzy te są wyspami skóry niezmienionej, otoczonemi stwardniałą skórą *(Fig. 2)*.



Fig. 2. Chora *W. C.*, zmiany kończyny dolnej lewej.

W obu opisanych przypadkach rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości, — w obu jednak z wywiadów trudno wnosić o przyczynie choroby. W drugim przypadku jednak zwraca uwagę ta okoliczność, że zmiany na obu kończynach poprzedzała jakaś sprawa zapalna ostra skóry, — chociaż trudno orzec na pewno, czy ten stan zapalny ostry nie wystąpił już w skórze częściowo zmienionej, czego chora mogła nie zauważyć.

Z opisu klinicznego podnieść należy obraz ognisk skóry prawidłowej, przybierających postać guzów skutkiem znacznego ścieńczenia i stwardnienia otaczającej skóry i powstawanie w skórze zmienionej owrzodzeń. Takie ubytki w skórze twardzinowej są znane: jedni opisują tylko powstawanie pęcherzy (Brummund, Hallopeau, Hardy, Bouttier, Morrow), które szybko się goiły, pozostawiając czasami powierzchowną bliznę, inni tworzenie się pęcherzy, z których powstawały wrzody (Fontanelli), albo wreszcie powstawanie wprost ubytków (Radcliffe, Crocker, Hildebrand, Tilburg Fox, Kaposi, Friedheim, Foulerton). Prócz wrzodów wyraźnie odleżynowych w miejscach zmienionych, prawie zawsze siedzibą ich była skóra w około stawów (pokrywająca kości), — wrzody były prawie niebolesne i trudno się gojące. Wyjątkowo tylko powstawały owrzodzenia w miejscach, nie narażonych na szkodliwe wpływy zewnętrzne (Alpàr, Lerrede i Thomas, Dehu) I w naszym przypadku (II) powstawanie owrzodzeń odnieść należy do uszkodzeń i zakażeń zmienionej przynajmniej częściowo skóry, o czem świadczyłby i przebieg kliniczny (wrzody trudno się gojące) i obraz histologiczny.

Do badania histologicznego wyciąłem w przypadku pierwszym kawałek skóry z ramienia w ten sposób w stosunku do skóry zmienionej, że część wyciętej skóry przypadała na jej brzeg; w drugim przypadku zaś wycięto w celu badania jedno z owrzodzeń wraz z wyniosłymi brzegami.

Kawałek skóry, wycięty aż do mięśni, zdawał się być cieńszym, niż w warunkach prawidłowych, ale też zbitszym, twardszym. W słabem powiększeniu zaś widać zmniejszoną ilość tkanki tłuszczowej podskórnej, przez to silniejsze zespolenie się skóry właściwej z tkanką, pod nią leżącą, która jest mniej wiotka przez zanik tłuszczu, a zawiera więcej tkanki włóknistej. Przedewszystkiem zaś uderza wielka ilość nacieków, leżących na granicy skóry właściwej i tkanki podskórnej, jakoteż w tkance podskórnej w przestworach, przez tkankę tłuszczową zajętych.

Naciek znajduje się nietylko około drobnych naczyń tkanki tłuszczowej, — która zanika, a przestwory tkanki podskórnej zajęte są w miejsce tłuszczu naciekiem, — ale otacza także w różny sposób większe naczynia, przeważnie tętnicze, należące do siatki naczyń, leżącej w dolnej części skóry właściwej. Powyżej tej warstwy nacieki są nader skąpe, poniżej widać je częściej, prócz w miejscu tkanki tłuszczowej i w około naczyń tkanki podskórnej (*Fig. 3*).

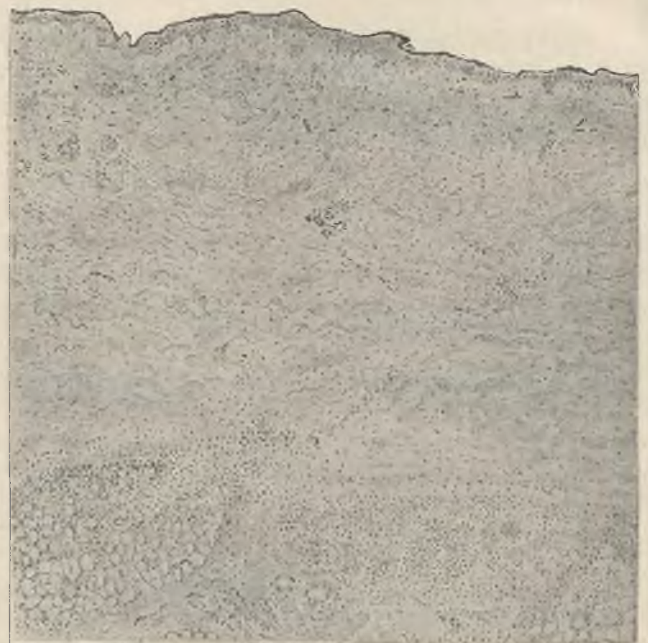


Fig. 3. Kawałek skóry ze środkowej części zmiany, naciek w tkance podskórnej. Barwienie orceiną kwaśną i błękitem metylowym. Powiększenie Zeiss. AA. 1.

Naczynia zachowują się nader rozmaicie. W jednych naciek leży tylko w warstwie zewnętrznej (*adventitia*), podczas gdy środkowa jest prawidłowa, a komórki śródbłonka są tylko obrzękłe. W tych naczyniach jednak światło zdaje się być zwężone. W innych widzi się, że naciek w warstwie zewnętrznej wywołuje spłaszczenie naczynia, przez co światło

nie jest okrągłe, ale podłużne i zwężone. Przeważnie jednak spostrzega się w tej warstwie skóry naczynia znacznie zmienione, gdyż światło ich albo częściowo albo całkiem zarosło. Przy dobrem barwieniu i włókien elastycznych i nacieków można widzieć dokładnie, że obok nacieku w warstwie zewnętrznej, szczególnie większych naczyń, komórki nacieku wchodzą i między włókna mięsne ściany naczyniowej, — a w samem świetle naczynia znajduje się nowowytworzona tkanka, wśród której spostrzedz można i drobne naczynia. (*Fig. 4*).

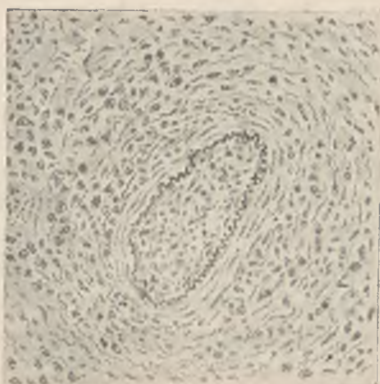


Fig. 4. Naczynie z zarośniętem światłem, w ścianach naciek. Barwienie jak Fig. 3. Powiększenie DD. 1.

Na szeregu preparatów pewnej części zmienionej skóry spostrzedz można, — badając naczynie w przebiegu, n. p. większą tętniczkę dolnej części skóry właściwej, — że światło jej nie jest zarośnięte równomiernie na całej długości, ale, że w jednych miejscach jeszcze część światła jest utrzymana, w innych cała przestrzeń zarosła świeżą tkanką.

W pewnej części zmienionej skóry uzyskałem podłużne przecięcie naczynia na znacznej długości, wyglądające bardzo znamiennie. Na granicy skóry właściwej i tkanki podskórnej przebiega naczynie podłużnie przecięte, którego ściany zdają się być złożone tylko z włókien elastycznych (barwienie orceiną kwaśną Taenzer-Unny). Włókna te są ułożone bardzo gęsto w liniach falistych, stykają się prawie ze sobą,

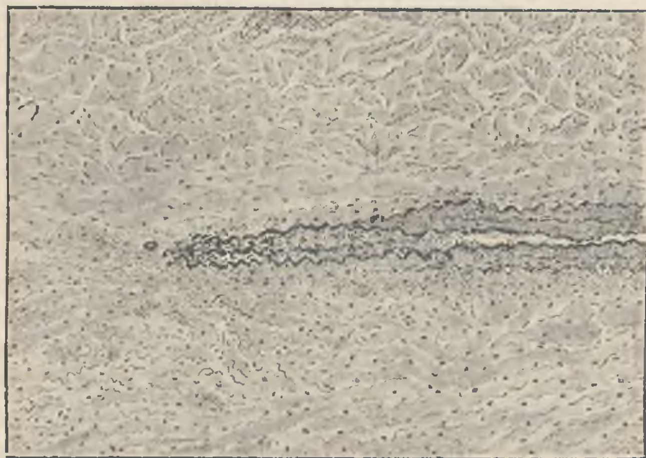


Fig. 5. Zmienione naczynie na granicy tkanki podskórnej. Barwienie jak Fig. 3. Powiększenie DD. 1.

tworząc jakby jednolite pasmo. Całość zatem tworzy smugę włókien elastycznych, mniej gęsto ułożonych na obwodzie naczynia, a wśród tego pasma w pewnych miejscach zobaczyć można drobne światło, bardzo zwężone w stosunku do grubości ścian i zaledwo widoczne (*Fig. 5.*). Wśród włókien obwodowych pojawia się gdzieniegdzie włókno krótkie, zabarwione barwnikiem zasadowym.

Wzdłuż tej smugi włókien ciągną się po obu stronach pasma tkanki klejorodnej prawie prostolinijnie i równolegle do powyżej opisanego naczynia o wiązkach, z cienkich włókien złożonych i opatrzonych tu i owdzie ciągnącem się włóknem elastycznem. Wśród wiązek tkanki klejorodnej pojawiają się tu i owdzie długie komórki wrzecionowate tkanki łącznej i komórki mięsne, jakby rozsunięte przez tkankę klejorodną. Prócz tego widać w samej smudze gdzieniegdzie drobne obrączki z włókien elastycznych, które zdają się być resztkami drobnych naczyń w ścianie naczynia (*vasa vasorum*), tak wyraźnie zmienionego.

Śledząc dalszy przebieg tegoż spostrzega się, że w miejscu ukośnego przecięcia włókna sprężyste są coraz mniej obfite, a pojawiają się liczniejsze komórki tkanki łącznej i tu i owdzie rożańcowato ułożone komórki nacieku między pojedynczemi włóknami tkanki klejorodnej. Wreszcie w dalszym ciągu wśród lekko falisto ułożonych smug tkanki klejorodnej leży to naczynie poprzecznie przecięte, o ścianach złożonych z licznych włókien elastycznych, obejmujących światło bardzo zwężone i nie okrągłe, ale więcej podłużne. W niektórych preparatach śledzić mogłem to naczynie aż do miejsca, w którem wchodzi z tkanki podskórnej w skórę właściwą.

Naczynie całe zatem, niewątpliwie tętnicze, przedstawia się w postaci gęstej i obfitej wiązki włókien elastycznych. Wielka obfitość włókien nasuwa różne przypuszczenia. W ścianie naczynia mógłby nastąpić zanik tkanki łącznej, przez co włókna elastyczne zbliżyłyby się do siebie aż do tego stopnia, jak to opisałem. Przypuszczenie to upaść musi ze względu na bardzo wielką ilość włókien, barwiących się orceiną kwaśną, jak włókna elastyczne.

Również przypuszczaćby można, że ilość włókien sprężystych powiększyła się tak znacznie, — przeciwko czemu przemawia jednak ogólny obraz tych włókien w zmienionej skórze, gdyż w żadnej jej części przybytku ich się niespostrzega.

Dlatego też tę wielką obfitość włókien, jednakowo się barwiących w ścianie zmienionego naczynia, tłomaczyć można tylko w ten sposób, że obok włókien elastycznych ściany naczynia, zbliżonych do siebie przez zwężenie tkanki klejorodnej, znajdują się wśród nich i włókna, odpowiadające kształtem i barwliwością włóknom elastycznym, ale pochodzące z tkanki klejorodnej w ten sposób zmienionej, którą U n n a nazwał kolastyną. Za tem przypuszczeniem przemawia i to jeszcze, że w tej wiązce widzi się i włókna, zabarwione barwnikiem zasadowym (elacyna), a w otoczeniu tak zmienionego naczynia tkanka klejorodna układa się równolegle we włókna, cieńsze niż prawidłowe, zbite, wejrzeniem zbliżone do powyższej wiązki, zabarwiające się jednak lekko barwnikiem zasadowym (kolacyna). Widzimy zatem w ścianie naczynia i jego najbliższem otoczeniu różne zmiany tkanek obok resztek nacieku w postaci komórek, układających się między włóknami zmienionej tkanki klejorodnej.

Powyżej tej warstwy leży w dolnej części skóry właściwej pas, w którym tkanka klejorodna wygląda prawie prawidłowo tak, że i włókna elastyczne, towarzyszące jej,

zdają się nie być zmienione. Ponad tą warstwą skóry tkanka klejorodna skóry właściwej uległa już wyraźnym zmianom, tworzy bowiem włókna cienkie, falisto i równolegle do siebie i do powierzchni skóry ułożone. Komórki tkanki łącznej są w tej warstwie nieco obfitsze, niż w stanie prawidłowym, a tem liczniejsze, im bliżej warstwy brodawkowej skóry, pod którą w górnej części skóry właściwej widzi się drobne naczyńka, nieraz na dłuższej przestrzeni przebiegające więcej prostolinijnie, niż w stanie prawidłowym. Tkanka klejorodna przedstawia się w tej części także nieco odmiennie, gdyż pod brodawkami obok włókien falistych spostrzega się drobne kawałeczki, rozrzucone wśród długich (*Fig 3*).

W samych brodawkach skóry zaś aż do granicy naskórka tworzy tkanka klejorodna jednolitą masę, w której nie widać pojedynczych włókien i która zabarwia się barwnikiem zasadowym (basophiles Kollagen), a słabo tylko fuchsyną kwaśną. Podobną zmianę w barwliwości tkanki klejorodnej można zobaczyć i poniżej w skórze właściwej, szczególnie około naczyń albo gruczołów. (Dok. nast.)

II. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego (Prof. Dra Gluziński).

O wpływie naświetlania promieniami Roentgena na przebieg białaczki.

Podał

Dr. Maryan Franke,

asystent kliniki.

Do badań nad działaniem promieni Roentgena na białaczkę dała początek praca chirurga amerykańskiego Senna, ogłoszona w 1903 w „Medical Record" (1). Korzystny wpływ naświetlań na przebieg białaczki, stwierdzony przez Senna, zachęcił cały szereg badaczy do dalszych doświadczeń; tak w roku 1904 i początku 1905 znajdujemy znaczną liczbę spostrzeżeń, ogłoszonych w czasopismach angielskich, niemieckich, francuskich i włoskich. W polskiem piśmiennictwie nie mogłem znaleźć żadnej oryginalnej pracy w tym przedmiocie prócz sprawozdania zbiorowego w marcowym numerze „Przeglądu lekarskiego" (2). Jak wielkie zajęcie budziło spostrzeżenie Senna, dowodzi choćby znaczna liczba odpowiedzi rozmaitych badaczy na kwestyonaryusz, podany przez „Medicinische Klinik" (3), dalej i to, że sprawa ta była przedmiotem obszernych wykładów i rozpraw na ostatnim zjeździe medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie (12/4 do 15/4 1905) (4).

Z piśmiennictwa razem zebrać można dotychczas ponad sto ogłoszonych przypadków białaczki, naświetlanych promieniami Roentgena tak, że dziś już, gdy pierwszy zapał przeminął, na podstawie tak obfitego materyału i własnych spostrzeżeń możemy ocenić z pewnym krytycyzmem rzeczywiste korzyści tego sposobu.

Nasze doświadczenia rozpoczęliśmy jeszcze z początkiem grudnia 1904 r., korzystając z tego szczęśliwego zbiegu okoliczności, że prawie równocześnie zgłosiły się do kliniki cztery przypadki białaczki, z tych trzy białaczki szpikowej (*leucaemia myeloides*), a jeden białaczki limfatycznej (*leucaemia lymphoides*).

Zanim przytoczę szczegółowo nasze przypadki, w kilku słowach opisać należy technikę postępowania. Do naświetlań używałem rury Roentgenowskiej tak zw. twardej w tej myśli, aby otrzymać działanie promieni wgłąb przy najmniejszem o ile możności działaniu na powierzchnię skóry. Jedno naświetlanie trwało 8 minut, a odległość rury od powierzchni skóry 22—25 cm.; posiedzenia takie robiłem dwa razy na tydzień, o ile oczywiście stan skóry na to pozwalał.

We wszystkich przypadkach naświetlałem tylko okolicę śledziony, i to celowo (o czem niżej), w jednym zaś także kości i wątrobę i to pod koniec obserwacyi, wtedy, gdy sprawa chorobowa pogarszała się. Dodać chciałbym, że naświetlanie nasze musieliśmy od czasu do czasu przerywać z powodu objawów zapalenia skóry, które musimy uważać za nieprzyjemne powikłanie całego postępowania. W jednym przypadku (I przypadek) skóra żadnym zmianom nie uległa; w dwóch innych (II i III) w miejscu naświetlania w okolicy śledziony pojawiło się zapalenie skóry, ale w lekkiej postaci, i ustąpiło dość szybko przy odpowiedniem leczeniu, pozostawiając ciemniejsze ubarwienie skóry. W każdym razie zapalenie to zmusiło nas przerwać naświetlania na pewien czas.

Przechodząc do opisu naszych przypadków przytoczę na pierwszem miejscu ten, który możemy uważać za typowo najkorzystniejszy.

I. Chora, H. K., l. 47, przebywała w klinice lek. od 31/1—1/4 1905. Wywiady podała następujące: obciążenia dziedzicznego nie ma, jest zamężna, nie chorowała przedtem nigdy. Obecna choroba miała rozpocząć się przed rokiem; chora zauważyła, że przy ciężkiej pracy dostaje bólów w lewej części brzucha i krzyżach, przytem nieco później dołączyły się do tego bóle w nogach i znaczne osłabienie tak, że dużo chodzić nie mogła. Powoli objawy te wzmagały się, a od 4 miesięcy zauważyła sama coś twardego w lewej części brzucha. W dniu przybycia do kliniki skarży się na ogólne znaczne osłabienie, bóle za mostkiem i w krzyżach, w nogach i w lewej części brzucha. Stan obecny z początkiem lutego br. (w streszczeniu) następujący: powłoki zewnętrzne i błony śluzowe bardzo blade, podściółka tłuszczowa zanikła; w płucach zmian nie ma. Serce w granicach prawidłowych, a nad wszystkiemi ujściami słychać obok tonów dość głuchych silne szmery anemiczne i ślad tarcia osierdnego nad podstawą serca. Tętno 84. W brzuchu przedewszystkiem stwierdzono duży obrzęk śledziony, która w linii pachowej środkowej sięgała od VIII żebra, a ku dołowi do górn. przedniego kolca kości biodrowej, w linii środkowej 4 palce wyżej spojenia łonowego, a linię środkową przekraczała nieco na prawo. Wątroba twarda, gładka, mało bolesna, była również powiększona, sięgała w linii sutkowej prawej 3 palce niżej łuku żebrowego. Gruczoły chłonne nie powiększone, kości, a mianowicie mostek, kości goleniowe i żebra przy opukiwaniu bolesne.

Badanie krwi (5/2 05): 3600000 ciałek czerwonych, 311000 ciałek białych, z tego 19% myelocytów neutrofilnych (szczegóły obacz tablica I). Rozpoznanie nasze brzmiało: *Leucaemia myeloides*.

Naświetlanie promieniami Roentgena rozpoczęliśmy 13/2 1905 i to w tym przypadku naświetlaliśmy tylko śledzionę; chora naświetlaną była 10 razy, t. j. razem osiemdziesiąt minut.

Z przebiegu przytoczę w krótkości następujące szczegóły:

a) Szybkie, a stałe zmniejszanie się liczby ciałek białych, a mianowicie w przeciągu sześciu tygodni z 300000 do 6550, przyczem stosunek poszczególnych postaci zmienił się na stosunek mniejwięcej prawidłowy, a zwłaszcza, co najważniejsza, ilość myelocytów, która z początku spostrzegania wynosiła 59090 w 1 mm.^{3} (19% dnia 5/2 1905), z końcem spostrzegania wynosiła tylko 45 w 1 mm.^{3} krwi (0·7%). Bliższe szczegóły podam niżej (zresztą obacz tablica I).

TABLICA I.

Data	Ilość c. białych w 1 mm³	W. n.	W. e.	M. n.	M. e.	T.	L. m.	L. d.	C. 1. jądr.	P.	I i II Arnetha	Ilość c. czerw. w 1 mm³	Naświetlanie
5/2	311000	72	2	19	0·3	2	1	1·9	1·5	0·3	90%		
9/2	340000	72	1·5	19·5	0·3	1·8	1·8	1·1	1	1	89%	3600000	
13/2	300000	237000	5100	38700	1800	5100	5100	1500	1800	3900			
		79	1·7	12·9	0·6	1·7	1·7	0·5	0·6	1·3	88%		I
14/2	305000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
16/2	216000	164160	4446	25920	626	6480	4795	8208	3240	626			
		76	1·9	12	0·29	3	2·22	3·8	1·5	0·29	90%		II
17/2	215000	83	1·3	7·8	0·7	3	1	1	0·7	0·3	81%		
20/2	198000	80	1·6	8·2	0·4	2	4·1	4·7	0·5	0·5	—		III
21/2	140000	81	1·1	9·9	0·3	2·3	2·3	2·5	0·3	0·3	90%		
23/2	126000	100800	1134	13860	882	2520	3402	2520	882				
		80	0·9	11	0·7	2	2·7	2	0·7	—	88%		IV
24/2	123000	85	1	7	0·3	3	1	2	0·3	0·3	—		
27/2	102000	84	0·3	9·1	0·2	3	1·2	1·6	0·3	0·3	91%		V
28/2	87000	83	0·6	8·5	0·2	3·4	1·6	2	0·4	0·3	89%		
2/3	95000	84	0·7	8·1	0·4	3·2	1·5	1·5	0·3	0·3	—	4200000	VI
3/3	82000	68060	738	5576	410	2788	1804	2050	246	328			
		83	0·9	6·8	0·5	3·4	2·2	2·5	0·3	0·4	84%		
5/3	63000	84	0·3	4·3	0·2	3·8	3·1	2·2	1·6	0·5	78%		
7/3	52000	81	0·6	7·2	0·4	4	2	4·3	0·2	0·3	—		VII
8/3	47000	81	0·3	7·6	0·2	2	4·6	4	0·1	0·2	—		
10/3	37000	29230	370	3700	74	740	1332	1295	74	111			
		79	1	10	0·2	2	3·6	3·5	0·2	0·3	—		VIII
11/3	27000	81	0·7	7·9	0·2	1·2	6·1	2·2	0·5	0·2	—		
13/3	23000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
15/3	23000	81	0·5	7	0·2	2·5	5	3·4	0·3	0·1	73%		
16/3	19000	14820	114	1881	38	589	760	646	114	38			
		78	0·6	9·9	0·2	3·1	4	3·4	0·6	0·2	75%		IX
17/3	18000	84	0·4	5·4	0·4	1·8	4·6	2·5	0·5	0·4	—		
20/3	12000	9720	156	528	24	120	804	480	48	120			
		81	1·3	4·4	0·2	1	6·7	4	0·4	1	63%		X
21/3	9500	81	1·4	2·9	0	2·9	7·2	3·3	0·4	0·9	—		
23/3	9300	7719	139	232		111	604	260	83	148			
		83	1·5	2·5	0	1·2	6·5	2·8	0·9	1·6	68%	4572000	
25/3	6550	5266	39	45		176	786	150		85			
		80·4	0·6	0·7	0	2·7	12	2·3	0	1·3	70%		

Objaśnienie. W. n. = wielojądrzaste neutrofilne, W. e. wielojądrzaste eozynofilne, M. n. = myelocyty neutrofilne, M. e. = myelocyty eozynofilne, T = komórki tuczne, L. m. = limfocyty małe, L. d. = limfocyty duże, C. 1. jądr. = ciałka białe krwi jednojądrzaste duże. P = komórki przejściowe, I i II Arnetha = oznacza ilość ciałek białych krwi neutrofilnych w I i II klasie Arnetha (na 100 ciałek). Naświetlenie i liczby rzymskie oznaczają liczbę i czas naświetlania promieniami Roentgena.

b) Liczba ciałek czerwonych krwi również uległa zmianie, a mianowicie: z 3,600.000 z początkiem badania wzrosła w pierwszych trzech tygodniach do 4.200.000, a w następujących trzech znowu do 4.570,000, przyczem w tym czasie ciałka czerwone były lepiej zabarwione, poikilocyty mniej obfite, ciałka czerwone jądrzaste znikły zupełnie.

c) Śledziona zmniejszała się wśród naświetlania powoli, a stale, wreszcie z końcem naświetlań sięgała tylko na 5 palców niżej łuku żebrowego, t. j. zmniejszyła się do połowy pierwotnej swojej wielkości.

d) Bolesność przy opukiwaniu mostka i kości goleniowych ustąpiła zupełnie.

e) Z ogólnego stanu mogę dodać, że odżywienie wśród naświetlań podniosło się, a mianowicie: waga ciała z $50^1/_2$ kg. w pierwszym miesiącu wzrosła do 53 kg., mimo znacznego pomniejszenia się śledziony, a w ostatnich dwu tygodniach spadła waga znowu do 52 kg. tak, że osiągnęliśmy ogólny przybytek $1^1/_2$ kg.; osłabienie chorej znacznie się zmniejszyło, łaknienie polepszyło się, a stan podgorączkowy, który stale utrzymywał się w pierwszych tygodniach pobytu w klinice, ustąpił miejsca ciepłocie prawidłowej.

Zmian na skórze u tej chorej pod wpływem naświetlań nie zauważyliśmy.

II. przyp. dotyczył kobiety, K. B., l. 37, która przebywała w klinice naszej od 20/XI 1904 do 3/IV 1905, a przebiegał całkiem odmiennie. — Wywiady: obciążenia dziedzicznego w żadnym kierunku nie można stwierdzić; chora jest zamężna, dotychczas nie chorowała nigdy. Obecna choroba miała się rozpocząć w grudniu 1905 r., a mianowicie w tydzień po urodzeniu ostatniego dziecka zauważyła chora guz w podżebrzu lewem, gniecenie i bole w całym brzuchu i osłabienie. Od tego czasu chora szczupleje, a osłabienie stale wzrasta, łaknienie się zmniejsza. Bole w brzuchu zwiększyły się, a nadto dołączyły się bole w okolicy mostka. W ostatnim czasie łaknienie znikło zupełnie, pojawiły się nudności i silna biegunka (4—5 stolców dziennie); bole w brzuchu i w mostku wzrosły, dołączył się do tego kaszel, częste krwotoki z nosa, a osłabienie tak się wzmogło, że chora ciągle w łóżku leżeć musiała. Miesiączka nie pokazywała się od grudnia 1903 r.

Stan obecny 22/XI 04 (w streszczeniu): Skóra i błony śluzowe bardzo blade, odżywienie liche, podściółka tłuszczowa zanikła, waga ciała 37 kg. W płucach prócz lekkiego zagęszczenia w szczycie prawym objawy rozległego nieżytu. Nieznaczne rozszerzenie granic stłumienia serca ku stronie prawej; prócz głuchych tonów słychać nad sercem wyraźne szmery anemiczne. Tętno słabo napięte.

W brzuchu stwierdza się znaczne powiększenie śledziony, która sięga w linii pachowej środkowej do przedniego górnego kolca biodr.,

dolnym końcem do spojenia łonowego, a ku przodowi do linii środkowej ciała; jest ona gładka, twarda; wątroba również powiększona, w linii sutkowej prawej na 2 palce niżej łuku, a w środkowej na 3 palce wyżej pępka, miernie twarda. Gruczoły chłonne na szyi, w pachach i pachwinach lekko powiększone, kości, a mianowicie mostek i kości goleniowe bolesne przy opukiwaniu. W moczu ślad białka i odczyn diazowy. Badanie krwi (obacz tablica II) stwierdziło typowy obraz białaczki szpikowej. Ciepłota 38·3° C.

Naświetlanie promieniami Roentgena rozpoczęliśmy 28 listopada 1904; naświetlaną chora była z przerwami szesnaście razy, t. j. razem 128 minut, z tego pierwsze 9 razy w okolicy śledziony, następne 7 razy, gdy stan krwi (obacz tablica II) nie poprawiał się, naświetlaliśmy bądźto kości, bądźto wątrobę, lub śledzionę. Naświetlania w tym przypadku musieliśmy kilka razy przerywać na krótki czas wobec tego, że powstało zapalenie skóry, którego postać nie była jednak ciężką.

U tej chorej pierwsze naświetlanie śledziony zaraz wywołało znaczną zmianę stanu krwi. Na drugi dzień po naświetlaniu białych ciałek naliczono tylko 182000 w 1 mm.^{3} (wobec 342000 w 1 mm.^{3} krwi w dniu poprzednim), więc prawie połowę poprzedniej liczby, przytem stosunek odsetkowy znacznie się zmienił (por. tablicę), a mianowicie obliczając bezwzględną liczbę poszczególnych postaci w dzień przed i po naświetleniu znaleźliśmy następujące liczby: Wielojądrzaste neutr. w dzień po naświetlaniu w 1 mm.^{3} 155944 wobec 198,360 w mm.^{3} dzień przed naświetlaniem. Myelocyty neutrofilne w dzień po naśw. 34,580, a przed naśw. 109440 w 1 mm.^{3} (co do innych postaci por. tablicę II). Wobec tak znacznej zmiany wstrzymaliśmy dalsze naświetlania na przeciąg tygodnia, a wśród tego liczba ciałek białych spadała z dnia na dzień powoli sama i z końcem tygodnia t. j. 4/12 wynosiła tylko 92000 w 1 mm.^{3} krwi, przytem ilość bezwzględna wielojądrzastych neutrofilnych w 1 mm.^{3} krwi była 66884, a myelocytów neutrofilnych 10180. Równocześnie w ciągu tego tygodnia ilość ciałek czerwonych wzrosła (obacz tablica II), a śledziona, która w dzień po pierwszem naświetleniu była dość znacznie na ucisk bolesna i zdawała się być miększa, poczęła się zmniejszać i to dość szybko, bo kiedy przed naświetlaniem 26/XI dolny brzeg od łuku żebrowego sięgał na 19 cm., a największa długość wynosiła 22 (od łuku), to po naświetlaniu 30/XI pierwszy wymiar wynosił tylko 16½ cm., a drugi 20½; z końcem zaś I tygodnia 5/XII wynosił pierwszy wymiar 15 cm., a drugi 18½ cm. tak, że różnica wynosiła blisko 4 cm.; śledziona stała się przytem miększa a bolesna. Równocześnie podmiotowy stan nieco się polepszył, łaknienie poprawiło się, osłabienie zmniejszyło się.

Ponieważ stan krwi dalej się już nie poprawiał, rozpoczęliśmy dalej naświetlania z początku tylko śledziony, potem wątroby i kości, a badanie krwi stwierdziło już z początku wzrastanie liczby ciałek białych do 176000, potem znaczne wahania, wreszcie liczba ciałek białych znów spadła do 63000 (obacz tablicę II), co jednak raczejbym uważał za skutek ostrego zapalenia gardła (*angina follicull.*), które chora wówczas przechodziła. Liczba ta: 63000, była najniższą, jaką u chorej naszej spostrzegaliśmy. Wśród tego liczba ciałek czerwonych krwi raz wzrosła do 4.900.000, potem zaś utrzymywała się stale mniej więcej około 4.000,000.

Jako rzecz najważniejszą i bardzo korzystną podnieść muszę znaczne polepszenie się stanu ogólnego.

Objawy jelitowe, a mianowicie biegunka znacznie się zmniejszyła, siły wzmogły się i to dość szybko, czego dowodem i to, że gdy do tych dwu naświetlań musiano chorą na noszach przenosić, to do następnych szła o własnych siłach; ogólne odżywienie znacznie się poprawiło, bo chorej w tym drugim okresie naświetlania przybyło 12 kg. bezmała, a mianowicie waga z 37 kg. wzrosła do 48 700 kg. (obrzęków nie było). Śledziona wśród tego powoli się zmniejszała dalej tak, że w połowie lutego miała mniej więcej połowę poprzedniej wielkości. Dodać chciałem jeszcze, że krwotoki z nosa, które chora przed naświetlaniem często miewała, po naświetlaniu już nie zjawiały się. W moczu w przeciągu tygodnia znikł odczyn diazowy. Dalszy przebieg jednak był mniej pomyślny tak, że w tym III niejako okresie możemy mówić o poczynającym się nawrocie sprawy, który datuje się od pierwszych dni marca br. Liczba ciałek białych krwi mimo dalszych naświetlań zaczęła znowu wzrastać i doszła do 170000, śledziona powiększyła się, łaknienie pogorszyło się, rozwolnienia w silniejszym stopniu powróciły, chorej dokuczały częste krwotoki z nosa, nastało znaczniejsze osłabienie, a waga wnet spadła do 47 kg. W tym stanie chora opuściła klinikę 3 kwietnia br.

III przypadek (mężczyzna, D. Z., lat 37) zasługuje o tyle na szczególniejszą uwagę, że przebieg jego śledziliśmy najdłużej, bo chory przebywał w klinice dwa razy, raz od 20/3 do 2/4 1904, potem ambulatoryjnie leczył się, drugi raz zaś w klinice leżał od 2/XII 04 do 23/2 1905, potem zaś znów przychodził do ambulatoryum, a ostatni raz 17/5 1905 tak, że przez trzy miesiące po naświetlaniu mogliśmy śledzić przebieg sprawy. Za pierwszego pobytu t. j. 26/3 do 2/4 1904 chory miał typowe objawy białaczki szpikowej. Skład krwi obacz tablica III; śledziona sięgała wówczas dolnym brzegiem na 2 palce wyżej przedniego górn. kolca k. biodr., a brzegiem przednim do linii środkowej ciała. Chory ten leżał poraz drugi w klinice od 2/XII 04 do 23/2 05.

Wywiady (w streszczeniu): Obciążenia niema; w 10 roku życia przebywał dur brzuszny, zresztą nie chorował nigdy. Obecna choroba miała się rozpocząć z początkiem marca 1904; pojawiły się u chorego bole w podżebrzu lewem, zauważył przytem guz po lewej stronie brzucha. Brzuch zaczął się coraz bardziej powiększać, bole się zwiększyły, a dołączyło się do tego stale wzrastające osłabienie, czasem duszność, brak apetytu.

Stan obecny (3/XII) (w streszczeniu): Skóra i błony śluzowe bardzo blade, w płucach objawy lekkiego nieżytu, serce w granicach prawidłowych, tony serca głuche obok szmerów anemicznych, a nad podstawą serca słabe tarcie osierdne. Brzuch w całości powiększony, w znacznej części zajęty przez ogromny guz śledziony, który sięgał w linii pachowej środkowej od VII żebra, a ku dołowi do górnego przedniego kolca biodr., w linii sutkowej lewej do więzadła Pouparta, w środkowej do spojenia łonowego, a brzegiem przednim przekraczał linię środkową na 4 palce na prawo. Wątroba również powiększona, w linii sutkowej prawej sięga na 2 palce niżej łuku. Mostek przy opukiwaniu bolesny, gruczoły chłonne niepowiększone. Mocz składu prawidłowego. We krwi typowy obraz białaczki szpikowej (porów. tablica III).

Naświetlania rozpoczęliśmy 10/XII 1904, wykonaliśmy ich dwanaście, i to zawsze w okolicy śledziony, tj. razem 96 minut.

Z przebiegu zaznaczę następujące szczegóły: W stanie krwi zauważyliśmy zmiany podobne, jak u poprzednich chorych. Liczba ciałek białych powoli, a stale zmniejszała się (obacz tablicę III) tak, że w dniu 20/I po ostatniem naświetlaniu wynosiła 12600; porównując ilość bezwzględną poszczególnych postaci przed naświetlaniem i w dzień po XII naświetlaniu, znaleźliśmy następujące liczby: 10/XII przed naświetlaniem było wielojądrzastych neutrofilnych 164405 w 1 mm^3 krwi, a myelocytów neutrofilnych 28614, to w dzień po ostatnim naświetlaniu było wielojądrzastych neutrofilnych tylko 9487 w 1 mm^3 (75·3% przy 12600 ciałek), a myelocytów 403 w 1 mm^3 krwi (3.2%). Dalej liczba ciałek czerwonych

TABLICA II.

Data	Ilość c. białych w 1 mm³	W. n.	W. e.	M. n.	M. e.	T.	L. m.	L. d.	C. 1. jądr.	P.	I i II Arnetha	Ilość c. czerw. w 1 mm³	Naświetlanie
22/11	338000	66·8	1·7	24·0	0.4	2.5	2·5	1	0·2	0·9	82%	3400000	
26/11	342500	198360	2736	109440	684	11286	8550	3420	2052	2052			
		5·8	0·8	32	0·2	3·3	2·5	1	0·6	0·6		3570000	
29/11	182000	155944	2184	34580	1092	2184	2912	1820	2366	1638			
		74·2	1·2	19	0.6	1·2	1·6	1	0·3	0·9	80%		28/1. I
30/11	174000	131718	—	26970	—	6090	3480	—	—				
		75·7	0·9	15·5	0·7	3·5	2	1	0·7	—	78%	4410000	
1/12	146000	105120	—	18542	—	10074	4380	—	—				
		72	1·9	12·7	0·6	6·9	8	1·8	0·4	0·7	86%		
2/12	118500	78437	—	18367	—	11139	5925	—	—				
		66·2	1·9	15·5	0·2	9·4	5	1·6	0·2	—	93%		
3/12	109500	88366	—	8650	—	5365	2737	—	—				
		80·7	1·7	7·9	0·9	4·9	2·5	0·5	0·4	0·5	89%		
4/12	92000	66884	—	10580	—	7360	4416	—	—				
		72·7	1·7	11·5	0·5	8·0	4·8	0·3	0·2	0·3	89%		
5/12	100000	69000	—	10000	—	8000	—	—	—				
		69	2·3	11	0·7	8	4·5	1·5	1	2		4130000	
7/12	127000	67	1·1	16·1	0·9	10	3	1·6	0·3	—	93%		6/12. II
8/12	101000	75	1	9·9	0·3	6.6	4·1	2	0·4	0·7			
9/12	106000	70	1·7	7·8	1·4	11	5·2	1·2	0·7	1			
11/12	158000	66	1·6	10·6	0·7	10	5	3·4	1	2·4		4900000	
13/12	135000	69	2·4	7	1	11·4	4·6	1·4	0·9	2·3			III
14/12	142000	73	1·4	8·8	0·3	9·9	3·6	1·2	0·8	1			
17/12	148000	73	1·4	11	0·5	6·3	4·5	1·4	0·5	1·4			
19/12	176000	69	1·8	11	0·7	11	4·3	1	0·2	1			IV
20/12	176000	74	1·4	10·5	0·6	7·9	2	1·7	0·9	1		4125000	
23/12	148000	—	—	—	—	—	—	—	—	—			V
24/12	146000	69	2	11	0·5	10	2·5	2·5	0·3	2·2			
28/12	126000	75	0·8	10·9	0·8	8·3	2·9	1	0·9	1·4			
30/12	136000	74	1·1	10	0·3	8·5	2·4	1·3	0·9	1·5			29/12. VI
5/1	110000	73	1·4	8·8	0·3	8·8	5	1·1	0·7	0·9			
15/1	142000	70·6	1·7	13·5	0·7	5·3	3·5	1·7	1·5	1·5			
21/1	156000	71	1·0	11	1	6	4·5	2·5	0·9	2·1			VII
22/1	145000	80	1·8	6·3	0·7	3·4	3·4	1·3	1·5	1·4		4200000	
25/1	114000	77	2·3	4·6	0·3	4·6	5	2·4	0·3	3·5			
27/1	113000	68	2	4	1	10	10	1·5	0·5	3			
31/1	135000	74	1	8·1	0·6	6	5·5	1·8	0·3	2·7			VIII
1/2	127000	75	2·3	4·6	0·7	9	5	1·5	0·6	1·3			
5/2	100000	77	1·3	7·3	0·3	6	4	1·3	0·5	2·3			IX
7/2	111000	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
9/2	137000	79·3	0·8	6·3	0·4	4·7	5·3	0·8	0·4	2			X. wątroba
10/2	127000	78·2	2·1	5·5	0·6	5·1	4·9	1·2	0·5	1·9			
13/2	138000	76	3	4·3	0·7	6·8	6·2	0·7	0·3	2		4100000	
15/2	170000	77.5	1·5	6·5	0·7	5·8	6	0·8	0·3	0·9			XI
17/2	80000	75	1·9	7	0·5	7	3·5	1·4	0·7	3			
18/2	85000	76·5	1·4	8	0·5	6	4	1	0·6	2			XII. mostek
19/2	95000	80	1·2	8·6	0·4	3·7	3·6	0·9	0·4	1·2			
22/2	86000	79·2	1·5	8·2	0·5	4·2	3·9	1	0·3	1·2			
24/2	70000	80	1·6	5·6	0·4	6	4·4	0·4	0·4	1·2			XIII. kolano
25/2	63000	78	1·5	4·5	0·5	7·9	5·4	0·6	0·5	1·1			
28/2	86000	75·6	1	2·8	0·5	8·2	5·9	1·2	0·5	4·3			XIV. kolano
1/3	99800	77·6	1·3	5·4	0.5	6·4	5·5	1·1	0·5	1·7		4000000	
3/3	83000	76·6	2·3	8·8	0·3	3·4	4·6	1·2	0·5	2·3			
4/3	104000	75·5	2·2	8·6	0·6	4·5	5·5	1·0	0·7	1·4			
5/3	100000	75	2·2	8·2	0·7	7·5	4·2	1	0·1	1·1			
8/3	90000	75·4	1·6	8·4	0·7	3·5	5·6	1·8	0·4	2·6			
11/3	130000	75·2	1·8	8·3	0·7	2·9	6·4	1·5	0·4	2·8			
16/3	145000	76	1·2	8·4	0·3	5·3	5·1	0·7	0·3	2·7			
18/3	147000	77·1	1·2	8·2	0·6	4·8	5·2	0·9	0·3	1·7			XV
19/3	123000	76·3	1·5	7·2	0·8	4·9	5·7	0·7	0·6	2·3			
22/3	142000	77·1	1·5	7·1	0·6	5·1	4·1	1·1	0·6	2·8			XVI
23/3	168000	77·2	2	5·8	0·4	6·9	3·5	1·2	0·3	2·7			

Objaśnienie. W. n. wielojądrzaste neutrofilne, W. e. = wielojądrzaste eozynofilne, M. n. = myelocyty neutrofilne, M. n. = myelocyty eozynofilne, T = komórki tuczne, L. m. = limfocyty małe, L. d. = limfocyty duże, C. 1. jądr. = ciałka białe krwi jednojądrzaste duże, P = komórki przejściowe, I. i II. Arnetha = oznacza ilość ciałek białych krwi neutrofilnych w I i II klasie Arnetha (na 100 ciałek). Naświetlanie i liczby rzymskie oznaczają liczbę i czas naświetlania promieniami Roentgena.

TABLICA III.

Data	Ilość c. białych w 1 mm³	W. n.	W. e.	M. n.	M. e.	T.	L. m.	L. d.	C. 1. jądr.	P.	I i II Arnetha	Ilość c. czerw. w 1 mm³	Naświetlanie
1904 27/3	88650	78·8	0·7	12·6	0·4	0·7	4·3	1.1	0·7	0·7	90%	4662000	
1/4	136000	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
6/4	135000	80	1·2	8·7	0·4	1·2	6	1	0·5	1	91%		
20/4	139320	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
1904 1/12	212000	65·6	0·9	22	0·8	5·1	3·6	1	0·3	0·7	89·5%	2450000	
5/12	270000	59·8	1	29	1	5·3	2·6	0·8	0·2	0·3	94%		
10/12	251000	164405	5773	28614	753	12550	20080	10542	2510	5773			
		65·5	2·3	11·4	0·3	5	8	4·2	1	2·3	85%		I
11/12	247000	66·3	2	10·5	1·5	5·3	5·5	3·3	0·6	5	89%		
13/12	242000	179080	3388	22990	726	8470	8954	7744	2662	7986			
		74	1·4	9·5	0·3	3·5	3·7	3·2	1·1	3·3			II
15/12	216000	74	0·7	7·7	0·3	7	4·8	1·5	0·7	3·3			
18/12	164000	73	1·8	9·8	0·8	6·2	4	2·9	0·7	0·8			
20/12	156000	66·7	1·3	10·5	0·6	6·5	6·8	1·5	1·5	4·6			III
21/12	165000	70·7	1·4	8·1	0·7	9·2	5·6	0·6	0·6	3·1		3950000	
23/12	154000	114730	1694	9702	462	12628	7700	1540	462	5082			
		74·5	1·1	6·3	0·3	8·2	5	1	0·3	3·3			IV
24/12	113000	71·9	2·8	8·6	0·7	6·8	5·2	2	0·2	1·8			
27/12	110000	71·9	0·7	8·2	0·3	6·8	6·8	2·1	0·9	2·3			V 28/12
29/12	95725	65·5	0·6	10·4	0·3	10·5	5·3	1·6	1·2	4·6	85%		
31/12	118000	70·8	1·2	9·8	0·7	8·4	4	2·1	0·3	2·7			
1905 2/1	109000	82186	1090	8701	327	7194	4578	2289	327	2398			
		75·4	1	7·9	0·3	6·6	4·2	2·1	0·3	2·2			VI
5/1	100000	77·8	1·1	5·7	0·3	6·4	4·1	1·2	0·3	3·1			
6/1	105000	—	—	—	—	—	—	—	—	—			VII
11/1	87000	75	1·1	9·7	0·3	6	4·1	1	0·9	1·9			
12/1	60000	45000	1200	3600	180	3780	3840	600	600	1200			
		75	2	6	0·3	6·3	6·4	1	1	2			VIII
14/1	50000	81	0·8	6·5	0·3	2·4	4·3	1·6	0·7	2·4			
15/1	60000	76·6	0.7	8·4	0·4	6·1	4·2	0·7	0·6	2·3			IX
17/1	50000	79·3	0.4	6·3	0	4·8	6·4	1·2	0·3	1·3			X
18/1	44000	77·4	1	6·5	0·3	5	7	1·3	0·3	1·2			
21/1	25000	18000	375	1550		1575	1925	775	50	775			
		72	1·5	6·2	0	6·3	7·7	3·1	0·2	3·1			XI
22/1	27000	73·5	0·7	4·4	0	8	6	2·9	0·7	3·8		4500000	
24/1	20700	70	1·2	2·5	0	8·7	6·2	5	0·2	6·2	76%		XII
25/1	12600	9487	113	403		756	919	163	63	693			
		75·3	0·9	3·2	0	6	7·3	1·3	0·5	5·5	70%		
27/1	19700	79·3	1·5	4·2	0	4·2	6·3	1·5	0·3	2·7			
28/1	17000	82·7	0·3	7	0	1·8	2·7	1·3	0·3	3·9	71%		
3/2	15000	11715	165	525		225	1485	240	45	600			
		78·1	1·1	3·5	0	1·5	9·9	1·6	0·3	4	80%		
12/2	16000	81·3	0·8	1·7	0	0·8	8·2	1	0·4	5·8			
21/2	11000	8635	110	165		517	693	220		660			
		78·5	1	1·5	0	4·7	6·3	2	0	6	74%		
13/3	151000	121404	453	11325		4228	8154	1812		3624			
		80·4	0·3	7·5	0	2·8	5·4	1·2	0	2·4	88%		
27/3	91200	80	0·3	6	0	3·7	7·6	1	0·3	1·1			
17/5	208000	145392	2916	35152	1456	11856	4992	2080	1248	2916			
		69·9	1·4	16·9	0·7	5·7	2·4	1	0·6	1·4	90%		

Objaśnienie. W. n. = wielojądrzaste neutrofilne, W. e. = wielojądrzaste eozynofilne, M. n. = myelocyty neutrofilne, M. e. = myelocyty eozynofilne, T = komórki tuczne, L. m. = limfocyty małe, L. d. = limfocyty duże, C. 1. jądr. = ciałka białe krwi jednojądrzaste duże, P = komórki przejściowe, I. i II Arnetha = oznacza ilość ciałek białych krwi neutrofilnych w I i II klasie Arnetha (na 100 ciałek). Naświetlanie i liczby rzymskie oznaczają liczbę i czas naświetlania promieniami Roentgena.

krwi wzrosła w czasie naświetlania z 2450000 do 4500000 w 1 mm³. Równocześnie śledziona powoli, a stale się zmniejszała i to znacznie, a mianowice granice jej leżały w dniu 10/XII 1904 w linii sutkowej lewej 28·5 cm. niżej łuku w linii osi śledziony 32·5 od łuku żebrowego; 2/I 1905 zaś wymiar pierwszy wynosił 22·5 niżej łuku, a drugi 27 cm. a 21/1, 1905 pierwszy wymiar tylko 17 cm., drugi 22 cm. tak, że z końcem stycznia śledziona miała mniej więcej połowę poprzedniej wielkości. Równocześnie zauważyć można było poprawę podmiotową, łaknienie wzrosło, siły powróciły, waga zaś wzrosła tylko o 1 kg. Mocz, badany 26/I, nie zawierał składników nieprawidłowych. Z całego stanu chorego

można było być zupełnie zadowolonym, aż nagle w dziesięć dni po ostatniem naświetleniu dnia 2/II 1905 rozwinęły się obrzęki na twarzy, kończynach i tułowiu, a badanie moczu wykryło objawy ostrego zapalenia nerek (duże ilości białka, 36 *pro mille*, przy ilości moczu 1500 cm³ na dobę), a w osadzie liczne ciałka wysiękowe i czerwone, wałeczki szkliste i ziarniste i nabłonki nerkowe. Przy odpowiedniem leczeniu w przeciągu dwóch tygodni obrzęki ustąpiły, ilość białka w moczu spadła do 6⁰/₀₀. Wśród tego liczba ciałek białych spadła jeszcze do 11000 w 1 mm³ krwi, a śledziona dalej się zmniejszała, tak, że z końcem pobytu chorego w klinice sięgała tylko na 4 palce niżej łuku żebrowego. 23 lutego chory opuścił klinikę na własne żądanie.

Po wyjściu z kliniki chory zgłosił się znowu 13/3 1905. We krwi stwierdzono znaczny przyrost ciałek białych 151·000 w 1 mm³ krwi, z tego 7·5% myelocytów; śledziona napowrót się zwiększyła, ilość białka w moczu 6⁰/₀₀. Stan podmiotowy dobry.

27/3 1905 chory znowu się zjawił do ambulatoryum. Badanie krwi: 91·200 ciałek białych w 1 mm³ z 6% myelocytów. Śledziona sięga ku przodowi prawie do linii środkowej, a ku dołowi w linii pachowej lewej na 2 palce wyżej przedniego górnego kolca biodr. W moczu 3⁰/₀₀ białka, osad skąpszy nieco, (ciałka wysiękowe, rzadkie czerwone, wałeczki szkliste i ziarniste dość liczne). Podmiotowy stan dobry. Mostek tkliwy na ucisk.

17/5 ambulatoryjnie: Badanie krwi: 208000 ciałek białych w 1mm³, z tego myelocytów 16 9%. Śledziona urosła do rozmiarów takich, jakie były przed naświetleniem. W moczu stan lepszy, białka tylko 1/4 ⁰/₀₀, osad b. skąpy, w nim skąpe ciałka wysiękowe i wałeczki szkliste, parę tylko wałeczków ziarnistych. Stan podmiotowy gorszy, chory czuje się osłabiony, apetyt ma gorszy.

IV przypadek spostrzegaliśmy krótko, a dotyczył on mężczyzny J. K., który w klinice leżał dwa tygodnie. Rozpoznano u niego białaczkę limfatyczną *(leucaemia lymphoides)*. U chorego tego naświetlaliśmy okolicę śledziony tylko cztery razy, a jako wynik tego krótkiego spostrzegania podać mogę 1) spadek liczby ciałek białych z 460 000 do 220,000 w 1 mm.³ krwi, 2) nieznaczne pomniejszenie się śledziony, 3) polepszenie się stanu podmiotowego, a mianowicie poprawa łaknienia i zmniejszenie się bólów w kościach. (Dok. nast.).

III. Oceny i sprawozdania.

O tak zw. chorobie Bantiego.

Skreślił

E. Stahr.

(Dokończenie.)

Jakie zatem pozostają pewne cechy, po których wolno nam rozpoznawać chorobę Bantiego? Obok niedokrwistości obrzęk śledziony i puchlina brzuszna. A jaki zachodzi między tymi objawami związek? Wedle Bantiego do obrzęku śledziony przyłącza się marskość i ta wywołuje puchlinę brzuszną, wedle Senatora powstaje puchlina brzuszna na tle ogólnej skazy, o ile nie zachodzi przepuszczalne zatkanie przewodów limfatycznych. Sprawę tę roztrząsa bardzo szczegółowo Albu (7) i dochodzi do bardzo ciekawych wniosków. Zanim na to pytanie da stanowczą odpowiedź, uważa on za stosowne wyświetlić przyrodę obrzęku śledzionowego w toku marskości wątroby z jednej, a choroby Bantiego z drugiej strony, jakoteż stosunek między zmianami drobnowidowymi w śledzionie i wątrobie.

Jak wiadomo, może obrzęk śledziony dochodzić znacznych bardzo rozmiarów w toku zwykłej marskości wątroby; śledziona może się w dwój-, a nawet w trójnasób powiększyć, a obrzęk ten jest prawie stałym, znamiennym objawem marskości. Wcale często wyprzedza obrzęk śledziony na wiele miesięcy, a nawet lat, właściwe objawy chorobowe marskości wątroby tak, że niektórzy uważają go za objaw zwiastunowy tej choroby. Potwierdzenie słów tych znaleźć można w podręcznikach chorób wewnętrznych. I tak n. p. Strümpell (42) powiada: „Niezbyt rzadko zjawia się obrzęk śledziony już wtedy, kiedy niema śladu puchliny brzusznej. W przypadkach tych nie zastój w zakresie żyły wrotnej wywołuje obrzęk śledziony, ale inne (toksyczne?) wpływy“. Jeszcze wyraźniej wyraża się Leichtenstern (43): „Regularnie napotyka się wyraźnie powiększoną śledzionę w samych początkach choroby, w okresie obrzęku wątroby, kiedy jeszcze niema śladu zastoju w zakresie żyły wrotnej, a szczególnie puchliny brzusznej, a nadto z pewną predylekcyą właśnie w tym początkowym okresie marskości zjawiają się często ciężkie krwotoki z żołądka i jelit, a szczególnie przełyku, których przyczyną są żylaki. Ważne znaczenie rozpoznawcze ma często wielki obrzęk śledziony, który jest dla klinicysty objawem zwiastunowym marskości w jej początkowych zmianach anatomicznych. W całym szeregu przypadków znajdowałem u badanych pijaków wielkie śledziony, natomiast wątroba obok większej zbitości żadnych innych zmian nie okazywała. Później, nieraz po kilku latach zjawiała się marskość wątroby, która była przyczyną poprzedzającego marskość, pozornie z nieznanej przyczyny powstałego obrzęku śledziony „(des praecirrhotischen, kryptogenetischen Milztumors“)“.

Za tem, że obrzęk śledziony w toku marskości wątroby jest sprawą wcześniejszą, przemawiają z wielkiem prawdopodobieństwem, a może nawet i z pewnością, nowe badania drobnowidowe obrzęku śledziony w toku marskości wątroby. Gdy dotąd we wszystkich podręcznikach znaleźć można było, że obrzęk ten jest twardy, wywołany przez zastój w krążeniu, to obecnie wiadomo — a jest to zasługą R. Oestreicha (44), — że obrzęk ten jest miękki, a wywołany wyłącznie wybujaniem miazgi śledzionowej. Obraz taki znaleźć można nawet i w późnych okresach marskości. Oestreich pisze o tej sprawie tak: „Die Milzvergrösserung ist eine nicht auf Stauung beruhende, sondern eine durchaus selbständige produktive, durch irritative Vorgänge erzeugte Erscheinung. Während der ersten Stadien der Zirrhose tritt eine zellige Proliferation (Hyperplasia pulpae) ein, welche auch bis in spätere Stadien hinein persistieren kann, oder in mehr indurative Processe übergeht“.

Na podstawie tych faktów zgadza się Albu z zapatrywaniem nowszych autorów, że obrzęk śledziony jest punktem wyjścia dla marskości wątroby — a nie, jak wierzono dotąd, że obrzęk śledziony jest wynikiem marskości. A skoro tak jest, to teraz uderza podobieństwo w patogenezie obu chorób: choroby Bantiego i zwykłej marskości wątroby. W obu chorobach sprawa chorobowa zaczyna się w śledzionie, do której dostaje się z krwią jad, prawdopodobnie z jelit. Do jadów tych, o ile je znamy, należą wyskok, zimnica i kiła; obok tych jednak mogą istnieć, lub też w jelitach wytwarzać się inne, nam dotąd nie znane, wnętrzne (endogen) jady, z jelit dostawać się z obiegiem krwi do śledziony i tu wpływać szkodliwie na tworzenie się krwi.

Podobny bieg rozwoju i szerzenia się choroby podaje Banti dla swojego typu, a dowód widzi w znamiennych zmianach w żyle śledzionowej [1], która to żyła stanowi po-

[1] Banti w „Zieglers Beiträge“ tak te zmiany opisuje: „In der Milzvene und in der Pfortader von der Einmündung der Milzvene bis zur Leber ist die Intima mit derben, erhabenen Plättchen bedeckt, die diffus oder umschrieben sich finden und alle Merkmale der atheromatösen und sclerotischen Platten der Aorta aufweisen“.

łączenie między śledzioną, a wątrobą. Czy obecnie nie dałoby się i przy zwykłej marskości wątroby znaleźć podobnych zmian w żyle śledzionowej, czas pokaże.

Trujący jad z jelit może albo wprost i równocześnie działać szkodliwie na śledzionę i wątrobę, albo, co prawdopodobniejsze, przez śledzionę następowo wnikać do wątroby. W każdym razie jelita są owem miejscem, gdzie się jad tworzy, lub skąd dostaje się w obieg. Dlatego to Senator (17) widzi punkt wyjścia choroby Bantiego w jelitach, a upewnia go w tem zapatrywaniu spostrzeżenie, że często zaburzenia w jelitach wyprzedzają obrzęk śledziony. Nawiasem mówiąc, spostrzeżenie to nie godzi się z opisem samego Bantiego, który zaburzenia jelitowe spostrzegał dopiero w drugim lub trzecim okresie choroby.

Z tych wszystkich względów nie widzi Albu zasadniczej różnicy między chorobą Bantiego, a marskością wątroby; — w jednej i drugiej chorobie dopatruje się tej samej sprawy chorobowej (*fibrosis seu fibrodegeneratio lienalohepatica*), wśród której przeważają raz zmiany w śledzionie, innym razem w wątrobie, zależnie od tego, czy jad się głównie zużywa w śledzionie, czy też stamtąd rozszerza się dalej na wątrobę przez żyłę śledzionową. W drugim przypadku pierwotna sprawa w śledzionie ustępuje na drugi plan przeważnie wtedy, jeżeli następowe zmiany wątroby wywołują ze swej strony miejscowe objawy przez zastoiny w żyle wrotnej, które nie mają już nic wspólnego z istotą właściwej choroby.

Całe rozumowanie Albu napotyka jednak na jeden zarzut, bardzo poważny, jak sam Albu przyznaje. Oto zmiany histologiczne, jakie spotykamy w śledzionie wśród marskości wątroby, różnią się od zmian, spotykanych w śledzionie wśród choroby Bantiego. Zmiany w śledzionie wśród marskości wątroby polegają, jak to już za Oestreichem podaliśmy, na przeroście miazgi śledzionowej, do której nie zawsze, czasem bardzo późno dołącza się przerost tkanki pościeliskowej. Zaś wśród choroby Bantiego — jak podał sam Banti — nigdy się nie spotyka przerostu miazgi śledzionowej, ale przeciwne wyraźne bujanie przegród łącznotkankowych, i dlatego nawet zmiany te ochrzcił mianem „*fibroadenie*“. Wyniki Bantiego potwierdza Borrissowa: „Die Untersuchung der Milz ergab, dass die Follikel fehlten. In der Pulpa Verdickung und Verdichtung des Reticulum, Sclerose der grösseren Gefässe, fast völliges Fehlen der normalen Pulpazellen. Die meisten venösen Kapillaren sind in grosse Räume verwandelt, welche Zellen erfüllen, die nicht Lymphocyten, sondern grössere Elemente, vielleicht veränderte Endothelien sind“. „Die Blutkapillaren der peripheren Theile der Acini waren mit Zellen gefüllt, die den grossen endothelialen Elementen der Milzpulpa völlig glichen Das Knochenmark war zum Theil rot und von normaler Structur, zum Theil erhielt es Zellen von demselben Aussehen, wie sie in der Milzpulpa und Leber vorhanden waren“. „Die eigenthümlichen Zellen in der Leber und im Knochenmark sind wahrscheinlich aus der Milz mit dem Blutstrom transportiert“.

A zatem i zdanie Albu co do tożsamości choroby Bantiego i marskości wątroby również nie wytrzymuje krytyki.

Ostatnimi czasy wyłoniło się nowe zapatrywanie na istotę choroby Bantiego. Umber (45) określa to cierpienie jako niedokrwistość toksyczną pochodzenia śledzionowego („splenogene toxische Anaemie“), podając, że sprawa pierwotnie toczy się w śledzionie i stąd wywiera trujący wpływ na krew. Zdanie to w zupełności przypomina zapatrywanie Bantiego. Umber jednak dopiero wtedy rozpoznaje chorobę Bantiego, kiedy zdoła wykazać toksyczny wpływ śledziony, przejawiający się w silnym toksycznym rozpadzie białka. Na dowód toksycznego wpływu śledziony podaje następujący przypadek:

Chłopiec 15 letni cierpi od lat 8 na niedokrwistość. Badanie stwierdza niezwykłą bladość powłok z żółtaczkowym odcieniem, wielki obrzęk śledziony i wątroby. Puchliny brzusznej na pewno wykazać nie zdołano. Hemoglobiny 50%; oligocythemia, poikilocytoza, zwyrodniałe postacie krwinek czerwonych. Wśród kilkumiesięcznej obserwacyi klinicznej ciągle pogarsza się stan chorego tak, że postanowiono wyciąć śledzionę. Przedtem jednak badano przez 23 dni dokładnie wymianę materyi, a powtórnie w okresie zdrowienia po wycięciu śledziony przez dni 12. Po operacyi chłopiec w oczach jął się poprawiać. Obrzęk wątroby ustąpił, skład krwi wrócił do stanu prawidłowego (Hb 100%, skład krwi prawidłowy). Przedewszystkiem jednak pokazało się, że przed operacyą białko ulegało silnie toksycznemu rozpadowi, a po operacyi wymiana materyi co do białka stała się prawidłowa.

A więc wycinając śledzionę, usunięto w tym przypadku z ustroju narząd, który wywierał szkodliwy wpływ na mieszaninę krwi i wymianę materyi.

Że zwykła niedokrwistość nigdy nie wywołuje takiego t. zw. toksycznego rozpadu białka, to jest dziś powszechnie znaną i przyjętą rzeczą (Noorden, Kraus) — a wykazywano go tylko wśród niedokrwistości złośliwej postępującej, ale tylko takiej, którą wywoływały robaki, a z usunięciem robaków z jelit rozpad w zupełności znikał. Tak samo marskość wątroby nigdy rozpadu białka nie wywołuje. I dlatego żąda Umber, żeby rozpoznawać chorobę Bantiego tylko tam, gdzie udowodniono ów toksyczny rozpad białka, a gdzie są także inne objawy choroby Bantiego.

Wybitnym przykładem, dowodzącym słuszności zapatrywań Umbera, jest przypadek Brugscha (37):

Spostrzegał na oddziele swoim 17-letniego chłopca, który nie był obciążony dziedzicznie. Blady od dzieciństwa, miał długi czas (od 4—7 roku życia) mieć puchlinę brzuszną po płonicy. Często dawniej krwawił z nosa, w 12 roku z żołądka (wymioty krwawe). Od lat zauważył guz w brzuchu (obrzęk śledziony). Przed przyjęciem do szpitala krwawe wymioty i stolce. Przyjęty do szpitala w roku 1903, okazywał ciężką niedokrwistość, obrzęk śledziony (4 palce poprzeczne niżej łuku), krwawe wymioty i stolce. We wrześniu znowu krwawi z żołądka i jelit. W październiku 1903: Hemoglobiny 18%, krwinek czerwonych między 2 a 2½ miliona, białych między 3500 a 10.000 Oligochromemia, poikilocytoza, tu i owdzie ziarniste ciałka czerwone; krwinek czerwonych jądrzastych niema. Chory jest wprost strasznie blady, niezmiernie słaby. Gruczoły nie obrzękłe. Żółtaczki niema. Puchlina brzuszna. Po nakłuciu brzucha sięga śledziona 9 ctm. niżej łuku. Wątroba niemacalna. Ciepłota prawidłowa. Mocz bez białka, bez bilirubiny i urobiliny. A więc obraz cały zgadza się z typem choroby Bantiego tem bardziej, że wyłączono kiłę, zimnicę i nadużywanie wyskoku. O zabiegu nie można było nawet myśleć przy małym zasobie sił chorego. Od października 1903 do lutego 1904 nakłuwano brzuch 15 razy i wypuszczono 64 litrów jasnej surowicy. Od połowy lutego zaczęła się nagle powolna, ale stale postępująca poprawa: puchlina brzuszna ustępowała, siły wracały. W maju było już 52% Hb, a w czerwcu 64% obok 5 milionów krwinek czerwonych. Wreszcie puchlina znikła, ciężar ciała się podniósł, tylko śledziona pozostała wielka i twarda. Chory wrócił do zdrowia i zdolności do pracy.

W przypadku tym badanie wymiany materyi stwierdziło stosunki zupełnie prawidłowe. A więc sprawa ta mimo złudnego podobieństwa nie była chorobą Bantiego.

A więc zebrawszy to, co dotąd o omawianej sprawie wiemy, możemy tyle pewnego powiedzieć; że:

1) Istnieje osobny typ chorobowy, nazwany od autora „chorobą Bantiego“.

2) Punktem wyjścia tej sprawy chorobowej są wedle wszelkiego prawdopodobieństwa jelita, skąd jady dostają się do obiegu.

3) Choroba ta jest chorobą krwi, ale w tem rozumieniu, że sprawa pierwotnie nie we krwi, ale w śledzionie się toczy, — a dopiero chora śledziona zatruwa krew.

4) Chora krew ze śledziony, płynąc do wątroby, wywołuje zmiany w żyle śledzionowej, — a następnie w wątrobie.

5) Zmiany w wątrobie nie odpowiadają żadnej z dotąd znanych postaci marskości wątroby i są prawdopodobnie swoiste (Naunyn, Borrissowa).

6) W jaki sposób powstaje puchlina brzuszna, nie da się rozstrzygnąć (skaza, czy marskość wątroby, czy zatkanie dróg limfatycznych).

7) Choroba od podobnych sobie odróżnia się toksycznym rozpadem białka („splenogene toxische Anaemie“ Umber).

Za poznaniem tej nowej choroby poszły zaraz w ślad różne próby lecznicze, z których na największą uwagę zasługują próby leczenia drogą operacyjną. Zachęcony przez Bantiego wykonał pierwszy Colzi (przytoczony przez Bantiego) wycięcie śledziony trzy razy. Dwa razy osiągnął znakomity wynik: wszystkie objawy chorobowe ustąpiły. Niektórzy chirurgowie obok usunięcia śledziony robią operacyę Talmy, aby nadto ułatwić krążenie uboczne w zakresie żyły wrotnej. Wedle Maragliana (16) udało się dotąd z 11 przypadków operowanych uratować 9, dwaj chorzy zginęli z krwotoku, który się nie dał opanować. Wedle najnowszej statystyki Jordana (46) dokonano dotąd już 17 operacyi, z tych 14 osób uleczono. Licząc tu przypadek, opisany wyżej przez Brugscha (37), mamy na 18 dotąd znanych operacyi 15 uleczeń.

Wyniki są znakomite. Ponieważ jednak sam zabieg jest ciężki, należałoby jeszcze spróbować leczenie promieniami Roentgena. Sposób ten dał dotąd wyniki dodatnie w różnego rodzaju białaczkach, — może okazałby się skutecznym i w omawianem cierpieniu.

Piśmiennictwo. 1) Leube: Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. Leipzig 1898. T. II. str. 36 ff. — 2) Nothnagel: Specielle Pathologie und Therapie. T. VIII. 1901. — 3) F. Besançon et M. Labbé: Traité d'hématologie. Paris 1904 — 4) Hans Luce: Über Leukanaemie. Archv. f. kl. Med. 77. 3, 4. str. 215. 1903. Wedle ref. w Folia haemat. I. str. 196. — 5) G. Banti: Lo Sperimentale 1894 i 1895 i Riforma medica XIII. Nr 50—56 cytowane za Senatorem, dalej: La sémaine médicale. 1894. Nr. 40 i Zieglers Beiträge zur path. Anatomie. T. 24. 1898. — 6) Pinkus: Nothnagels Spec. Pathol. T. VIII. Dział II. 1901. str. 93. — 7) Albu: Die sogenannte Bantische Krankheit. Deut. med. Wochs. 1904. Nr. 19 i 20. str. 707 i 741. — 8) Silva: Riforma medica 1896. Nr. 13. — 9) Casarini ibid. Nr. 26. — 10) Cavazzani ibid. — 11) Bonardi: Gazetta degli ospedali. 1897. Nr. 1. — 12) Finzi: Rifor. medica 1897. — 13) Silvestrini: Clinica med. 1901. — 14) Chiari: Über Morbus Banti. Prag. med. Wochs. 1902. Nr. 24. p. 285. — 15) Rinaldi: Ctblt f. innere Med. 1899. Nr. 14. — 16) Maragliano: Ibid i Gaz. degli ospedali 1898. Nr. 70. — 17) Senator: Über Anaemia splenica mit Ascites (Bantische Krankheit). Berl. kl. Wochs. 1901. Nr. 46. str. 1145. — 18) Roque i Bret: Province médicale. 1896. — 19) Sippy: American Journ. of med. sc. 1899. T. 118. str. 428. — 20) Osler: Ibidem 1900. T. 119. str. 54. — 21) Brill: Ibid. 1901. — 22) Litten, Lennhoff i Ewald: Berl. klin. Wochs 1901. Nr. 46, dyskusya po wykładzie Senatora. — 23) Pribram: Über Bantische Krankheit. Prag. med. Wochs. 1902. Nr. 9. str. 97. — 24) Hocke: Berl. kl. Wochs. 1902. Nr. 16. — 25) Walko: Prag. mediz. Wochs. 1902. Nr. 10. str. 116, dyskusya po wykładzie Pribrama w Nr. 9. — 26) Breuer: Wien. kl. Wochs. 1902. Nr. 33. — 27) Weinberger: Wien. med. Wochs. 1902. — 28) A. Borrissowa: Virch. Arch. T. 172. Z 1 wedle ref. w Folia haemat. I. 184. — 29) J. Kast: Wien. med. Wochenschr. 1903. Nr. 20 — 30) Ludwig Kast: Prag. med. Wochs. 1903. Nr. 20 — 31) Levison: Annals of Surgery Nov. 1903 wedle ref. w Folia haemat. I. 183. — 32) Marchand: Münch. med Wochs. 1903 — 33) Curschmann: Ibid. — 34) Bahrdt: Ibid. — 35) Fichtner: Ibid. — 36) Senator: Zeitschr. f. aerztl. Fortbildung wedle ref. w Folia haemat. I 545. — 37) Brugsch: Zur Klinik der Bantischen Krankheit. Med. Klinik. 1905. Nr. 23. str. 566. — 38) Bierens de Haan: Archiv. f. Verdauungskrankheiten Boasa 1898. Bd. 4. Nr. 13. str. 7. — 39) Rieder: Deut. Arch. f. kl. Med. T. 48. str. 112 — 40) Naunyn: Congr. d. deutsch. Naturforschr. Breslau 1904. — 41) Maixner: Wien. med. Wochs. 1902. Nr. 32. — 42) Strümpel: Lehrbuch der speziellen Patholog. und Therap. 12 Aufl. 1899. — 43) Leichtenstern: Pentzoldt-Stinzings Handbuch der speziellen Therapie innerer Krankheiten. 1899. T IV Dz. 6. 2 wyd. — 44) R. Oestreich: Virch. Arch. 1895. T. 142. porównaj: Leube: Specielle Diagnose. 1898. T. I. str. 194. — 45) Umber: Zeitschr. f. kl. Mediz. 1904. Festschrift f Naunyn. — 46) Jordan: Berlin. klin. Wochschr. 1903. Nr. 52.

IV. Wyciągi.

LARYNGOLOGIA. Henrichsen. **Uwagi o przenikających ranach szyjnych.** (*Archiv f. Laryngologie*, 1905, XVII. Bd., H. 2). Rany te bywają najczęściej wynikiem zamachu samobójczego, rzadziej morderczego, nadzwyczaj rzadko trafiają się podczas wojny. Samobójcy używają prawie zawsze brzytwy; w jednym przypadku narzędziem do tego użytem była tafla szklana. Jako osobliwość opisany jest przypadek, gdzie przyczyną rany przenikającej było dostanie się do tułowia rozpalonego druta elektrycznego. Kierunek cięcia jest zwykle poprzeczny od strony lewej ku prawej; w 3 przypadkach opisane jest cięcie podłużne. Cięcie obejmuje zwykle górną część szyi i to przeważnie ponad *Pomum Adami*, rzadko leży ono nizko w dołku nadmostkowym, zaraz ponad rękojeścią mostka. Długość i głębokość rany są najrozmaitsze, począwszy od powierzchownych aż do przenikających wszystkie części miękkie. U osób dorosłych skostniałe chrząstki krtani stanowią przeszkodę drążenia wgłąb, łatwo przeciętą być może tętnica, podobnie i krtań u dzieci. Odma podskórna najwybitniej występuje przy ranach kłutych; może ona objąć nawet całe ciało z wyjątkiem dłoni i podeszwy. Krwawienie nawet w tych przypadkach, gdzie żadne z większych naczyń nie zostało przecięte, bywa dość znaczne. Bardzo rzadko ulegają przecięciu wielkie naczynia, jak żyła szyjna, tętnica domózgowa i większe nerwy, n. p. błędny. Jeżeli cięcie idzie w przestwór gnykowo-tarczowy, to może zostać odciętą nagłośnia, ktora, opadłszy na głośnię, może zatkać szparę oddechową. Jako rzadkość opisane są trzy przypadki, gdzie chorzy wycięli sobie brzytwą w zupełności krtań, w jednym nawet z częścią tchawicy. Jako powikłania wymienia autor różę, ropnie z niebezpieczeństwem obrzmienia głośni, uciskiem na tchawicę, wreszcie opadnięciem ropnia do śródpiersia. Z następstw zaś, przetoki i to albo tchawicze, albo, choć rzadziej, tchawiczo-przełykowe. Zwężenie następowe występuje zwykle w postaci przepony; grubość jej największą na obwodzie; w kierunku światła jest ona coraz cieńszą. U chorych, noszących kaniulę, może nawet przyjść do zupełnego zarośnięcia krtani, ewentualnie tchawicy. Rokowanie bywa zwykle dobre, odliczając oczywiście przypadki, gdzie świeżo występuje odrazu po zamachu skutkiem skrwawienia lub uduszenia. Leczenie w pierwszej chwili po zamachu ma za zadanie usunąć krwawienie; w razie duszności założenie kaniuli. Zapobiegawcza tracheotomia jest wskazaną tam, gdzie możemy się obawiać następowego obrzmienia głośni, a więc przy ranach jej. Zresztą przy ranach ciętych wskazane jest zeszycie warstwowe rany. W razie wystąpienia zwężenia następowego, które pomimo szwu czasem już w krótkim przeciągu czasu się wytwarza, leczenie może być albo zachowawcze, albo operacyjne. Pierwsze obejmować będzie rozszerzanie zapomocą rurek Schrötterowskich, wypalenie albo przecięcie śródkrtaniowe błony zwężającej; metody operacyjne polegają na a) laryngo- i tracheofissurze z wycięciem przepony; b) na resekcyi.

Dr. Nowotny.

Chorążycki (Warszawa). **O tamponadzie nosa.** Do tamponady nosa poleca autor higroskopijną watę, napojoną sześciochlorkiem żelaza, tak zw. *gossypium haemostaticum*. Wacik zbity, odpowiedniej do rany grubości, dłuższy o 1—2 cm. od rany, wprowadza autor do nosa zaraz w kilka minut po zabiegu operacyjnym i pozostawia go przez 24 godzin; w razie krwawienia wkłada świeży tampon na dalsze 24 godzin. Po wyjęciu tampona zaprósza do nosa proszek o następującym składzie: *Anaesthesin 4.00*, *Cocaini mur. 1.00*, *Acidi borici 1.00*, *Sacch. lactis 12.00.* Proszek ten w razie silnej wydzieliny z nosa chory sam dalej stosuje. *Nowotny.*

Cordes. **Przyczynek do leczenia przewlekłego ropienia jamy szczękowej.** (*Monatschrift f. Ohrenhlk.*, 1905, XXXIX, Nr. 1). Autor posługuje się sposobem Krausego-Friedlendera, t. j. otwiera jamę szczękową od strony nosa przez przewód dolny. Do przebicia jamy używa trójgrańca Hallego, którym przebija średnią górną część ściany wewnętrznej w okolicy wyrostka szczękowego; koniec trójgrańca musi o 15—20° być zwrócony ku górze. Forma zgięcia trójgrańca musi odpowiadać szerokości przewodów nosowych; trójgrańca używa także Friedlender do nakłucia próbnego. Po przebiciu wyjmuje się kolec; jeśli teraz wprost przez kaniulę nie odchodzi ropa, wdmuchuje się powietrze do jamy przy pomocy klizopompy Hartmanna; w razie obecności płynu powstaje szmer wilgotny, dźwięczny. Następnie przestrzykuje się jamę letnim rozczynem kwasu borowego naprzemian z przedmuchiwaniem zapomocą klizopompy tak długo, dopóki nie odchodzi zupełnie czysty płyn, poczem, żeby resztki płynu usunąć, następuje jeszcze przedmuchiwanie klizopompą, wreszcie wdmuchnięcie jodoformu. Jeżeli pojawi się obrzmienie, powtarzamy ten zabieg dopiero trzeciego dnia; po trzy do czterokrotnem przestrzykaniu przechodzi się do leczenia suchego, t. j. usuwania płynu klizopompą i wdmuchiwania jodoformu. Zabieg ten z początku powtarzać musimy codziennie, potem co parę dni, wreszcie raz na tydzień. W przypadkach, w których przypuszczamy istnienie głębszych zmian błony śluzowej, jak polipy, ziarnina, owrzodzenia itd., używa autor z dobrym wynikiem wyskoku najpierw 66, potem 90 prc., który w ilości 2 cm.³ wstrzykiwał do jamy, poczem rozbryzgiwał go klizopompą. Wdmuchiwanie to robi się naprzemian z wdmuchiwaniem jodofomu. Sposób ten w 83 prc. ma dawać dobre wyniki. Zalety tego sposobu są następujące. Jama chroniona jest przed następowem zakażeniem, zdarzającem się przy otworze w dole szczękowym (*fossa canina*), odpływ ropy jest trwały tak, że wydzielina nie zatrzymuje się, wreszcie przy każdem siąkaniu jama zostaje przewietrzaną i ropa wydalaną do jamy nosa i na zewnątrz.

Nowotny.

NEUROLOGIA. L. Choinisse. **O ostrych zmianach organicznych układu nerwowego, powstałych pod wpływem wzruszeń moralnych.** (*La semaine médicale* 1905, Nr. 29). Współczesna medycyna, śledząc ściśle zjawiska fizyczne, nie uwzględnia jednak dostatecznie chorobotwórczego wpływu wzruszeń moralnych. Wyrażenia takie, jak: „psucie się krwi“ i podobne dla wzruszeń czysto psychicznych są dobitnym tego przykładem. Wszelako rola etyologiczna wzruszeń moralnych w cierpieniach układu nerwowego nie ulega wątpliwości. Wszyscy neuropatologowie zgodnie przypisają im znaczenie czynnika chorobotwórczego w nerwicach, jako to w histeryi, padaczce, neurastenii i pląsawicy. Badania autora wskazują na to, że pod wpływem wstrząsu psychicznego, zwłaszcza strachu, mogą powstać zmiany organiczne w układzie nerwowym. Tak mogą powstać porażenia ruchu i mowy, które nie zawsze znikają po zniknięciu czynnika wywołującego. W jednej kategoryi tych zjawisk wzruszenia stanowią punkt wyjścia dla istotnego zatrucia psychicznego, które objawia się naprzód podnieceniem, a nawet porażeniem. Znane są przypadki niewątpliwej niemoty ruchowej (*aphasia motoria*), połączonej niekiedy z porażeniami, trwającej przez dwa miesiące, nadto niezwykle ostre zapalenie rdzenia kręgowego, wywołane przez wzruszenia, a stwierdzone na sekcyi jako przekrwienie opon rdzeniowych. Leyden i Brieger opisali podobne przypadki porażeń rdzeniowych. Wzruszenie działa w tych przypadkach jako czynnik, wywołujący przekrwienie i zmiany w oponach. Nadto ma tu znaczenie usposobienie osobnika i kruchość naczyń, które pod wpływem przekrwienia pękają. Zmiany w ustroju pod wpływem wstrząsu psychicznego rozwijają się często dopiero po jakimś czasie podobnie, jak się to dzieje zazwyczaj po wstrząsie fizycznym. *Dr. Blassberg.*

Bregman. **Odruchy ścięgnowe i zaburzenia czucia w wiądzie rdzenia.** (*Medycyna*, Nr. 7, 1905). Autor zestawia zdania neurologów o zaburzeniach odruchów kolanowych i ścięgna Achilesa w wiądzie rdzenia i stwierdza, że większość klinicystów znalazła częściej i wcześniej te zaburzenia odruchu ścięgna Achilesa, niż kolanowego. Biorąc sprawę z punktu widzenia anatomicznego, brak odruchu ścięgna Achilesa oznacza wczesne zajęcie części krzyżowej rdzenia, oraz ostatniego odcinka lędźwiowego; a skoro objaw ten występuje wcześniej, niż objaw Westphala, przeto wnosić należy, że wspomniane części rdzenia (t. j. część krzyżowa wraz z ostatnim odcinkiem lędźwiowym) wcześniej ulegają wiądowi, niż wyższe odcinki lędźwiowe. Autor zadaje sobie pytanie, czy oprócz braku odruchów ścięgna Achilesa nie występują inne zaburzenia czucia, odpowiadające topograficznie zaburzeniom w wymienionych odcinkach rdzenia? Z trzech przypadków autora tylko w jednym dały się wykazać zaburzenia czucia w kończynach dolnych, równocześnie z brakiem odruchu ścięgna Achilesa; sądzi on przeto, że ta jednoczesność nie jest objawem stałym, że częściej szereg zaburzeń czucia w kończynach dolnych rozpoczyna się od braku odruchu ścięgna Achilesa i że ten brak odruchu jakiś czas stanowi jedyny najwcześniejszy objaw wiądu rdzenia i jest najczulszym odczynnikiem na wykazanie zajęcia oddzielnych części rdzenia. *Hekim.*

Nešpor. **Przyczynek do etyologii i leczenia stwardnienia rozsianego.** (*Wiener klin. Wochs.* 1905, 27). Autor opisuje przypadek, dotyczący 19-letniego chorego, u którego w miesiąc po objawach żołądkowych (wymioty, bole żołądka, brak apetytu, zawroty głowy), wystąpił napad udarowy z prawostronnem porażeniem ciała, a następnie rozwinęło się stwardnienie wieloogniskowe bez zaniku nerwu wzrokowego, bez wybitnej mowy skandującej i bez kurczowego zesztywnienia kończyn. Po podaniu chininy z arsenem nastąpiło polepszenie. Autor uważa za przyczynę niewątpliwie przebytą zimnicę, której także Leyden i Oppenheim przypisują niekiedy etyologiczne znaczenie w tem cierpieniu. Rokowanie co do życia dobre, a co do cierpienia, to jest to jeden z rzadszych przypadków, w którym nastąpił rodzaj wyleczenia, czy też zatrzymania się sprawy chorobowej. *Dr. Blassberg.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Blumenthal. **O przyczynach złośliwości raka.** (*Medizinische Klinik* 1905, Nr. 15). Badania histologiczne raka nie rzucają żadnego światła na zagadnienie, dlaczego nagle bujające komórki nabłonkowe okazują objawy złośliwości, tworzą przerzuty, wywołują cherę, a w końcu śmierć. Pewne światło w tym kierunku mogą rzucić badania chemiczne. H. Wolff wykazał w soku, wyciśniętym z nowotworów rakowych, stałe zwiększenie się ilości albuminy, a zmniejszenie globuliny w porównaniu z resztą tkanek. Tak samo w płynie puchliny brzusznej na tle raka można wykazać analogiczne różnice w porównaniu z puchliną, z innych przyczyn pochodzącą. Tkanka rakowa zachowuje się inaczej wobec enzymów, niż tkanki prawidłowe. Działaniu pepsyny bardzo trudno lub wcale nie ulega, łatwo natomiast enzymowi tryptycznemu w przeciwieństwie do tkanek prawidłowych. Badania Bergella wykazały, że w działaniu trypsyny na tkankę rakową nie dochodzi do oddzielenia się leucyny i tyrozyny, lecz sprawa zatrzymuje się wcześniej. Enzymy autolityczne, zawarte w rozmaitych narządach, opisane przez Salkowskiego, działają, jak to podał Jakoby, tylko na białko dotyczących narządów, n. p. autoenzym płucny na białko płucne, wątrobowy na białko wątrobowe i t. d.; gdy tymczasem autoenzymy komórek rakowych działają na wszystkie inne tkanki bez względu na siedzibę raka, n. p. sok wyciśnięty z raka wątroby działa na tkankę płucną. Zjawiska te tłómaczą w pewnym stopniu cherę rakową, z drugiej zaś strony udowadniają, że tworzenie się raka nie polega tylko na bujaniu komórek nabłonkowych, lecz że następuje w tych komórkach głęboka zmiana w znaczeniu chemicznem. *Seńkowski.*

L. Lindemann. **W sprawie wykrywania kwasu aceto-octowego w moczu.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr .29). Braki metody Gerhardta, która przy obecności w moczu kwasu salicylowego, antypiryny i innych składników traci wartość, były powodem, że poszukiwano nowszych metod. Riegler podał dość prosty sposób wykrycia kwasu aceto-octowego. Do 15 ctm.³ moczu dodaje 2 ctm.³ dziesięcioprocentowego rozczynu kwasu jodowego i kłóci następnie z 2—3 ctm.³ chloroformu. Przy obecności kwasu aceto-octowego chloroform pozostaje bezbarwny, natomiast w moczach, nie zawierających kwasu aceto-octowego, barwi się pod wpływem jodu na czerwono. Przy tym odczynie kwas jodowy ulega wprzód redukcyi na wolny jod, a ten zostaje następnie związany przez kwas aceto-octowy. Lindemann wykonał cały szereg badań kontrolnych tej metody w różnych kierunkach i stwierdza, że chloroform pozostaje istotnie bezbarwnym w tych przypadkach, gdzie próba Gerhardta daje wynik dodatni co do kwasu aceto-octowego. Obfita ilość indykanu, urobiliny, białka, acetonu, nie dawały tego odczynu. Tak samo bywał wynik ujemny w moczach po wewnętrznem zażywaniu salicylanu sodowego i aspiryny, oraz po dodaniu do prawidłowego moczu kwasu octowego, wyskoku lub gliceryny. Wielki nacisk kładzie autor na kwaśne oddziaływanie, koniecznie potrzebne dla tego odczynu, albowiem tylko wtedy wiązanie wolnego jodu dowodzi obecności kwasu aceto-octowego. Na tej podstawie podaje L. nowy sposób, w którym w kwaśnym rozczynie jod wprost wiąże się z kwasem aceto-octowym bez odczynu z kwasem jodowym. Dziesięć ctm.³ badanego moczu zakwasza się 5 kroplami rozcieńczonego (około 30%) kwasu octowego i dodaje się 5 kropel rozczynu Lugola (*Jodi 1·0, kali jodati 2·0, aquae 100·00*), wstrząsa się i dodaje potem 2 ctm.³ chloroformu. Przy obecności kwasu aceto-octowego chloroform nie barwi się. Oddziaływanie moczu musi być wyraźnie kwaśne, atoli zbyt kwaśnego oddziaływania unikać należy. Po dłuższem gotowaniu moczu wynik jest ujemny, ponieważ kwas aceto-octowy przez gotowanie rozkłada się. Znaczny dodatek i dłuższe działanie formaliny wywoływały zniknięcie odczynu. Zalety tego odczynu w porównaniu z odczynem Rieglera są dwie: 1) niezależność od znajdowania się w moczu substancyi, które wydzielają wolny jod z kwasu jodowego, znajdującego się w odczynniku Rieglera; 2) przy odczynie Lindemanna z ilości dodawanego rozczynu Lugola, zanim chloroform się zabarwi, można w przybliżeniu oznaczyć, ile kwasu aceto-octowego mocz zawiera. Istota zjawisk, zachodzących przy wiązaniu się jodu z kwasem aceto-octowym, nie jest dotąd wyjaśniona. *Dr. Blassberg.*

Hechtman. **Przyczynek do patologii nerek.** (*Russkij Wracz* 1905, Nr. 7). Autor wycinał psom bądź to kawałki nerek, bądź to całą jedną nerkę, bądź to wreszcie całą jedną nerkę i część drugiej. Wyniki badań: Zwierzę żyć może po wycięciu $^{3}/_{4}$ całej tkanki nerkowej. Tkanka nerkowa częściowo odradza się, częściowo przerasta, częściowo ulega zwyrodnieniu. Po wycięciu głównie istoty rdzeniowej, po 3—5 miesiącach występują objawy, podobne do objawów zapalenia nerek śródmiąższowego. Przemiana azotowa jakościowo zmienia się, a mianowicie zmniejsza się ilość powstającego mocznika. *A. Wrzosek.*

Danczakowa. **O doświadczalnie wywołanej marskości wątroby.** (*Russkij Wracz* 1905, Nr. 8). Autorka wstrzykiwała królikom w ciągu kilku, a czasem kilkunastu tygodni hodowle gronkowca złocistego pod skórę. Ilość wstrzykiwanej jednorazowo hodowli bulionowej wynosiła najwyżej 5 ctm.³. Wstrzykiwania odbywały się co kilka dni. Z badań autorki wynika, iż wstrzykiwania rzeczone wywołują bujanie tkanki łącznej w wątrobie króliczej. Bujanie to następuje nie wskutek zwyrodnienia komórek wątrobnych, którego niema po wstrzykiwaniach podskórnych hodowli gronkowca złocistego, lecz wskutek pierwotnego rozrostu tkanki łącznej. *A. Wrzosek.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Teocynę jako silny i rychło działający lek **moczopędny** wypróbował Grande (*Medico Pratico*, 1904, 12, 13) w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek, jak również Fiedler (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 8), który podaje ją 3 razy dnia po 0,5, zauważył jednak u chorych przyzwyczajanie się do leku. Laengner (*Therap. Monatsh.*, 1905, VI) nie używał czystej teocyny z obawy właściwych jej przykrych skutków ubocznych (wymioty), natomiast wypróbował w 14 przypadkach *theocin-natrium aceticum*. W przypadkach marskości wątroby, zmian mięśnia sercowego (*myocarditis*) i w 2 przypadkach przewlekłego zapalenia nerek lek ten zupełnie zawiódł oczekiwania; w innym przypadku przewl. zapalenia nerek z początku działał, potem zawodził. Natomiast doskonale moczopędnie działał ten środek w innych przypadkach, z których L. dokładniej opisuje 2 przypadki wad sercowych i jeden zmian w nerkach. Skutków ubocznych nie było nawet po 4 dawkach po 0,4, podanych co 2 godziny. L. nie stawia teocyny wyżej od innych leków moczopędnych, radzi jednak spróbować ją podawać, gdy inne środki zawodzą. Przy sposobności zawiadamia L. o dobrych skutkach, jakie uzyskał w przypadkach dny po podaniu **cytaryny**. *B.*

Sztuczne radium. *Deutsche med. Wochenschrift* donosi, że Axmanowi w Erfurcie udało się przy pomocy hamburskiej fabryki P. Bayersdorfa i Sp. stworzyć masę, na którą łatwo dadzą się przenieść własności radu i w której własności te trwale się utrzymują. Masa ta, radioforem przezwana, wystarcza na potrzeby praktycznego lekarza i jest tak tania, że cena jej nie stanie na przeszkodzie do ogólnego przyjęcia się i stosowania. Radiofor można wprowadzić pod skórę, do guzów nowotworowych i do jam ciała. Przetwór ma być bardzo trwały i stale promieniuje. *Stahr.*

Wody oczne z 10% kolargolu zaleca przy podrażnieniach zapalnych oka Ramsay (*The Ophtalmol.*, kwiecień 1904, *Wochs. f. Ther. und Hyg. des Auges*); używa on także w leczeniu zakażeń spojówki płatków z żelatyny z gliceryną, napojonych 10% kolargolem, które wkłada do worka spojówkowego, gdzie się po 2—3 godz. rozpuszczają. *H.*

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Sprawa reklamy lekarskiej wciąż jeszcze nie schodzi z porządku dziennego posiedzeń Izb lekarskich w Austryi. Niedawno gorąco rozprawiali o tej sprawie członkowie Izby lekarskiej wiedeńskiej. Przepisy Izby wiedeńskiej nie pozwalają na żadną reklamę. Lekarz powinien siedzieć cicho i czekać, aż pacyent sam do niego przyjdzie. Nie powinien przy żadnej sposobności wspominać, że jest lekarzem. Łatwo mógłby popaść w podejrzenie, jakoby chciał werbować sobie pacyentów. Otóż w sprawie tej wywodził referent w Izbie wiedeńskiej między innemi, co następuje; „Czyżby istotnie stan lekarski ucierpiał na poważaniu, albo też pod względem materyalnym, gdyby się dużo takich ogłoszeń zjawiło po dziennikach? Na poważaniu na pewno nie! A materyalnie? Myślę też, że nie. Im bardziejby rosła liczba ogłaszających się lekarzy, tem mniejszy byłby skutek ogłoszeń i tem mniejsza przeto szkoda dla ogółu lekarzy. Gdyby wszyscy lekarze wiedeńscy, — a jest ich 2500, — zechcieli się ogłaszać po pismach, to wartość ogłoszeń stanowczo spadłaby do zera. Nie powinno się zatem upatrywać niebezpieczeństwa w rosnącej liczbie ogłaszających się lekarzy. Faktem jest, że Izba czeska, do której należy około 2500 lekarzy i Izba morawska, licząca koło 700 członków, bezwzględnie wszystkim, a Izba solnogrodzka dentystom pozwala ogłaszać się po pismach w przyzwoity sposób. W pismach czeskich (*Prager Tageblatt*) ogłaszają docenci w sposób przyzwoity, że wyjeżdżają, że zmienili mieszkanie, numer telefonu i t. d. Nikt się tem nie gorszy, co też zupełnie jasne. Izba wiedeńska wymierzałaby za to kary. Dlatego też wytworzyło się w ostatnich czasach w Wiedniu donosicielstwo tak, że niema prawie dnia, by Izba nie dostała jakiegoś bezimiennego pisma, donoszącego, że ten lub ów się reklamuje, i żądającego ukarania. Gdyby Izba na takie pisma nie oddziaływała, ale rzucała je do kosza, toby wkrótce to donosicielstwo znikło. Ale Izba bierze wszystko to bardzo poważnie, a donosiciele śmieją się w kułak. Wiele punktów nowych przepisów o godności zawodowej jest śmiesznych. Izba chce nawet wyznaczać postać, wielkość w centymetrach, barwę etc. tabliczek lekarzy na domach. Byłby już czas raz porzucić tę sprawę. A teraz jeszcze jedno. Izba małych prześladuje i karze, natomiast nie ogląda się wcale na wielkich. Zabrania ogłaszania się, ale spokojnie przyjmuje do wiadomości ogłoszenia wielkich w postaci wzmianek po dziennikach w „wiadomościach osobistych“. I tak niedawno czytaliśmy w jednym z dzienników wiedeńskich: „Wczoraj dokonał prof. N. N. w sanatoryum L. gastroenterostomii na księciu X. Y. z dobrym skutkiem“. Że ks. X. poddał się operacyi, może obchodzi publiczność, ale jest jej na pewno wszystko jedno, kto go operował. Na to mogą niektórzy powiedzieć: „A co temu winien profesor, on tego przecie nie ogłaszał!“ To łacno być może prawdą. Ale na pewno już mógł zabronić redakcyi danego pisma w bardzo krótkiej drodze, n. p. telefonem, dalszego ciągu tej reklamy. Tymczasem nazajutrz przyniósł ten sam dziennik, co następuje: „Ks. X. Y, którego jak wiadomo, operował wczoraj prof. N. N., ma się zupełnie dobrze i t. d.“. Fakt ten mówi sam za siebie i nie potrzebuje dalszych komentarzy. Przypadki takie zdarzają się codziennie, a Izba milczy. Nie odważa się upominać wielkich, natomiast małych chłoszcze. Dlatego nie wierzę, by taka Izba pozyskała sobie miłość ogółu lekarzy wiedeńskich, a przeciwnie wywoła tylko zawiść partyjną. Bez miłości i poszanowania u lekarzy Izba nic nie zrobi w walce z masażystami, cudotwórcami, partaczami i Kasami chorych. Izba powinna ścigać nie lekarzy samych, ale ich wrogów«.

Tak wywodził w Izbie wiedeńskiej niedawno referent. Izba wiedeńska, która zupełnie zabrania ogłaszać się po pismach, popada w przesadę. Wszak publiczność, potrzebująca pomocy lekarskiej, musi mieć sposobność dowiedzenia się, gdzie jej lekarz zaufany mieszka, kiedy przyjmuje i t. d. Chodzi tylko o miarę i przyzwoitość w ogłaszaniu się. Wolno ogłosić jakąkolwiek zmianę, czy w mieszkaniu, czy w godzinach ordynacyjnych i t d., nie więcej jednak, jak trzy razy w pismach miejscowych i to w sposób przyzwoity bez szumnej reklamy. Bezwzględny zakaz ogłaszania się budzi równie silną reakcyę: twierdzenie, że przepisy nie powinny wcale krępować lekarzy w sprawie ogłaszania się, że powinno być wolno lekarzom ogłaszać po pismach jakichkolwiek, w sposób, jaki uznają za stosowny, wogóle bez żadnych ograniczeń. Najwłaściwszą w tej sprawie drogę obrały te Izby, które pozwalają na ogłaszanie się, ale w sposób przyzwoity i z zachowaniem miary i godności.

Tyle co do reklamy lekarzy-praktyków. Inaczej zupełnie przedstawia się sprawa reklamy zakładów leczniczych, kierowanych przez lekarzy. Zakłady te powinny mieć zupełną swobodę ogłaszania się, tylko za treść ogłoszeń powinny być zakłady także odpowiedzialne. Treść ogłoszenia winna być ułożona przyzwoicie, a więc zawierać n. p., gdzie się zakład znajduje, kiedy otwarty, jakich chorych przyjmuje, w jaki sposób leczy; karygodnem zaś byłoby, gdyby zakład ogłaszał, że ręczy za wyleczenie chorych piersiowych. Ogłaszanie się, nawet stałe, zakładów leczniczych, czy to po pismach, czy po dworcach kolejowych, a nawet restauracyach, można porównać z tabliczką, którą lekarz przybija na swym domu. Lekarz, który przybił na domu tabliczkę z swojem nazwiskiem, godzinami ordynacyjnemi i swoją specyalnością, stale i publicznie w ten sposób się ogłasza. W ten sposób każdy mieszkaniec danej miejscowości może zawsze dowiedzieć się, jak się lekarz nazywa, jakich chorych i kiedy przyjmuje. Nikt nie zaprzeczy, że do takiego ogłaszania się ma prawo zarówno lekarz, jak i publiczność.

Czyż kiedykolwiek domagano się w kołach zawodowych, by lekarz praktyczny o swojem istnieniu tylko swoim kolegom donosił? Albo aby chorzy dowiadywali się o istnieniu jakiegoś świeżo osiadłego lekarza z ust już znanych w mieście lekarzy? Nie, — tabliczkę na bramie domu uznano za ogólną i uzasadnioną potrzebę. Otóż takiej „tabliczki na bramie“ potrzebuje i właściciel zakładu leczniczego. Jego tabliczką jest anons. Zważywszy dalej, że koła, które istnienie zakładu może obchodzić, są bardzo szerokie, bo obejmują nietylko mieszkańców danego miasta, ale mieszkańców całego kraju, a nawet i zagranicy, musimy się na to zgodzić, że zakładom leczniczym wolno się ogłaszać wszędzie i ile razy zechcą. Wszak interesowana wielka rzesza ludzi nie może przyjść na miejsce i wyczytać z „tabliczki na bramie“, czem się zakład zajmuje, i kiedy i kogo przyjmuje.

Zakaz stałego ogłaszania się, wydany zakładom leczniczym, kierowanym przez lekarzy, wyszedłby na korzyść tylko zakładom, którymi kierują nie lekarze. Zakłady te z pewnością ogłaszałyby się w dalszym ciągu, a publiczność, nie dowiadując się o zakładach lekarskich, udawałaby się przeważnie do reklamowanych nie lekarskich zakładów. A Izby lekarskie nie mają chyba interesu w tem, żeby pomagać partaczom na koszt własnych kolegów.

Sprawa ogłaszania się zakładów nie była u nas dotąd roztrząsaną, bo zakładów leczniczych u nas w kraju jest mało, natomiast zagranicą, szczególnie w Niemczech, gdzie przemysł sanatoryjny jest obecnie w rozkwicie, sprawa ta była już przedmiotem gorących sporów. *Stahr.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 24 sierpnia.

* Ordynatorom szpitali warszawskich: dr. Radziwiłłowiczowi, Chełchowskiemu i Jakimiakowi dano dymisyę.

* W szkołach ludowych w Mühlhuzie w Alzacyi, gdzie oddawna uczniom dostarcza gmina bezpłatnie środków naukowych i kąpieli, a od roku 1903 istnieją lekarze szkolni, zaprowadzono obecnie bezpłatne leczenie dentystyczne.

* Na II międzynarodowym Zjeździe mleczarskim w Paryżu 16—19 października b. r. objętą jest programem obrad także cała higiena mleka. Wykłady zgłaszać należy do prof. M. J. Troude, w Paryżu, 18, Boul. Barbès 61.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Sudhoff mianowany profesorem nadzw. historyi medycyny w Lipsku. Prof. Anton z Gracu przyjął katedrę psychiatryi w Halle (po Wernickem). Prof. Garré z Królewca mianowany następcą Mikulicza we Wrocławiu.

Zmarli: Dr. H. Dika, lekarz okręgowy w Świątnikach górnych, w 38 r. ż.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 32. Kijewski: Przyczynek do pneumotomii. Horodyński: Zranienie przewodu piersiowego, wygojenie.

— *Medycyna* Nr. 32 i 33. Mutermilch W.: Kilka uwag o teoryach odporności. Karwacki: O szczepieniach ochronnych przeciwko cholerze ze stanowiska swoistych zmian humoralnych (dok.). Poczobut: Spostrzeżenia kliniczne nad przebiegiem sporadycznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

— *Zdrowie* Z. 8. Tosio: O środkach kształcenia charakteru młodzieży. Szyc: Etyka i karność młodzieży szkolnej. Srebrny: Sprawy seksualne w higienie szkolnej.

— *La Presse medicale* Nr. 64. Branca: Komórka śródmiąższowa jąder. — Nr. 65. Devraigne: Wartość rozpoznawcza, prognostyczna i lecznicza nakłucia lędźwiowego u noworodków. Tessier: Rozciągnięcie serca i dusznica bolesna. Catapotis: Mnogie zwężenia gruźlicze jelit.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 33. Fischer: Płodziak *(embryoma)* łydki. Siegel: Sprawozdanie o przeniesieniu zarazy pyskowo-racicznej na króliki, z uwagami o sposobach badania i barwienia cytorrhyctes. Möbius: Zagadkowa choroba gruczołów. Voelcker i Lichtenberg: Kształt pęcherza moczowego w obrazie Roentgenowskim. Gürber: W sprawie metodyki wykrywania indykanu w moczu. Siegel: O wykrywaniu barwika krwi w kale. Reiche: Angina Plaut-Vincenti. Morian: Stomatitis ulcerosa a angina Vincenti. Mohr: W sprawie etyologii i leczenia gorączki siennej. Frey: Wyciąganie (ekstenzya) skóry. Klauber: Nowa igła do szwu kostnego. Arneth: W sprawie wytłómaczenia zachowania się krwinek białych i czerwonych przy leczeniu białaczki promieniami Roentgena.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 33. Borchardt: W sprawie operacyi guzów, usadowionych w kącie między móżdżkiem a mostem. Ruge: O sztucznem przerwaniu ciąży z powodu silnych wymiotów i suchot. Hoppe: Badania doświadczalne nad działaniem niektórych środków żołądkowych (stomachica) na wydzielanie soku żołądkowego. Kaiser: Groźne zatrucie po użyciu 50% maści resorcynowej. Winkler: Wyniki badań żołądka przy chorobach kobiecych. Meyerhoff: Przypadek otrucia arsenem. Guttmann: Dwa przypadki wrodzonego niedowładu mięśnia prostego dolnego, jeden z nich wyleczony operacyjnie. Bartenstein: W sprawie rozpoznawania chemizmu żołądka. Vogel: Zapobieganie i poronne leczenie wiewióra.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 33. Franke: O wpływie promieni Roentgena na przebieg białaczki. Richter: Przyczynek do kazuistyki mnogich pierwotnych raków. Zuckerkandl: O cytodyagnostyce siary. Zypkin: Wiąd i zapalenie przewlekłe rdzenia, leczone keratyną (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 33. Boas: Rozpoznanie i leczenie nerwic żołądka. Liebermann: Czy toksyny są zaczynami? Sarwey: Dalsze spostrzeżenia co do wcześnie słyszalnych tonów serca płodu. Martini: O przypadkowym zarazku zakażenia połogowego. Lewin: O guzach wywołanych doświadczalnie u psów po szczepieniu raka z człowieka. Helbing: O śródstopiu szpotawem. Gentzen: O cylindruryi i zapaleniu nerek. Lenzmann: Stanowisko lekarza-praktyka w sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego. Ratner: O tytoniu, niezawierającym nikotyny. Rubens: Nowe puzderko do badania moczu.

— *Medizinische Klinik* Nr. 37. Müller: Wczesne rozpoznanie stwardnienia rozsianego. Lesieur i Mahaut: Prątek Ebertha w moczu chorych na dur. Jossilewsky: O wahaniach częstości tętna w różnych postawach i po wysiłkach fizycznych. Gisler: Przypadek obrzęku płuc. Bosc: Badania nad przyrodą raka, jego etyologią i zapobieganiem.

Redakcya otrzymała: Dr. Scherbel: Jüdische Aerzte und ihr Einfluss auf das Judenthum. Berlin—Lipsk 1905. — Męczkowski: Stan i potrzeby szpitali Królestwa Polskiego. Warszawa 1905.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 33 (od dn. 13/VIII do 19/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 15, dziew. 24; nieżywo: chł. 3, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 9. kob. 15; zamiejscowych: męż. 8, kob. 5.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 1, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. —. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1. ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 2, ob. —. **Razem:** miejscowych 24, obcych 13.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. dr. Stanisław Ciechanowski.**

Rok XLIV. Kraków 2 Września 1905. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu lwowskiego pod kierownictwem prof. dr. Prusa.

O stosunkach między parciem naczyniowem, a składem krwi.

Podał

Dr. Teofil Hołobut,

asystent Zakładu.

Liczba ciałek czerwonych zarówno u ludzi, jak u zwierząt, już w stanie zdrowia nie jest ilością bezwzględnie stałą, lecz ulegać może mniej lub więcej znacznym wahaniom pod wpływem różnorodnych czynników. Przedewszystkiem stwierdzono znaczny wpływ wahań parcia naczyniowego w tym względzie. Na zjawisko to zwrócili pierwsi uwagę w r. 1874 Picquard i Malassez, dowiódłszy doświadczalnie na zwierzętach zależności ilości hemoglobiny i ciałek czerwonych od stanu naczyń. Po przecięciu nerwów, dochodzących do śledziony, autorowie ci znaleźli we krwi żyły śledzionowej wzmożenie liczby ciałek czerwonych i ilości hemoglobiny.

Leser, przecinając rdzeń kręgowy na wysokości 2 do 4 kręgu szyjnego, spostrzegał silne obniżenie parcia krwi z równoczesnem zmniejszeniem się ilości hemoglobiny we krwi, wziętej z dużych naczyń; po podrażnieniu prądem faradycznym obwodowego końca przeciętego rdzenia następowało zwiększenie się ilości hemoglobiny.

Cohnstein i Zuntz, którzy powtórzyli doświadczenia Lessera, widzieli również po przecięciu rdzenia szyjnego powyżej ośrodka nerwu trzewnego (*splanchnicus*) zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych w dużych naczyniach, a po podrażnieniu obwodowego końca przeciętego rdzenia wzmożenie się liczby ciałek czerwonych. Zjawisko to tłómaczą oni zmianami, zachodzącemi w naczyniach włosowatych na większych obszarach.

Naczynia włosowate rozszerzając się, zostają przepełnione ciałkami czerwonemi, a osocze spływa do wielkich naczyń i tu rozcieńcza jeszcze bardziej ich treść; zwężając się wypełniają się naczynia włosowate osoczem, a ciałka czerwone wędrują do dużych naczyń i zwiększają liczbę ciałek, w nich się znajdującą. Rozszerzenie większego obszaru naczyń włosowatych działa więc na wzór wessania, zwężenie zaś ich na wzór wzmożonego przesączania się cieczy.

Grawitz i Landois zaś przypuszczają, że nietyle zjawiska przesączania się i wsysania mają tu znaczenie, ile szybko występujące zmiany mechanicznego rozdzielenia.

Z doświadczeń, wykonanych na ludziach przez Grawitza, Toenissena, Breitensteina, wypływa, że i u ludzi, tak zdrowych, jak i chorych, pod wpływem działania pewnych bodźców i to znowu na większy obszar naczyń włosowatych skóry, zachodzą zmiany w liczbie ciałek czerwonych.

Toenissen spostrzegał po zastosowaniu zimnych kąpieli u chorych na zapalenie płuc, a gorączkujących, wzmożenie się liczby ciałek czerwonych, a Breitenstein widział to samo po kąpieli zimnej, stosowanej u chorych na dur brzuszny, a w mniejszym stopniu także u ludzi zdrowych.

Grawitz na podstawie spostrzeżeń klinicznych, jak i doświadczeń, wykonanych na zwierzętach, dochodzi do wniosku, że po zastosowaniu zimnych tuszów, podwyższa się ciężar właściwy krwi. Obniżenie ciężaru właśc. krwi spostrzegał po położeniu ciepłego okładu na skórę królika.

Wszystkie te zmiany liczby ciałek czerwonych pod wpływem wahań ciepłoty [1]) wpływają zasadniczo na zmiany parcia naczyniowego: w szczególności E. Grawitz wnosi że działanie zimna na powierzchnię ciała idzie w parze ze skurczem naczyń i podwyższeniem parcia krwi, co wywołuje jej zagęszczenie skutkiem przepacania cieczy przez ściany naczyń, przeciwnie zaś działanie gorąca na powierzchnię ciała sprawia obniżenie parcia krwi, rozszerzenie naczyń i przechodzenie cieczy do krwi, a tem samem jej rozrzedzenie.

O ile jednak liczba ciałek czerwonych, nawet w stanach prawidłowych u jednego i tego samego osobnika ulegać może pewnym mniejszym lub większym wahaniom, o tyle ustrój stara się utrzymać niezmienioną odsetkę wody we krwi, jak to dowodnie wypływa ze spostrzeżeń Żebrowskiego, dokonanych na oddziale i pod kierunkiem Biernackiego, a dotyczących ludzi częściowo zdrowych, częściowo chorych, którym podawano kołaczyki tyreoidynowe, W doświadczeniach tych autor zauważył pojawianie się — wprawdzie nie stale — znacznej hyperglobulii po zadaniu nawet małych dawek tyreoidyny. I tak liczba ciałek z 5.040000 podniosła się po podaniu tyreoidyny na 7.190000 lub w innym przypadku z 6 320000 na 7 590.000. Z doświadczeń porównawczych, jakie wykonał, by się przekonać, czy hyperglobulia nie była tylko przypadkową, wnosi on, że wahania samoistne liczby ciałek już w stanie prawidłowym bywają niekiedy znaczne, choć nie dosięgają tak wysokich liczb, jak przy stosowaniu tyreoidyny. Stwierdzając, że w niektórych razach powstaje hyperglobulia we krwi ludzkiej pod

[1]) Do kategoryi badań w tym kierunku należą także w naszej literaturze spostrzeżenia Rzętkowskiego oraz Miklaszewskiego nad zmianami krwi w »parnikach«.

wpływem działania tyreoidyny, a nie rozstrzygając pytania, o ile zależną jest ona od istotnego zwiększenia się liczby ciałek czerwonych, a o ile od wpływów naczynioruchowych, Żebrowski nie znajdował ani w tych przypadkach, w których pod wpływem tyreoidyny powstała znaczna hypergloblulia, ani tam, gdzie samoistne wahania liczby ciałek czerwonych były dość znaczne, wybitniejszych zmian co do ilości substancyi suchej; czyli, że odsetka wody we krwi zostaje prawie stałą, nieznacznie tylko, lub wcale niezmienioną mimo znacznych wahań liczby ciałek czerwonych. Liczby, które autor w tym względzie stwierdził, są uderzające. N. p.: przed tyreoidyną: liczba ciałek czerwonych 6.320000, sucha substancya 23·01%; wśród podawania tyreoidyny: l. c. cz. 7590.000. S. s. 23·45%; w tydzień później l. c. cz. 5.550000. S. s. 23·01%; po odstawieniu tyreoidyny l. c. cz. 5.430.000 S. s. 23·2%.

Zachęcony przez Doc. Dra Biernackiego przystąpiłem pod jego kierunkiem do szczegółowego zbadania, o ile spostrzeżenia Żebrowskiego nad stałością odsetki wody we krwi w przeciwieństwie do liczby ciałek czerwonych powtarzają się i w doświadczeniach na zwierzętach, u których wywołamy sztucznie wahania liczby ciałek czerwonych, i czy i w tym razie istnieje owa niezależność między liczbą ciałek czerwonych krwi, a suchą substancyą, której wyrazem stałość odsetki wody mimo większych lub mniejszych zmian w liczbie ciałek czerwonych. Badanie w tym kierunku było nieodzownem wobec faktu, iż w doświadczeniach Grawitza przy zmianach parcia czyli zmianach liczby ciałek czerwonych, stosownie do spostrzeżeń Cohnsteina i Zuntza stwierdzono wahania ciężaru właściwego krwi, co wskazywało na wahania ilości wody we krwi jednocześnie z wahaniami liczby ciałek, a więc fakty, poniekąd sprzeczne z tymi, które spostrzegał Żebrowski.

W tem miejscu naprzód powiem, że w doświadczeniach naszych znalazły się dość liczne szczegóły, potwierdzające prawdziwość spostrzeżeń Żebrowskiego, o czem pomówimy szczegółowo poniżej. Punkt ciężkości poszukiwań przesunął się jednak w inną stronę z powodu szeregu spostrzeżeń, wykazujących wśród pewnych warunków odmienne stosunki pomiędzy parciem krwi w naczyniach, a liczbą ciałek czerwonych, a także dozwalających nam poznać dokładniej mechanizm powstawania wahań liczby ciałek czerwonych wskutek wahań parcia naczyniowego. Przedstawienie wyników w tym kierunku stanowi też główną treść pracy niniejszej.

Doświadczenia wykonywano na królikach, u których wywoływano zmiany parcia krwi albo sposobem mechanicznym, jak głaskaniem, uciskaniem powłok brzusznych, działaniem na skórę prądem faradycznym, albo też przy pomocy środków farmaceutycznych, właściwie toksykologicznych, jak strychnina, adrenalina, nikotyna, pilokarpina.

Po przywiązaniu królika do stolika operacyjnego i odsłonięciu obu tętnic szyjnych, łączono jedną z nich z kimografionem rtęciowym celem dokładnego zapisywania parcia krwi, do drugiej zaś tętnicy wprowadzano rurkę szklaną krótką, przez którą upuszczano krew do badania. Krew we wszystkich doświadczeniach brano z tętnicy szyjnej, raz tylko użyto do badania krwi z tętnicy udowej. Krew z tętnicy chwytano do parowniczek, przed każdem doświadczeniem starannie wysuszonych nad kwasem siarkowym, a następnie wraz z odpowiedniemi do każdej parowniczki szkiełkami zegarkowemi zważonych na wadze chemicznej.

Upuszczano krwi za każdym razem 4—6 cm.³; z tego około 3 cm.³ wlewano do małych cylinderków 5 centymetr. by otrzymać skrzep i surowicę krwi. resztę zaś, pozostałą na parowniczce, przykrywano szkiełkiem zegarkowem i ważono dokładnie na wadze chemicznej, a następnie suszono najpierw w suszarce przy 60° C. przez kilka godzin, a następnie nad kwasem siarkowym aż do stałego ciężaru. W podobny sposób określano ilość suchej substancyi w surowicy krwi, ściągniętej z nad skrzepu, najczęściej w przeciągu 24 godzin.

W krwi, schwytanej do parowniczek obliczano najdokładniej liczbę ciałek czerwonych Przed każdym upustem krwi rurkę, wstawioną do tętnicy — z której krew upuszczano — dokładnie oczyszczano, a nanowo nie upuszczano krwi odrazu na parowniczkę, lecz najpierw 1—2 ctm. krwi upuszczano bezużytecznie, a następnie dopiero chwytano do parowniczek krew, przeznaczoną do badania. Ponieważ w każdem doświadczeniu upuszczano królikowi średnio 5 razy krew, czyli razem brano koło 25—30 ctm.³ krwi, co wypadnie jeszcze więcej o 5—10 ctm.³, jeśli do tego doliczymy krew, upuszczoną bezużytecznie, jak również krew, straconą przy operacyi, to zachodziło pytanie, o ile te upusty krwi wpływają same przez się na skład krwi t. j. na liczbę ciałek czerwonych, na ilość suchej substancyi tak we krwi całkowitej, jak i w surowicy. W tym celu w jednem doświadczeniu porównawczem upuszczano królikowi krew kilkakrotnie w tej ilości, jak zwykle, i w takich odstępach czasu, jak w innych doświadczeniach, unikając wywierania jakiegokolwiek wpływu na parcie krwi zapomocą czynników zewnętrznych. Mimo to zauważono samoistne wahania w parciu krwi, choć niezbyt wielkie, lecz niewątpliwe, jak to zresztą zwykle bywa u tak pobudliwych zwierząt, jak króliki; odpowiednio do tego skład każdej porcyi krwi bynajmniej nie był jednaki, ale wykazywał pewne różnice. Oto wyniki:

Doświadczenie I.

Królik wagi 1950 gr. biały.

Początek doświadczenia godz. 10 koniec 10 g. 48 m.

Wysokość parcia krwi tak w tem doświadczeniu, jak i w innych, obliczono w przybliżeniu:

upust	godzina up.	ciśnienie	liczba ciałek	sucha subst. krwi
I	10 g. 04 m	14 cm.	7.235.700	20·04%
II	10 g. 10 m.	13·6 cm.	5.934.500	19·43%
III	10 g. 22 m.	12·8 cm.	6.571.000	19·54%
IV	10 g. 36 m.	12 cm.	7.064.300	19·00%
V	10 g. 48 m.	7·40 cm.	5.107.000	17·87%

Doświadczenie II.

Królik wagi 2400 gr.

Ciśnienie bez zmian

I upust;	10 g. 04 m. 35 s.	6.235.700	19·36%
II „	10 g. 09 m.	6.364.000	19·08%.

Z pierwszego doświadczenia widzimy, że ciśnienie krwi mimo, iż starano się unikać wszystkiego, coby mogło nań wpływać, stale opadało, aczkolwiek nieznacznie; znaczniejsze obniżenie ciśnienia było dopiero przy piątym upuście krwi. Mimo nieznaczne zmiany w parciu krwi, zmiany w liczbie ciałek czerwonych były stosunkowo duże i przy tem wypadło, że parciu wyższemu, 13·6 cm. słupa rtęci, odpowiadała mniejsza liczba ciałek czerwonych, bo 5 934.500, parciu zaś niższemu, 12 cm. sł. rt., większa liczba ciałek czerwonych: 7.064 300.

Sucha substancya krwi zachowywała się znacznie stalej, bo wahania były ledwie w granicach 1·00%; dopiero przy piątym upuście krwi, kiedy liczba ciałek czerwonych jednocześnie z parciem wyraźnie opadła, odsetka suchej substancyi obniżyła się więcej, bo o 1½%.

Wynik ten uprawniać może przypuszczenie, że kilkakrotnie powtarzane w naszych doświadczeniach upusty krwi same przez się mogły wywołać zmiany krwi w kierunku zubożenia jej w ciałka czerwone i rozwodnienia. Możliwość tę uwzględnialiśmy też przy ocenie wyników naszych doświadczeń w tem znaczeniu, że jeśli po zastosowaniu pewnego czynnika przy późniejszych upustach krwi (4-ty, 5-ty) stwierdzaliśmy obniżenie się liczby ciałek czerwonych i substancyi suchej, to fakt ten dla działania czynników był mniej dla nas dowodzącym, niż fakt przeciwny, t. j. wzmożenie się liczby ciałek czerwonych oraz substancyi suchej.

Doświadczenia co do działania na parcie czynników mechanicznych.

Doświadczenie III.

W doświadczeniu tem nie zachowano przypadkiem krzywej ciśnienia; podamy je tylko ogólnie, tak jak zapisano w protokole.

Królik wagi 2500 gr.

godz. upustu			l. c. czerw.	s. s. kr.	s. s. osocza
I	10 g. 03′	ciśnienie zwykłe	5.307.100	17·81%	6·84%
II	10 g. 10′	obniżone	2.170.000	18·24%	—
III	10 g. 27′	podwyższone (łapka prąder.)	—	18·01%	—
IV	10 g. 37′	zwykłe	5.690.000	17·18%	6·44%

Doświadczenie IV.

Królik wagi 2370 gr.

godz. upustu			l. c. czerw.	s. s. kr.	s. s. os.
I	10 g. 05′	14·2 cm.	4.216.000	15·96%	8·31%
II	10 g. 09′	15 cm. (pyszczek zaciśnięto)	4.666.000	16·10%	7·70%
III	10 g. 16′	16·7 cm. (łapka prądem drażniona)	4.631.000	16·02%	7·77%
IV	10 g. 21′	12·6 cm. —	—	16·64%	7·87%
V	10 g. 25′	11·2 cm. —	3.650.000	15·68%	7·86%

Z doświadczeń tych widzimy, że przy podwyższeniu parcia krwi sposobem mechanicznym, mamy, choć nieznaczne, zwiększenie się liczby c. czerwonych; z obniżeniem parcia krwi spada również i liczba ciałek. Sucha substancya krwi waha się tak w jednem, jak i drugiem doświadczeniu w granicach 1%. Znacznie jeszcze mniejszym wahaniom, bo w granicach 0·6%, ulega sucha substancya osocza.

Przecięcie rdzenia kręgowego na wysokości drugiego kręgu szyjnego.

Doświadczenie V.

Królik szary, ważący 2000 gr. — Od godz. 10 m. 09 stosowano sztuczny oddech.

godz. upustu		ciśnienie	liczba c. cz.	s. s. krwi	s. s. osocza	osad ciałek
I	10 g. 04′	13·6 cm.	8.310.000	18·91%	7·63%	—
II	10 g. 23	12·6 cm.	7.400.000	17·54%	7·12%	—
III	10 g. 51′	5·8 cm. (przecięto rdzeń)	6.730.000	15·58%	6·79%	—

Po przecięciu rdzenia kręgowego zmniejsza się wprawdzie liczba ciałek czerwonych przy równoczesnem silnem obniżeniu parcia krwi, zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych jest jednak stosunkowo nieznaczne w stosunku do bardzo silnego obniżenia parcia.

Doświadczenia ze strychniną.

Doświadczenie VI.

Królik wagi 2.400 gr. O godzinie 10 m. 11 wstrzyknięto do żyły szyjnej 0·0001 *strychninum nitric.*

godz. upustu		ciśnienie	liczba c. czerw.	sucha subst. krwi	sucha sub. osocza
I	10 g. 03′	14·2 cm.	6 371.400	17·77%	6·80%
II	10 g. 08′	14 cm.	7.400.000	18·18%	6·80%
III	10 g. 13′	17·2 cm. (strychnina)	5.071.000	17·46%	6·75%
IV	10 g 22′	15·6 cm.	4·971·400	17·19%	6·38%
V	10 g. 35	16·4 cm.	4.657.000	16·95%	6·67%
VI	11 g. 01′	16·2 cm (łapka prądem)	5 971.400	17.31%	6·73%

Doświadczenie VII.

Królik wagi 2000 gr. biały. O godzinie 7 m. 08 wstrzyknięto do żyły szyjnej 0.0001 *strych. nitricum*, a o 7 g. 52 m. ułożono królikowi pod nos watę, napojoną azotynem amylowym.

godz. upustu		ciśnienie	l. c. czerw.	sucha subst. krwi	sucha subst. os.
I	7 g. 03′	14·4 cm.	7.666.000	19·75%	8·19%
II	7 g. 09′	16 1 cm. (strychnina)	5.621.000	18 91%	7·56%
III	7 g. 21′	12·4 cm.	5·400.000	19 01%	8·83%
IV	7 g. 28′	14·8 cm. (głaskanie powłok brzucha)	6.100.000	18·71%	8·39%
V	7 g. 54′	13 2 cm. (amylnitrit)	5.021.000	19·01%	7·75%

Doświadczenie VIII.

Królik wagi 2800 gr. O godzinie 10 m. 19 wstrzyknięto do żyły szyjnej 0 00015 *strychninum nitricum.*

godz. upustu		ciśnienie	l. c. czer.	sucha sub. kr.	such. s. osocz.	osad ciał.
I	10 g. 06′	18 6 cm.	6.030.000	16·67%	7·40%	47%
II	10 g. 15	16·6 cm.	5.435.000	15·91%	6·83%	44%
III	10 g. 21′	18 8 cm (strychnina)	5.000.000	16 18%	7·14%	44%
IV	10 g. 45′	18 4 cm.	4.530.000	15·11%	6·97%	35·5%
V	10 g. 56′	20 cm (ucisk pow. brzucha)	4 971 000	14·99%	6·90%	29%

Doświadczenie IX.

Królik wagi 2100 gr., biały. O godzinie 10 m. 12 wstrzyknięto pod skórę brzucha 0.0001 strychniny, a ponieważ ciśnienie się nie podnosiło, powtórzono wstrzyknięcie jeszcze raz o godzinie 10 m. 23. O godzinie 11 m. 01 upuszczono około 25 cm. krwi:

godz. upustu		ciśnienie	liczba ciał. czerw.	such. sub. krwi	sucha sub. osocz.
I	10 g. 03′	16 cm.	6.650.000	18·72%	7·45%
II	10 g. 08′	15·8 cm.	6.375.000	18·57%	7·14%
III	10 g 34′	15·4 cm. (strychnina)	6.828.500	17·79%	7·10%
IV	10 g. 39′	15·4 cm. (głaskanie powłok brzucha)	—	17 78%	7 08%
V	11 g. 04	5·2 cm.	5.000.000	15·37%	6·20%

Doświadczenie X.

Królik wagi 2150 gr. O godzinie 10 m. 09 upuszczono królikowi 25 cm³ krwi. O godzinie 10 m. 25 wstrzyknięto pod skórę brzucha 0.0001 strychniny; ponieważ po wstrzyknięciu strychniny ciśnienie słabo tylko podnosi się, więc dodano do działania strychniny jeszcze podnietę mechaniczną w postaci głaskania brzucha. Czwarty upust wykonano mimo to przy parciu prawie niepodwyższonem mimo działania strychniny i bodźca zewnętrznego.

godz. opustu		ciśnienie	l. c. czerw.	sucha subst. krwi	sucha subst. os.
I	10 g. 03′	16·4 cm.	6.528.500	18 61%	7·48%
II	10 g 07′	17 2 cm.	6.578.500	18·56%	7·02%
III	10 g. 22	12·6 cm. (upust krwi)	5 878.500	16·40%	6·55%
IV	10 g. 34′	12 cm. (strychnina i głaskanie brzucha)	5.214.300	15 66%	6·30%
V	10 g. 39′	12.6 cm. (głaskanie brzucha)	5.835.000	15·11%	6·17%

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki i pracowni dermatologicznej krakowskiej (Prof. Reiss).

Przyczynek do histologii twardziny skóry *(sclerodermia)*.

Podał
Dr. Franciszek Krzyształowicz
docent dermatologii w Uniw. Jagiell.

(Dokończenie).

W miejscach, graniczących ze skórą zdrową, tkanka klejorodna skóry właściwej nie tworzy tak równoległych, gęstych falowatych włókien, jak powyżej opisałem, a więcej kawałków krótkich, skośnie i poprzecznie przeciętych, wśród których drobne, krótkie włókna barwią się wyraźnie barwnikiem zasadowym. Włókna uważam za włókna kolacyny, gdyż barwią się jak elacyna, a układem należą do tkanki klejorodnej. Tak zmienioną tkankę spostrzegałem głównie na granicy skóry właściwej i warstwy brodawkowej.

W tym kawałku skóry, bliższej skóry zdrowej, ułożenie nacieków było także nieco odmienne, gdyż obok nacieków na granicy tkanki podskórnej i skóry właściwej widzi się je jeszcze i w samej skórze wzdłuż skośnie przebiegających, zwężonych naczyń, jakoteż w około naczyń, torebek włosowych i gruczołów skóry.

Nacieki, o których mowa, składają się przeważnie z komórek plazmatycznych różnej wielkości. (*Fig. 6*). W dolnych częściach skóry nacieki są obfitsze, złożone z komórek

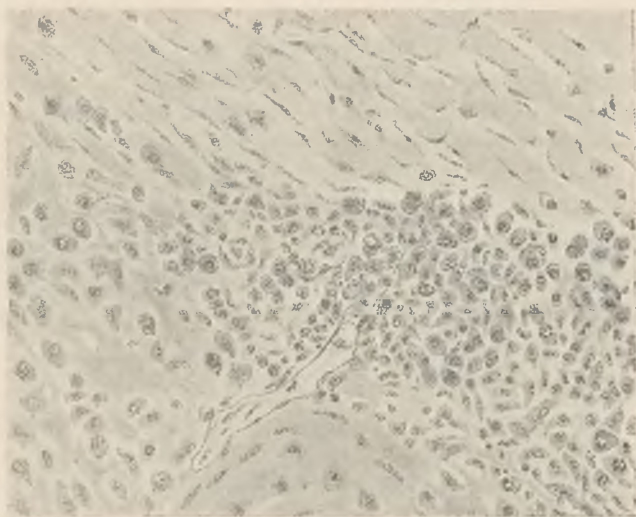


Fig. 6. Naciek na granicy tkanki podskórnej i skóry właściwej. Barwienie spos. Pappenheim-Unny. Powiększenie: immersya, 1.

plazmatycznych drobniejszych, gęsto obok siebie ułożonych, głównie wśród sieci tkanki tłuszczowej, obok tego zaś około naczyń gromadki są mniejsze, a wreszcie istnieją między wiązkami tkanki klejorodnej komórki pojedyncze, różańcowato ułożone. Komórki plazmatyczne około naczyń i gromadek mniejszych wśród tkanki klejorodnej są zazwyczaj mniejsze, dobrze rozwinięte. Komórek ziarenkowatych, t. zw. tucznych (Mastzellen) wśród gęstego nacieku nie spotykałem, na obwodzie jednak i w otoczeniu naczyń spotykałem je, chociaż w nieznacznej ilości.

Włókna elastyczne uległy podobnie, jak tkanka klejorodna, także pewnym zmianom. W tkance podskórnej widzi się włókna obfite, wężykowato pokręcone, w wiązkach ułożone. W dolnych częściach skóry właściwej są podobnie, jak tkanka klejorodna, mało zmienione, a dopiero ponad tym pasem skóry właściwej, względnie prawidłowej, włókna układają się falisto wzdłuż zwężonych i falisto biegnących pasm tkanki klejorodnej. (*Fig. 3*). Przez to ułożenie zbliżają się do siebie, a tem samem czynią wrażenie, jak gdyby były obfitsze i o jednakowym przebiegu, równoległym do powierzchni skóry. Z obrazu tego zatem nie można wnosić o zwiększeniu ilościowem tkanki elastycznej, a o braku zaniku tej tkanki i ułożeniu nieprawidłowem, bo odpowiadającem ułożeniu zanikających włókien tkanki klejorodnej. Im bliżej zaś warstwy brodawkowej skóry, tem luźniej występują wśród włókien równoległych drobne kawałeczki, w gromadkach albo w różańcach ułożone, świadczące o rozpadzie pojedynczych włókien elastycznych, a częściowo i o ich pokręceniu. Wreszcie do brodawek idą również włókna drobne, jedne w całości utrzymane, inne podobnie, jak powyższe, rozpadłe.

Co do barwliwości tkanki elastycznej nie spostrzega się zmiany w skórze właściwej; wszystkie włókna barwią się, jak w stanie prawidłowym, orceiną kwaśną.

Zmiany w naskórku są tylko małe. Warstwa zrogowaciała okazuje w niektórych miejscach lekkie zgrubienie, szczególnie przy ujściu torebek włosowych i gruczołów potnych. Reszta warstw naskórka bywa wyraźnie ścieńczała i to w dwóch kierunkach, bo smugi naskórka są wązkie, ścieńczałe i krótsze, niż prawidłowe, a równocześnie i komórki naskórka są mniejsze, niż w stanie prawidłowym. Wreszcie dolne warstwy naskórka zawierają większą ilość barwika, niż to zazwyczaj bywa.

Podobnie i części dodatkowe skóry są w różnym okresie zaniku. W kawałku skóry bliżej brzegu skóry schorzałej torebki włosowe i gruczoły potne są lepiej utrzymane. W górnej części skóry widzi się resztki torebek z wyraźnie lejkowatem ujściem i resztką zanikającego gruczołu łojowego. Przewody gruczołów potnych są widoczne w skórze właściwej, ale ścieśnione, o śródbłonku zmienionym, kłębki zaś ich okazują wyraźniejsze zmiany, bo nie tworzą takich splotów, jak w prawidłowej skórze, o wyraźnych przewodach, w różnym kierunku przeciętych i tworzących wyraźny kłębek owalny. Natomiast spostrzega się pojedyncze przewody kłębka od siebie oddzielone, wązkie i posiadające drobne komórki gruczołowe.

W innej części skóry zanik torebek i gruczołów jest jeszcze wybitniejszy, bo widzi się zaledwo resztki cienkich, zanikłych torebek, nie zawierających włosa i bez towarzyszącego gruczołu łojowego. Z kłębka potowego pozostaje także tylko reszta w postaci cienkiego przewodu, ukośnie w linii falistej przebiegającego.

W kawałku skóry, wyciętym z owrzodzenia, znajdują się dwojakie zmiany: jedne, odpowiadające podstawowej sprawie chorobowej, drugie — zmianom następowym, powstałym skutkiem owrzodzenia. Na granicy tkanki podskórnej w skórze właściwej niema nacieków, jak w poprzednio opisanej skórze, ale tylko widoczne zarośnięte naczynia, występujące najwyraźniej przy barwieniu włókien elastycznych. W tymże pasie uderza przedewszystkiem zmiana, dotycząca tkanki klejorodnej, która wygląda zupełnie inaczej, niż powyżej leżąca, a nawet, niż pasma jej w miejscu zanikającej tkanki tłuszczowej. Pierwszy szczegół stanowi prawie zupełny brak

włókien elastycznych, które przy barwieniu występują wyraźnie tylko w około zarosłych całkowicie lub częściowo naczyń. Następnie spostrzega się różnice w ułożeniu tkanki klejorodnej, która tworzy w tem miejscu pasma dość wązkie, równolegle do siebie i do powierzchni skóry ułożone, prawie prostolinijne, jakby więcej zbite, ale bez rysunku włókien w pasmach, który się widzi w stanie prawidłowym. Tkanka ta zmienia również swoją barwliwość, gdyż pochłania barwnik zasadowy tak, że nawet przy barwieniu błękitem metylowym Unny i odbarwieniu mieszaniną eterów glicerynowych (Glycerinaethermischung) przybiera odcień fiołkowo-czerwonawy. Komórki, między smugami tkanki klejorodnej leżące, są nieco obfitsze, niż zazwyczaj i więcej zbliżone do przerosłych komórek tkanki łącznej, niż do zwyczajnych komórek tej tkanki. Nacieków w tym pasie dolnej części skóry właściwej niema wcale. (*Fig.* 7).



Fig. 7. Środkowa część owrzodzenia, w dole resztki zarosłych naczyń, w górnej części nacieki zapalne. Powiększenie AA. 3.

Nacieki leżą w skórze owrzodziałej znacznie wyżej wzdłuż smug tkanki klejorodnej, a bliżej zgrubiałych warstw naskórka. W tym razie bowiem rzeczywiście można mówić o znacznym przeroście naskórka w postaci smug różnego kształtu i długości, wchodzących głęboko w skórę i tworzących w wielu miejscach, głównie w otoczeniu wrzodu, gęstą siatkę o luźnych okach. W miejscu owrzodzenia istnieją ubytki w zgrubiałym naskórku, dochodzące w niektórych miejscach do skóry właściwej, zawsze jednak pod tymi ubytkami są grube i głęboko sięgające smugi naskórka.

W skórze właściwej zaś znajduje się obok wybitnych nacieków, o których wspomniałem, otaczających smugi naskórka i złożonych z komórek plazmatycznych, jeszcze duża ilość ciałek wysiękowych i przerosłych komórek tkanki łącznej. Naczynia krwionośne tej warstwy skóry są w wielu miejscach rozszerzone, — niektóre wypełnione ciałkami wysiękowemi.

Powierzchnia wrzodu jest pokryta częściowo strupem, złożonym z ciałek wysiękowych i niezupełnie zrogowaciałych, zawierających jądra komórek naskórka. Ciałka wysiękowe przenikają także przestwory między komórkami naskórka, tworząc tu i owdzie drobne ropnie.

W tkance klejorodnej widać w górnych częściach zmiany, spostrzegane zazwyczaj przy sprawach zapalnych. W miejscach nacieków tkanka klejorodna jest rozsunięta, w wielu miejscach obrzękła, której towarzyszą wyraźne, chociaż skąpe włókna elastyczne, — a w całości ta część robi wrażenie, że sprawa zapalna rozwinęła się w skórze nieprawidłowej, w której już przed wystąpieniem nacieków i wysięku tkanki były zmienione.

Najważniejszą zatem zmianą, którą z opisu tego podnieść należy, jest zmiana naczyń, doprowadzająca do zaciśnięcia światła, a wreszcie i zupełnego zaniku naczynia. Obok tego najwybitniejszą rolę grają zmiany tkanki klejorodnej, wreszcie włókien sprężystych. Jaki związek istnieje między obu temi grupami zmian? o ile jedne zależą od drugich? które są pierwotne, a które następowe? — to są przedewszystkiem pytania, na które odpowiedź może rzucić pewne światło na patogenezę choroby.

W części skóry najmniej zmienionej znajdują się w tkance podskórnej nacieki, — o których tak mało wspominają autorowie, badający histologicznie tę sprawę chorobową, — w znaczniejszej ilości, niż w skórze właściwej, w której zaledwo tu i owdzie widzi się je w małej ilości około drobniejszych naczyń. Już w tym okresie spostrzega się nacieki około naczyń, zwężające ich światło lub wywołujące częściowe ich zarośnięcie. Tkanka klejorodna równocześnie ulega zmianom, — spotykamy już smugi węższe, jakby na drobniejsze włókna rozdzielone, ułożone nieprawidłowo i o zmienionej barwliwości. Włókna sprężyste układają się w stosunku do smug tkanki klejorodnej, przez co sprawiają wrażenie, jakby były liczniejsze.

W okresach więcej rozwiniętej choroby naczynia są więcej zmienione, a chociaż naciek, obejmujący je, ustąpił w znacznej części, zmiany w tkance klejorodnej postąpiły znaczniej, zanik włókien jest coraz wybitniejszy z równoczesnym rozpadem włókien elastycznych. Stwierdzić zatem można, że dwie te sprawy: około naczyń i w tkance klejorodnej, idą równolegle, — przypuszczać zatem należy ich zależność od siebie. Wprost nie można wnosić, że nacieki w tkance tłuszczowej, tak wybitnie rozwinięte, nacieki około naczyń, głównie tętniczych, powstały skutkiem zbicia się tkanki klejorodnej i jej zaniku. To też tylko naodwrót przypuścić trzeba, że skutkiem jakiejś nieznacznej przyczyny powstaje sprawa zapalna około dużej sieci naczyń, leżących na granicy tkanki podskórnej i skóry właściwej, — objawiająca się wspomnianymi naciekami, które uciskając naczynia i doprowadzając powolnie do zarośnięcia ich światła, wywołują z jednej strony zanik tłuszczu i zwłóknowacenie tkanki podskórnej, a z drugiej zmiany tkanki klejorodnej i tkanki sprężystej w skórze właściwej. To też, o ile w początkach sprawy spostrzega się jeszcze utrzymane, chociaż zmienione i naciekiem otoczone torebki włosowe i gruczoły potne, o tyle później istnieją zaledwo szczątki tych tworów. Sama sprawa powolnego zaniku również na to naprowadza, bo tkanka klejorodna jako mniej odporna ulega najpierw zmianie, a dopiero później spostrzega się rozpad włókien elastycznych.

Zwężeniem naczyń zatem, głównie tętniczych, — bo żylne w wielu miejscach są rozszerzone, — upośledzeniem

w odżywieniu tkanek tłómaczyć jedynie można zmiany tkanki klejorodnej w skórze właściwej, jednolitość (Homogenisierung) tej tkanki w brodawkach, zanik gruczołów, a wreszcie i rozpadanie się włókien sprężystych, t j. zmiany, które spotykamy wtedy, gdy widzimy równoczesne zmiany w naczyniach, jak n. p. w skórze starców, w kile późnej i t. p.

Przerostu tkanki klejorodnej, o którym wzmianki spotyka się u niektórych autorów, nie spotykałem nigdzie, — natomiast zbicie się jej i zwyrodnienie. Najwybitniejsze zmiany jednak widzi się około dużych naczyń dolnej części skóry właściwej, gdzie leży naczynie o tak zmienionych ścianach, jak to powyżej opisałem. W około naczynia tkanka klejorodna wyraźnie zanika, tworzy wązkie smugi, do siebie równoległe i o zmienionej barwliwości. Opisu tak zmienionego naczynia nigdzie w literaturze twardziny nie znalazłem, — a jest ono bardzo znamienne, bo tą zmianą wytłómaczyć można przekształcenie tkanki klejorodnej, nietylko najbliżej leżącej, otaczającej je, ale i tkanek skóry właściwej. Podobnie tą zmianą tkanki łącznej włóknistej, — która staje się mniejszą co do objętości, ale twardszą, niejako suchszą, — a zatem rzeczywistem stwardnieniem i ścieńczeniem skóry w całości, tłómaczy się wrażenie kliniczne skóry cienkiej, twardej i napiętej, a stąd i nazwa twardziny (*sclerodermia*).

Wiele tłómaczy również wycięty kawałek owrzodzenia. Przedewszystkiem z obrazu histologicznego widoczna, że ubytek powierzchni jest przypadkowy, że nie należy do zasadniczego obrazu zmiany. Z doświadczenia klinicznego wiemy, że ubytki powierzchni skóry powstają w tym razie dość rzadko nawet w skórze wybitnie zmienionej i najczęściej pod wpływem jakiegoś czynnika szkodliwego, działającego od zewnątrz, że nie należą one do całości obrazu chorobowego. Dlatego ubytek powstaje w miejscu, najwięcej narażonem na urazy, — jak w tym razie w okolicy stawu kolanowego.

W obrazie drobnowidowym owrzodzenia zwraca uwagę przedewszystkiem granica skóry właściwej i tkanki podskórnej, gdzie leżą nacieki w zmienionej skórze. Tymczasem w tym okresie zmiany daleko posuniętej skóra zlała się zupełnie z tkanką podskórną, a w miejscu nacieków widzi się zmienioną tkankę klejorodną, prawie w zupełnośc pozbawioną tkanki sprężystej, która utrzymała się częściowo tylko w ścianach zarosłych naczyń. Tu zatem sprawa chorobowa zdaje się być ukończoną, — a powyżej dopiero istnieją w samej skórze objawy zapalenia przewlekłego, jakie spotyka się w około długotrwałych owrzodzeń. Nacieki zatem, złożone z bardzo dobrze rozwiniętych komórek plazmatycznych, leżą głównie w około smug naskórka; zresztą zaś obraz histologiczny jest trochę zatarty przez wysięk ropny, powstały skutkiem zakażenia ubytku od zewnątrz. Również i przerost naskórka powstał w następstwie długotrwałego owrzodzenia i ciągłego drażnienia od zewnątrz z jednej strony, a upośledzonego odżywienia samej skóry z drugiej Stąd i w tym razie, sądząc z obrazu drobnowidowego, obawiaćby się można, jak we wszystkich owrzodzeniach przewlekłych (kiłowych, gruźliczych, wrzodach goleni i t. p,) powstania w miejscu owrzodzenia raka skórnego (*epithelioma*).

Ze względu zatem na patogenezę zwrócić należy w pierwszym rzędzie uwagę na zmiany naczyń, jak to czynią Rasmussen, Neumann, Dinkler, Wolters, Lewin i Heller, Hoffa, Lindström, Franken, Oro, Notthaft, Hekken, Leredde i Thomas, — a następnie zmianom przypisać także najważniejsze znaczenie w rozwoju sprawy chorobowej. Jednak z tego obrazu naczyń, jakoteż następowych zmian anatomicznych nie można sądzić o przyczynie choroby. Nawet porównanie ze sprawą, bardzo do twardziny zbliżoną, t. j. zanikiem skóry rozlanym, a właściwie z jakąś sprawą zapalną około naczyń, która do zaniku doprowadza (*atrophia cutis idiopathica diffusa*) — niczego nam nie tłómaczy. Początkowo tak w jednej, jak w drugiej sprawie zmiany dotyczą ścian naczyniowych i ich otoczenia, — podobnież następuje zanik tłuszczu tkanki podskórnej i zlanie się tej tkanki ze skórą właściwą; — jednakże następstwa tych spraw chorobowych są nieco odmienne. W zaniku skóry następuje szybki zanik tkanki klejorodnej, gruczołów skóry, a wreszcie ścieńczenie skóry z zupełnym zanikiem włókien elastycznych. W twardzinie rozwija się pomału nieznaczny zanik włókien tkanki klejorodnej, ale głównie zwyrodnienie tkanki klejorodnej, jej zbicie się i stwardnienie, a tylko częściowy rozpad jej włókien, jak i włókien elastycznych, — zupełnego jednak zaniku nigdzie nie spotykałem, a o takim wspomina tylko Hekken i Zarubin i to w górnych częściach skóry.

W obu tych sprawach chorobowych zatem wskazać należy na nacieki, które dowodzą zapalenia przewlekłego, — powstałego z nieznanej przyczyny, bo pomimo licznych przypuszczeń etyologia twardziny jest, jak dotąd, także ciemna. Najbliższem może prawdy byłoby, przypuszczać w obu tych sprawach jako przyczynę jakieś zakażenie ustroju, co kliniczne poszukiwania etyologii w części potwierdzają; — w każdym razie zdanie to musi pozostać tylko przypuszczeniem, a w przyszłości dopiero spostrzeżenia kliniczne od samego początku sprawy chorobowej i szczegółowe badania anatomiczne, tak obficie już nagromadzone, wyjaśnią etyologię i patogenezę tych spraw chorobowych

W końcu składam gorące podziękowanie JW. Prof. W. Reisowi za łaskawe odstąpienie do opracowania powyższych przypadków.

III. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego (Prof. Dra Gluziński).

O wpływie naświetlania promieniami Roentgena na przebieg białaczki.

Podał

Dr. Maryan Franke,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Zanim wogóle zastanowimy się nad zmianami, spostrzeganymi u naszych chorych, trzeba odpowiedzieć na pytanie, czy zmiany te można uważać za następstwo działania promieni Roentgena, czy też uważać je należy za samoistne zwolnienia, spostrzegane nieraz u chorych na białaczkę. Jako dowód na to, że w przypadkach białaczki, naświetlanych promieniami X., promienie te istotnie bezpośrednio skutkują, przytoczę chyba przypadek drugi, w którym jedno naświetlenie wywołało tak znaczne zmiany co do składu krwi

i stanu śledziony, że chyba o przypadkowym zbiegu okoliczności myśleć nie można, a zresztą stałość, z jaką następowały zmiany u naszych chorych, jak i w innych opisanych przypadkach, musi służyć za dowód, iż twierdzenie o działaniu promieni Roentgena na białaczkę jest słuszne.

Przechodząc do szczegółów, sądzę, że na pierwszym planie postawić należy zachowanie się ciałek białych krwi. Jak widzimy, we wszystkich naszych przypadkach białaczki szpikowej zauważyć można zmniejszanie się z rozmaitą szybkością liczby ciałek białych krwi. Najbardziej wybitny spadek liczby ciałek białych był w naszym drugim przypadku, bo u tej chorej liczba ciałek białych w 14 godzin po pierwszem naświetleniu spadła odrazu do połowy poprzedniej liczby (t. j. z 342000 do 182000). Tak nagłego spadku nie spostrzegaliśmy w innych naszych przypadkach, ani też w żadnym z dotychczas ogłoszonych przypadków, o ile mi wiadomo, takiego spadku nie spostrzegano W przypadku znów naszym pierwszym i trzecim zmniejszanie się liczby ciałek białych krwi postępowało powoli, a stale, prawie bez wahań, aż do ilości stosunkowo prawidłowej (w przypadku I do 6500, w III do 11000). W przypadku II natomiast liczba ciałek białych krwi ciągle się wahała i najniższa liczba wynosiła 63000, potem zaś znowu zauważyć można było przyrost ciałek białych mimo dalszego naświetlania. Pod tym względem przebieg u naszych chorych był podobny, jak u chorych, spostrzeganych przez innych badaczy, którzy podają, że są przypadki, w których spadek liczby ciałek białych powoli następuje aż do prawidłowej, a nawet niżej prawidłowej liczby (Rodhe (5) 4000, Cahen (6) 4300, Bryant and Crane (7) 4500); inne zaś przypadki są oporne i liczba ciałek albo wcale nie opada, albo tylko nieznacznie.

Przechodząc do zachowania się poszczególnych postaci ciałek białych krwi wśród naświetlań, widzimy najjaśniejszy obraz w naszym przypadku drugim, w którym po pierwszem naświetleniu liczba ciałek białych krwi spadła do połowy. Obliczając w tym przypadku bezwzględne liczby ciałek białych w 1 mm.^{3} krwi przed i po naświetlaniu pierwszem, stwierdzamy, że najbardziej ubyło myelocytów neutrofilnych, bo z 109440 w 1 mm.^{3} (przed naśw.) spadła ich liczba do 34580 w 1 mm.^{3} (po naśw.), czyli zmniejszyła się do $^1/_3$ poprzedniej ilości. Znaczny także spadek dotyczy komórek tucznych, bo z 11286 do 2912, a bardzo tylko nieznacznie zmniejszyła się liczba ciałek wielojądrzastych neutrofilnych, bo spadła z 198360 do 156944 w 1 mm.^{3} krwi; innych postaci zaś, prócz limfocytów, które spadły z 8550 do 2912 w 1 mm.^{3}, nieznacznie tylko ubyło. (Myelocyty eozynochłonne i ciałka białe krwi jednojądrzaste duże nieco wzrosły równocześnie (?)) Za dowód, że wpływowi promieni Roentgena ulegają przedewszystkiem myelocyty, posłużyć może dalsze zachowanie się ich w tym samym przypadku, w którym bez naświetlań w przeciągu tygodnia liczba myelocytów spadła do 10580 w 1 mm^3 krwi, a więc do $^1/_{10}$ liczby pierwotnej, gdy równocześnie liczba wielojądrzastych neutrofilnych spadła do 66884 t. j. tylko do $^1/_3$ liczby poprzedniej. Tak, jak w tym przypadku (II), podobnie i w przypadkach I i III (patrz tabl. I i III) niestosunkowo szybciej zmniejsza się liczba myelocytów, niż wielojądrzastych. Pod tym względem zgadzamy się z tem, co naprzykład podaje Krehl (8), ale takiego wybitnego dowodu, jakiego dostarcza nam nasz przypadek drugi, znaleźć nie mogłem w żadnej z ogłoszonych w tym kierunku prac. Do zupełnego zniknięcia myelocytów ze krwi, jak to podają inni, u naszych chorych nie doszło, lecz osiągnęliśmy tylko spadek do 0·7% = 45 myelocytów w 1 mm.^{3} krwi (przyp. 1).

Ciekawem również jest zachowanie się komórek tucznych, których liczba w przypadku II z początku znacznie spadła w 1 mm.^{3} krwi, później zaś liczba ich wzrasta, i tak piątego dnia po I naświetleniu dochodzą one do liczby takiej, jak przed naświetleniem, t. j. 11139 w 1 mm.^{3} krwi (9·4%); w dalszym przebiegu znowu są wahania. Również w przypadku I i III zmniejsza się ich liczba niestosunkowo wolniej, niż ogólna liczba ciałek białych (tem samem stosunek do innych ciałek białych wzrasta), aż wreszcie i odsetkowo i bezwzględnie przeważają nad myelocytami. Podobne zachowanie się komórek tucznych podają Mayer i Eisenreich (9), Fränkel (10), Müller (11), Hynek (12) i t. d.

Co do limfocytów, to z wyjątkiem przypadku II liczba ich odsetkowo prawie stale wzrasta, a bezwzględnie spada, ale równolegle ze spadkiem ogólnym ciałek białych krwi; mniejwięcej podobnie zachowują się i komórki przejściowe.

Dalej szczególną uwagę zwracaliśmy na zachowanie się ciałek białych krwi o ziarninie neutrofilnej, wykonywując nasze badania sposobem, podanym przez Arnetha (13).

Jak wiemy, Arneth, opierając się na zachowaniu się kształtu i liczby jąder ciałek białych neutrofilnych, podzielił je na pięć klas z odpowiedniemi poddziałami, zaliczając neutrofile o ednem jądrze do klasy I, o dwu jądrach do klasy II i t. d.; przytem znalazł on, że u ludzi zdrowych istnieje zawsze pewien stały stosunek poszczególnych klas do siebie, a mianowicie, że suma ciałek w pierwszych dwu klasach wynosi około 45%, a w dalszych trzech około 55%. Dalej stwierdził Arneth, że stosunek ten zmienia się w rozmaitych stanach chorobowych i to przedewszystkiem zmienia się na korzyść obu pierwszych klas. Na podstawie tych spostrzeżeń wprowadza on nowe nazwy, nazywając „izo“ stan, w którym stosunek poszczególnych klas neutrofilów jest taki, jak u ludzi zdrowych, a „anizo“ nazywając stan, w którym stosunek poszczególnych klas jest zmieniony; przytem używa określeń: „hyper-, normo-, hypo-cytosis“, gdy liczba ciałek białych krwi jest wogóle zwiększona, prawidłowa lub niższa niż prawidłowa.

W naszych wszystkich trzech przypadkach białaczki szpikowej stwierdzamy (patrz tablica I, II, III) przed rozpoczęciem naświetlań zupełnie zmieniony stosunek odsetkowy poszczególnych klas Arnetha i to na korzyść obu pierwszych klas, które w przypadku I i III obejmują 90% wszystkich neutrofilów tak, że jestto stan, który Arneth nazywa *anizo-hypercytosis*, t. j. nieprawidłowy stosunek poszczególnych postaci ciałek neutrofilnych do siebie, przy zwiększonej liczbie ciałek białych krwi w 1 mm.^{3} wogóle. Badając wśród naświetlań zachowanie się ciałek neutrofilnych co do klas Arnetha, widzimy, że w przypadku I i III razem ze spadkiem ogólnej liczby ciałek białych krwi zmniejsza się i ilość neutrofilów w klasie I i II; widzimy zatem dążność ku stosunkowi prawidłowemu, i to w przypadku najkorzystniejszym co do stanu krwi, t. j. w I, stosunek ten zbliża się więcej do prawidłowego, niż w przy-

padku trzecim, w którym spadek ogólny ciałek białych krwi nie dochodzi do liczb prawidłowych. Stosunku różnych postaci neutrofilów krwi do siebie, jaki Arneth podaje na podstawie swych licznych badań, jako typ prawidłowy, nie znaleźliśmy nawet wtedy, gdy liczba ciałek białych krwi wogóle doszła do prawidłowej, bo w przypadku I przy 6550 ciałek białych w 1 mm.^{3} I i II klasa Arnetha zawiera przecież 70% wszystkich neutrofilów, gdy prawidłowo zawierać powinna około 45%. Wyrażając się słowami Arnetha, znajdujemy z końcem spostrzegania *anizo-normocytosis*.

Dodać muszę, że w przypadkach, dotychczas ogłoszonych, w których liczba ciałek białych krwi z końcem naświetlań była prawidłowa, a myelocyty znikły zupełnie, autorowie nie wykonali badań sposobem Arnetha; a szkoda, bo przez to nie wiadomo, czy krew nazywana przez nich „prawidłową", przecież nie przedstawiałaby wówczas stanu anizonormocytozy tak, że nie moglibyśmy mówić o powrocie krwi do stanu prawidłowego.

Dla jaśniejszego obrazu przytoczę z przyp. I dokładną tabliczkę, ułożoną według klas Arnetha.

TABLICA IV[1]).

	I			II			III				IV					V	
Dzień	M.	W.	T.	2K.	1K1S.	2S.	3K.	2K1S.	2S1K.	3S.	4K.	3K1S.	2K2S.	1K3S.	4S.	5K.	4K1S.
5/2	23	10	14	6	18	19	1	2	2	1	2	1	—	—	—	1	—
9/2	25	10	27	6	8	13	—	7	3	—	—	—	—	—	—	1	—
13/2	20	8	30	8	10	12	1	5	—	2	3	1	—	—	—	—	—
16/2	20	18	28	1	12	11	1	5	2	—	2	—	—	—	—	—	—
17/2	9	18	18	4	17	15	5	7	4	—	1	1	—	—	1	—	—
21/2	15	13	25	10	12	15	2	6	—	1	1	—	—	—	—	—	—
23/2	11	9	23	7	23	13	2	3	4	1	3	1	—	—	—	—	—
27/2	14	9	23	7	19	19	1	3	2	2	1	—	—	—	—	—	—
28/2	9	9	20	5	23	23	1	4	4	—	1	1	—	—	—	—	—
3/3	11	8	20	6	20	19	1	8	2	2	—	—	2	1	—	—	—
5/3	2	10	19	10	9	23	8	9	5	—	3	2	—	—	—	—	—
15/3	7	5	20	3	18	20	5	6	7	2	2	1	1	1	—	2	—
16/3	10	6	15	6	23	11	4	11	5	1	3	2	1	—	—	1	1
20/3	4	4	9	7	19	20	4	12	8	3	3	3	2	—	—	1	1
23/3	4	3	12	9	23	18	8	12	6	1	2	2	—	—	—	1	—

[1]) Uwaga: By nie wprowadzać zamieszania, użyłem znaków, podanych przez Arnetha i tak M = myelocyt, W = wenig eingebuchteter Kern. T = tief eingebuchteter Kern, K = Kern, S = Schlinge, I, II, III, IV, V oznacza klasy.

Z tabliczki tej jasno wynika: 1) przesuwanie się wśród naświetlań ciałek neutrofilnych w kierunku na prawo, to znaczy zmniejszanie się liczby ciałek w pierwszych dwu klasach na korzyść następnych; 2) stan anizonormocytozy pod koniec spostrzegania, o czem wyżej mówiłem.

Dla porównania przytoczę stosunek, podany przez Arnetha, znaleziony u osobnika zdrowego ze stanem krwi prawidłowym.

I			II			III				IV					V	
M.	W.	T.	2K.	1K1S.	2S.	3K.	2K1S.	2S1K.	3S.	4K.	3K1S.	2K2S.	3S1K.	4S.	5K.	4K1S.
		7		27	12	1	17	13	5	4	3	4	5		2	

Dla wytłómaczenia przyczyny zmniejszania się liczby ciałek białych we krwi obwodowej pod wpływem naświetlań podnieść należy, że trudno przypuścić, by powstawało ono wskutek nierównomiernego rozłożenia ich w ustroju, więc wskutek nagromadzania się ich w narządach miąższowych, jak to przyjmują Schleip i Hildebrand (14), ale wskutek rozpadu ciałek, za czem przemawia zwiększone zjawianie się w moczu kwasu moczowego równocześnie ze spadkiem liczby ciałek białych we krwi (Strümpel-Krause (15). Doświadczenia nasze w tym kierunku dały wynik niejasny; wobec tego je pomijam.

Przy badaniu krwi naszych chorych zwróciliśmy również uwagę na to, aby odpowiedzieć na pytanie, czy wskutek rozpadu znacznej liczby ciałek białych krwi, surowica krwi nie nabiera własności leukotoksycznych dla ciałek białych krwi wogóle, a przedewszystkiem dla ciałek białych krwi w białaczce. Do doświadczeń w tym celu użyliśmy surowicy krwi z przypadku drugiego i to z pierwszego tygodnia po pierwszem naświetlaniu, gdy rozpad ciałek białych był gwałtowny. Sprawę samą badaliśmy pod mikroskopem w cieplarce w kropli wiszącej przy stałej ciepłocie 37° C., a jako wynik podać mogę, że surowica ta ani nie wywoływała rozpadu, ani nie rozpuszczała ciałek białych krwi tak osobników zdrowych, jak i dotkniętych białaczką. (Czas trwania badania wynosił 24 godziny). Szczegół ten podnoszę jako ważny dla dalszych rozpatrywań.

Nad zachowaniem się ciałek białych krwi w naszym czwartym przypadku nie zatrzymuję się, bo za krótko go spostrzegaliśmy. Aby skończyć ze zmianami, zachodzącemi we krwi pod wpływem naświetlań, dodam, że ciekawem również jest zachowanie się ciałek czerwonych krwi. Liczba ich w 1 mm.^{3} krwi we wszystkich przypadkach wzrosła, w jednych szybciej, w drugich wolniej, a z końcem spostrzegania dochodziła granic prawidłowych.

Przechodząc do innych objawów, właściwych białaczce,

stwierdzamy, że i te uległy znacznej zmianie pod wpływem naświetlań: i tak przedewszystkiem śledziona zmniejszała się u naszych chorych znacznie pod wpływem naświetlań i to mniejwięcej równolegle do spadku liczby ciałek białych we krwi. Najznaczniej śledziona zmniejszyła się w przyp. III, a w żadnym nie widzieliśmy powrotu do rozmiarów prawidłowych. Równocześnie zauważyć można było ustępowanie bolesności kości. Podnieśliśmy już poprzednio znaczną poprawę stanu ogólnego: łaknienie wzmogło się, siły wzrosły, a waga podniosła się, najwybitniej w przyp. II, bo o 12 kg.

Przeglądając dotychczas ogłoszone przypadki białaczki, naświetlane promieniami Roentgena, widzimy, że przebieg ich jest mniejwięcej podobny do naszych [2]).

Senn i pierwsi badacze w tym kierunku mówią o wyleczeniu białaczki pod wpływem naświetlań promieniami X., ale dalsze śledzenie przebiegu dowiodło, że nieraz bardzo szybko po ukończeniu naświetlań wracały dawne objawy, o czem świadczy i nasz trzeci przypadek; widzimy bowiem, że w miesiąc po ukończeniu naświetlań krew wróciła znów do stanu, właściwego białaczce, śledziona wzrosła, a z końcem czwartego miesiąca po naświetlaniach doszła do rozmiarów pierwotnych, we krwi zaś były również zmiany tego samego stopnia, jak przed naświetlaniem. Na podstawie tak naszych, jak i innych spostrzeżeń musimy powiedzieć, że, jak dotychczas, o wyleczeniu białaczki promieniami Roentgena mowy być nie może, a wyniki, uzyskane tym sposobem, możemy uważać tylko za zwalniania (remisye) sprawy chorobowej, może niejako powrót do *„stadium aleucaemicum"* białaczki. Podnieść jednak należy, że zwalniania te mogą trwać i dłuższy czas, jak n. p. w przypadku Schützego (16) przez 4 lata, tak, że ostatecznie musimy uważać nietylko za usprawiedliwione, ale wprost zawskazane, użyć w celach leczniczych promieni Roentgena w każdym przypadku białaczki tak szpikowej (*myeloides*), jak i limfatycznej (*lymhoides*). Wiemy przytem, że dotychczas żadnymi innymi środkami nie mogliśmy tak korzystnie, a prawie pewnie wpłynąć na przebieg białaczki, zwłaszcza szpikowej, wprawdzie tylko na pewien przeciąg czasu.

Nie możemy jeszcze pominąć sprawy powikłań, jakie przy naświetlaniu mogą nastąpić. Nie chcę tu mówić o zmianach na skórze, bo o nich wspomniałem już wyżej, ale wspomnieć muszę o ostrem zapaleniu nerek, które rozwinęło się w trzecim naszym przypadku; przebiegło ono na szczęście pomyślnie w przeciągu kilku miesięcy. To zapalenie nerek musimy uważać z wielkiem prawdopodobieństwem za powikłanie nie przypadkowe, bo za tem zdają się przemawiać doświadczenia Linsera i Helbera (17), którzy po naświetlaniu promieniami X. stwierdzali u zwierząt zawsze objawy zapalenia nerek, a odnoszą je do leukotoksyn, powstałych wskutek rozpadu ciałek białych krwi. Że to powikłanie nerkowe zdarza się u ludzi, dotkniętych białaczką, pod wpływem promieni X. bardzo rzadko, świadczy ten fakt, że tylko Schleip i Hildebrand (14) spostrzegali je w przypadku, przez siebie opisanym.

[2]) Dokładne zestawienia podaje Wendel (Zur Roentgenbehandlung der Leukaemie, Münch. med. Woch. 1905, Nr. 4) i Dr. de la Camp (Therapie der Gegenwart, 1905, Heft 3).

Pod koniec trzeba jeszcze odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób należy wytłómaczyć działanie promieni Roentgena na objawy białaczki.

Wskazówki w tym kierunku dają nam doświadczenia na zwierzętach, wykonane przez Heinekego (18, 19) i Milchnera & Mossego (2), którzy stwierdzili, że u zwierząt po naświetleniu promieniami X. nastaje rozpad komórek, w pierwszym rzędzie miąższu śledziony i tkanki limfatycznej wogóle w całym ustroju, później zaś rozpad komórek szpiku kostnego; w następstwie tych zmian zmniejsza się liczba ciałek białych we krwi.

Opierając się na tych doświadczeniach na zwierzętach i na spostrzeganiu naszych chorych możemy z wielkiem prawdopodobieństwem twierdzić, że zmniejszanie się liczby ciałek białych krwi w białaczce jest następstwem zmian, zaszłych pod działaniem promieni Roentgena, w tkankach białaczkotwórczych, a w odniesieniu do naszych przypadków, przedewszystkiem następstwem zmian w tkance białaczkotwórczej śledziony, bo naświetlaliśmy tylko okolicę śledziony. Jakże inaczej bowiem wytłómaczyć sobie ten nagły spadek liczby ciałek białych krwi po jednem naświetleniu okolicy śledziony w naszym drugim przypadku; za tem zdaje się przemawiać równoległość między zmniejszaniem się śledziony i spadkiem liczby ciałek białych, a później naodwrót równoległość między zwiększaniem się śledziony i zwiększaniem się liczby ciałek białych we krwi (przyp. III). Niepodobna przyjąć, aby zmniejszanie się liczby ciałek białych krwi było następstwem bezpośredniego działania promieni X. na same ciałka białe, krążące we krwi, jak to na podstawie doświadczeń na zwierzętach przyjmują Linser i Helber (17), gdyż sprzeciwiają się temu spostrzeżenia Joachima i Kurpjuweita (21), którzy nie zauważyli żadnej zmiany ani ilościowej, ani jakościowej, we krwi w przypadku białaczki, w którym przez dwa tygodnie naświetlali tylko wątrobę. Nie możemy również myśleć o rozpadzie ciałek białych pod wpływem leukotoksyn, któreby mogły powstać we krwi pod wpływem promieni X., bo w naszych przypadkach nie mogliśmy we krwi wykryć żadnych leukotoksyn, jak to już wyżej wspomniałem. Z tego powodu dochodzimy do przekonania, że promienie Roentgena wywołują rozpad tkanin białaczkotwórczych, w naszych przypadkach w śledzionie, a za następstwo tego rozpadu musimy uważać spadek liczby ciałek białych we krwi.

Cofanie się objawów, właściwych białaczce, pod wpływem naświetlania jedynie tylko samej śledziony wiąże się jeszcze z jednem zagadnieniem, ważnem dla patogenezy tego cierpienia, a mianowicie co do znaczenia udziału śledziony w powstawaniu zmian krwi i co do roli śledziony w białaczce, zwłaszcza szpikowej. Nie chcę jednak wchodzić w spór między zapatrywaniami Ehrlicha i Pinkusa z jednej, a Neumanna i Pappenheima z drugiej strony, bo zadaleko odbiegłbym od właściwego zadania niniejszej pracy.

Piśmiennictwo. 1) Senn: Case of splenomedullary Leukaemia successfully treated by the use of the Röntgen ray. (Medical Record, 1903 refer. w Folia haematologica 1904 Nr. 3). — 2) Sprawa leczenia białaczki promieniami Roentgena (Sprawozdanie zbiorowe). Przegląd lekarski 1905 Nr. 12 — 3) Umfrage über die Behandlung der Leukämie mit Roentgenstrahlen (Medicin. Klinik 1905 Nr. 6—8). — 4) Kongress für innere Medicin in Wiesbaden (Bericht). (Wiener klinische Wo-

chenschrift 1905 Nr. 18—19). — 5) Rodhe: Nordisk Tidsskrift for Terap. 1904 Nr. III 2 ref. München. med. Wochenschft. 1905 str. 328. 6) Cahen: Ein Fall von Leukaemie mit Roentgenstrahlen behandelt (Münch. med. Wochschft. 1904 Nr. 48). — 7) Bryand and Crane (Medical Record 1904). — 8) Krehl (Medicin Klinik Nr. 7 Umfrage). — 9) Meyer i Eisenreich: Die Behandlung der Leukaemie mit Roentgenstrahlen (Münch. med. Wochft. 1905 Nr. 4). — 10) Fränkel (Medicinische Klinik Nr. 6. Umfrage). — 11) Müller (Münch. med. Wochenschrift 1905). — 12) Hynek: (Sbornik klinicky 1904 R. VI, zeszyt I). — 13) Arneth: Die neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infektionskrankheiten. Jena 1904. — 14) Schleip i Hildebrandt: Beitrag zur Behandlung der myelogenen Leukaemie mit Roentgenstrahlen (Münch. med. Woch. 1902 Nr. 9). — 15) Medicinische Klinik Nr. 8, Umfrage i Bericht über Kongress d. in. Med. in Wiesbaden (Wiener klin. Wochenschrift 1905 Nr. 19. — 16) Schütze: (Medicin. Klinik 1905 Nr. 11). — 17) Helber i Linser: Experimentelle Untersuchungen über die Roentgenstrahlen auf das Blut. (Münch. med. Woch. 1905 Nr. 15). — 18) Heineke: (Münchener medicin. Wochenschrift 1904 Nr. 18). — 19) Heineke: (Mitteil. a. d. Grenzgeb d. Med. und Chir. 1904 Bd. XIV). — 20) Milchner i Mosse: (Berlin. klin. Wochenschrift 1904 Nr. 49). — 21) Joachim i Kurpjuweit: (Deutsche med. Wochen. 1904 Nr. 49).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Rafał Spira. **Krótki zarys nauki o chorobach usznych dla kształcącej się młodzieży i lekarzy praktycznych.** Kraków 1905.

Liczba podręczników polskich pomnożona została w tych dniach podręcznikiem chorób usznych. Książka ta wyszła w powszechnie znanem „Wydawnictwie dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego w Krakowie“, a autor poświęcił ją założycielowi „Wydawnictwa“.

W oddziale ogólnym swej książki opisuje autor, — na wzór znanej dyagnostyki Alberta, — symptomatologię, etyologię, sposoby badania i ogólne leczenie chorób usznych. Część ta zajmuje 72 stronnic, pisana jest zrozumiale, miejscami może trochę za rozwlekle, ze względu jednak na cel podręcznika, by rzecz bardzo jasno przedstawić, nie jest to zbyt rażące.

W części szczegółowej opisuje autor choroby poszczególnych części ucha. Postępuje tu wedle zwykłego sposobu, rozbierając etyologię, objawy, rozpoznanie, przebieg i leczenie choroby. Nowego nie podaje autor dużo, trzymając się przytem ściśle znanych dróg i rzeczy wypróbowanych. Szczególnie nie wdaje się autor w żadne teorye, co w podręczniku dla studentów medycyny jest raczej zaletą, niż wadą.

Że w książce swej nie ustrzegł się autor i małych błędów, nie ma w tem nic dziwnego, zważywszy, że to pierwszy taki podręcznik w języku polskim. Tak opuścił autor n. p. przy opisie szumu słuchowego jedną z najczęstszych przyczyn: charłactwo; bardzo mało podaje o ropotoku (*otorrhoea*), który przecież jest również jednym z najczęstszych objawów i który należało opisać w odrębnym rozdziale, tem bardziej, skoro osobno opisuje autor n. p. zaburzenia smaku i dotyku języka w chorobach usznych. W etyologii jako rzecz zajmującą przypominamy, że choroby uszne zdarzają się w niektórych narodowościach daleko częściej, niż w innych. Dobrzeby było, gdyby autor uwzględnił piśmiennictwo polskie. Tak przy leczeniu róży wcale nie wspomniał o dziś tak często używanym środku: kwasie karbolowym z kamforą itp.

Rysunki, wzięte z Politzera i Urbantschitscha, są dosyć mierne.

Mimo to, wszystkie wymienione usterki mało znaczą przy ogólnej dobrej wartości dzieła; ufamy zresztą, że w przyszłem wydaniu autor je poprawi. Druk i papier w podręczniku są bardzo dobre. Zwracamy tu uwagę, że autor prawie zupełnie zaniechał owego nieprzyjemnego drobnego druku, który psuje oczy, a który w podręcznikach powszechnie bywa używany. *Chl.*

Dr. Simon Scherbel. **Jüdische Aerzte und ihr Einfluss auf das Judenthum.** Berlin-Lipsk, J. Singer & Co., 1905, str. 75.

Praca obejmuje w chronologicznym porządku spis lekarzy, wybitnych działaczy w społeczeństwie żydowskiem od II wieku po Chr. począwszy. Życiorysy i działalność społeczna i literacka lekarzy owych nakreślona jest w bardzo krótkich słowach. Nie jest to zatem źródłowa praca historyczna, czegoby zresztą nie można pomieścić na 75 stronach szerokiego druku, zawiera jednak ciekawe szczegóły, na pewno mało znane ogółowi lekarzy. *Stahr.*

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Hoffmann i Marx. **Przyczynek do znajomości objawu Quinquauda.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1905, Nr. 15). Według Fürbringera objaw Quinquauda, t. j. trzeszczenie w palcach badanej ręki, opartych na płaskiej dłoni badającego, ma mniejsze znaczenie rozpoznawcze dla alkoholizmu, aniżeli drżenie. Zdanie autorów jest w tym względzie inne. Spostrzeżenia ich, poczynione na 1018 więźniach berlińskiego zakładu karnego „Moabitu“, prowadzą do wniosku, że o ile nieobecność lub słaby stopień objawu Quinquauda nie pozwala na żadne wnioski co do wstrzemięźliwości lub nawyknienia alkoholowego, to wyraźny objaw Quinquauda przemawia wybitnie za alkoholizmem. Gdy bowiem na 591 osobników wstrzemięźliwych lub umiarkowanych tylko u 10·8 prc. było wybitne trzeszczenie Quinquauda, to u 289 pijących stosunek był 14·2 prc., a u 138 pijaków 28·2 prc. Różnicy między wynikiem autorów, a spostrzeżeniami Fürbringera szukać należy w tem, że gdy na 468 osobników, badanych przez Fürbringera, było tylko 133, t. j. 28 prc. pijących, to na 1018, badanych przez Hoffmanna i Marxa, było ich 427, t. j. około 42 prc. U kobiet, oraz w wieku młodym i starczym objaw ten się rzadziej pojawia. Objaw Quinquauda i drżenie rąk są to według autorów zjawiska różnej przyrody i nie pojawiające się razem. Na 137 osobników, okazujących wybitny objaw Quinquauda, tylko 55 okazywało drżenie, a z drugiej strony autorowie stwierdzili drżenie u 146 osobników, u których nie było ani śladu trzeszczenia Quinquauda. *Dr. Blassberg.*

Torday. **O wartości barbados-aloinowej próby na krew przy krwawieniach żołądkowo-kiszkowych.** (*Wiener klin. Rundschau* 1905, Nr. 26—27). Autor w licznych przypadkach cierpień żołądka i jelit używał próby barbados-aloinowej dla wykrycia krwi w stolcu. Jest to modyfikacya próby na krew van Deen-Webera, w której zamiast nastoju gwajakowego używa się trzyprocentowego roztworu aloiny. W spostrzeżeniach swych robił autor obok próby aloinowej dla porównania także inne próby i zestawił je razem w tablicy poglądowej. Przy cierpieniach żołądkowo-kiszkowych znajdował on krew w stolcu bardzo często. Przy raku żołądka krew zawsze można było wykryć. Przy wrzodach żołądka w okresach wolnych od napadów nie znalazł jej ani razu w stolcach, co się zgadza z twierdzeniem Boasa, że w tych przypadkach krwawienie następuje okresowo. Wynik dodatni przy biegunkach, chorobach serca i nerek, marskości wątroby i w przewlekłem zapaleniu otrzewnej, łatwo wytłómaczyć przekrwieniem, powstającem w tych przypadkach, któremu towarzyszy łatwe pękanie naczyń włosowatych. Badanie krwi w treści żołądka i jelit posiada zdaniem autora wielką wartość rozpoznawczą. *Dr. Blassberg.*

T. Lupu. **O pellagrze bez rumienia.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1905, 26). Jako typowe objawy pellagry, cierpienia bardzo rozpowszechnionego u ludności na Bukowinie, uważamy zazwyczaj: rumień na grzbiecie rąk i stóp, na szyi i mostku, złuszczanie się nabłonka z języka, połączone z zapaleniem jamy ustnej, gardła i ślinieniem, oraz objawy żołądkowo-kiszkowe i nerwowo-umysłowe. Autor opisuje cały szereg własnych spostrzeżeń pellagry, w których nie wszystkie objawy były wybitne. Tak n. p. w niektórych rumień, który uchodzi za objaw znamienny, albo zupełnie się nie pojawiał, lub też tylko bywał mniej lub więcej zaznaczony. Natomiast opisuje autor przypadki bezbolesnego nieżytu jelit, połączonego z wyniszczeniem, występującego głównie na wiosnę, oraz przypadki neurastenii, padaczki i innych chorób układu nerwowego na tle pellagry. Obraz kliniczny tego cierpienia, które głównie pojawia się u osobników, wyniszczonych chorobami, oraz złem lub jednostajnem odżywianiem się mąką kukurydzianą, czyli mamałygą, jest nadzwyczaj zmienny. W górach »*pellagra sine*

pellagra« częściej się zdarza, niż w równinach. Rumień bywa często tak nieznaczny, że chory go nie zauważa i takie przypadki przebiegają wogóle niespostrzeżenie. Rokowanie w tem cierpieniu nie jest tak niepomyślne, jak się zazwyczaj przyjmuje, natomiast w nerwicach i w histeryi na tle pellagry jest rokowanie według spostrzeżeń autora co do wyzdrowienia bardzo niepomyślne. L. omawia nadto rozpoznanie różniczkowe tego cierpienia. Ubóstwo, wystąpienie choroby na wiosnę, wyglądanie chorego i stroskane wejrzenie, uczucie ciężkiego schorzenia, ociężałość umysłowa i małomówność przemawiają za pellagrą. Zwłaszcza małomówność cechuje histeryę na tle pellagry w przeciwieństwie do histeryi zwyczajnej, odznaczającej się gadatliwością, pełną fantazyi. Celem zwalczenia tego cierpienia żąda autor zbierania szczegółowej statystyki, zwłaszcza pellagry bez rumienia, zwalczania jednostajności pożywienia przez kuchnie ludowe i zasilanie ludności chlebem, przez ograniczenie hodowli kukurydzy i lepsze wyzyskanie ziemi, oraz przez środki ochronne, przeciwdziałające zgubnemu dla zdrowia psuciu się mąki kukurydzianej. Do tego celu zmierzać należy przez zakładanie kółek rolniczych i pouczanie ludności słowem i drukiem o tem cierpieniu.

Dr. Blassberg.

H. Kionka. **O powstawaniu i istocie dny.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, 29). Dawniejsze badania Kionki i innych autorów wykazały, że wyłączne żywienie mięsem wywołuje u ptaków, oraz u ssawców, zarówno roślinożernych, jak i mięsożernych, zmiany nekrotyczne w wątrobie i w nerkach. Że u człowieka, dotkniętego dną, są nerki chorobowo zmienione, jeżeli nie anatomicznie, to przynajmniej czynnościowo — jest rzeczą od dawna wiadomą. Co do wątroby, to istnienie ciężkiej dny u człowieka nie jest koniecznie związane z patologiczno-anatomiczną zmianą wątroby. Natomiast badania autora wykazały zmiany czynnościowe, dotyczące stosunku kwasu moczowego do substancyi, pojawiających się, względnie wytwarzanych prawidłowo w wątrobie, t. j. do glikolu i mocznika. Obecność wolnego glikolu ułatwia wypadanie moczanów z pierwotnych obojętnych roztworów; mocznik przeciwnie utrudnia je. Ustrój prawidłowy ochroniony jest przed nagromadzeniem się glikolu, albowiem wątroba wytwarza ferment, niszczący glikol i przetwarzający go w mocznik lub pokrewną substancyę. Zaburzenie tej właśnie czynności wątroby przy równoczesnem utrudnieniu wydzielania się kwasu moczowego przez nerki i nagromadzeniu się większych ilości kwasu moczowego we krwi, są warunkiem łatwego wypadania moczanów. Glikokol jest wytworem pochodnym pewnych ciał białkowatych, oraz wytworem pośrednim przy rozpadzie kwasu moczowego. Tak tedy obfitość kwasu moczowego u dotkniętych dną wiedzie do nagromadzenia się glikokolu, a ten ułatwia wypadanie moczanów. Zupełny lub chwilowy brak działania fermentu, niszczącego glikokol, stanowi stan, oznaczany klinicznie jako „usposobienie dnawe". Ponieważ glikokol jest wytworem rozkładu tkanki łącznej i chrząstki, dlatego w ustroju w tych właśnie tkankach, t. j. w stawach i w chrząstce usznej powstają złogi moczanowe.

Autor omawia nadto przyjęte leczenie przeciwdnawe ze stanowiska swojej teoryi. Leczenie miejscowe, jako to: okłady zimne i ciepłe, oraz środki drażniące skórę, ma znaczenie względne, o ile chodzi tylko o wpłynięcie na miejscowe stosunki krążenia. Usuwanie drogą operacyjną chrząstki stawowej, dotkniętej dną, jest uzasadnione przy zajęciu jednego tylko stawu, bo usuwa się przez to źródło tworzenia się glikokolu. Ze środków, zalecanych przeciw dnie, kolchicyna, kwas salicylowy, oraz kwas chinowy, który w jelicie rozpada się na kwas będźwinowy, działają jako silne leki żółciopędne i zrazu zwiększają wydzielanie samej żółci. ale przy ciągłem podawaniu potęguje się czynność wątroby i zwiększa się także ilość wydzielanych kwasów żółciowych. Działanie ich skuteczne w dnie polega zatem na wpływie ich na czynność wątroby. Podobny wpływ mają też środki czyszczące, co może tłómaczy skuteczność wód mineralnych czyszczących (Salzschlirf, Karlsbad). Zalecano w ostatnich czasach przez Falkensteina leczenie dny przez podawanie większych ilości kwasu solnego takżeby się tłómaczyło wzmożonem wydzielaniem żółci. Prócz tego działania jest tu atoli drugi czynnik. Kwas będźwinowy i salicylowy opuszczają ustrój, łącząc się z glikokolem, pierwszy jako kwas hippurowy, a drugi jako ciało podobnie zbudowane. Przy tem skojarzeniu wiąże się chemicznie glikokol, a tem samem zobojętnia się jego szkodliwy wpływ przy dnie.

Dr. Blassberg.

D. Hirsch. **Surowica przeciwbłonicza jako środek leczniczy i zapobiegawczy w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.** (*Wiener klin.-ther. Wochs.* 1905, Nr. 30). Autor w jednym, bardzo ciężkim przypadku niewątpliwego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych stosował surowicę przeciwbłoniczą. Przebieg choroby był krótszy, a przypadek zakończył się wyzdrowieniem. W trzech innych przypadkach, bardzo podejrzanych, zwłaszcza wobec panującej epidemii, również otrzymał H. dobre wyniki. Wraz z Wolfem i Waitzfelderem poleca tedy autor gorąco w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych stosowanie surowicy przeciwbłoniczej, jako środka łatwego w użyciu i nieszkodliwego.

Dr. Blassberg.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. R. v. Uhle. **W sprawie leczenia nadmiernych wymiotów u ciężarnych.** (*Zentralblatt für Gynaekologie*, 1905, Nr. 24). 25-letnia mężatka była po raz drugi w ciąży, w danej chwili w IV. miesiącu. Lekkie wymioty, które w pierwszej ciąży trwały do IV. miesiąca, powtórzyły się teraz, lecz od 2 tygodni tak się spotęgowały, że powtarzają się 12—15 razy dziennie, po każdej potrawie, a nawet bez tego. Lekarz ordynujący, wyczerpawszy wszystkie ogólnie stosowane środki lecznicze, wezwał U. na naradę, myśląc o przerwaniu ciąży. U. stwierdził wycieńczenie chorej, tęt. 120, drobne, a miejscowo macicę w zbyt silnem przodozgięciu. Z początku zastosował leczenie, które go nigdy przedtem nie zawiodło, t. j. wypompował żołądek, wstrzyknął 0·01 morfiny i polecił odżywiać chorą wyłącznie przez odbytnicę. Dobry skutek trwał przez 2 dni, poczem wymioty powróciły z dawnem nasileniem. W przypuszczeniu, że zbyt silne przodozgięcie może być w związku z cierpieniem, założył kolpeuryntor do pochwy i lekko go napełnił. Wymioty ustały natychmiast. Po kilkunastu godzinach wyjęto balon, nazajutrz zaś znowu go założono na 12 godzin z powodu nawrotu cierpienia. Odtąd zaczęła chora spożywać zaraz więcej pokarmów, tak, że powtarzające się jeszcze przez kilka dni 2 razy dziennie wymioty nie przeszkadzały poprawie stanu ogólnego. Czynności porodowej balon nie wzniecił. Wyłączając histeryę, tłómaczy sobie U. wynik leczenia w danym przypadku zwolnieniem zrostów otrzewnych lub też działaniem odruchowem po usunięciu zbyt silnego przodozgięcia.

B. Wojciechowski.

Stefan Gaszyński. **W sprawie mechanizmu porodu. Poszczególne składniki budowy miednicy. Zależność sprzężnej prawdziwej od dolnego kąta spojenia.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1905, Nr. 25). (Rzecz podana w skróceniu w Nrze 6 *Nowin lek.* i streszczona częściowo w Nrze 27 *Przeglądu*). Zapomocą swego nowego miednicomierza oznacza G. wysokość spojenia, sprzężnej przekątnej (*conj. diagonalis*), sprzężnej prawdziwej (*conj. vera anatomica et obstetricia*), sprzężnej pośredniej (*conj. media s. cavi pelvis*) (od dolnego brzegu spojenia do połowy kości krzyżowej), sprzężnej dolnej (*conj. inferior s. apicis ossis sacri*) (od dolnego brzegu spojenia do końca kości krzyżowej) i sprzężnej wychodu (*conj. exitus*). Nadto oznaczyć się daje stopień nachylenia spojenia łonowego w stosunku do wzgórka. Po przeniesieniu wymiarów na papier i wykreśleniu t. zw. pelweogramu można także w sposób prosty oznaczyć stopień nachylenia całej miednicy po zmierzeniu u stojącej chorej odległości górnego i dolnego brzegu spojenia od podłogi. Najgłówniejszym wymiarem niezawsze jest wymiar prosty wchodu, gdyż niezawsze jest on najmniejszy, ale przeciwnie w pewnych przypadkach wymiar najmniejszy przebiega gdzieindziej, w próżni lub wychodzie. G. proponuje zatem wprowadzenie pojęcia *»conj. minima«*. Z pelweogramów wynika dalej, że niezawsze najwęższe miejsce w miednicy leży w jednej tylko płaszczyźnie, lecz że bywają również zwężenia jednostajne na dłuższej przestrzeni przewodu miednicy. Chcąc oznaczyć głębokość przewodu miednicy, prowadzi G. od wzgórka prostopadłą do sprzężnej dolnej (*conj. inferior*). Wymiar ten, *»profunditas cavi pelvis«*, wynosi średnio 10—11 ctm. Wahania wysokości spojenia pociągają za sobą, przy niezmienionej sprzężnej przekątnej, tylko bardzo małe różnice w długości sprzężnej prawdziwej, zaledwie paru mm.; błąd zaś, jaki wywołuje grubość pokładu części miękkich, otaczających spojenie, nie przekracza przy obliczaniu sprz. prawdziwej nawet 1 mm. Stopień pochylenia spojenia w stosunku do wzgórka ma za to na długość sprz. prawdziwej tak duży wpływ, że różnice wynosić mogą więcej, niż 4 ctm. Wysokość wzgórka w stosunku do spojenia przy niezmienionej sprz. przekątnej wpływa w ten sposób na sprz. prawdziwą, że czem niżej wzgórek stoi, tem większą staje się sprz. prawdziwa. Podział miednic na ogólnie przyjęte typy ma jedynie pewne znaczenie dydaktyczne, gdyż niema ściśle biorąc 2 miednic, zupełnie do siebie podobnych. Wskazaniami do postępowania przy porodzie kierować powinien wynik jak najdokładniejszych pomiarów miednicy u danego osobnika.

B. Wojciechowski.

Wederhake. **W sprawie szybkiego rozpoznania drobnowidowego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 25). W. poleca jako bardzo praktyczny, bo pewny i szybki, zaledwie 5 minut zajmujący, następujący sposób badania tkanek świeżych: zamrożenie, przeniesienie skrawków do roztworu nastoju jodowego (2—5 kropel na 20 ccm. wody) na 1—5 minut, następnie (bez opłukania) do roztworu szkarłatu kroceinowego (z nasyconego roztworu barwika

w 70 prc. wyskoku miesza się 20 ccm. ze 100 ccm. wody) na ½—3 minut, opłukanie w wodzie (najlepiej na łopatce), przeniesienie do kropli gliceryny na szkiełku przedmiotowem, przykrycie szkiełkiem nakrywkowem. W przypadkach wątpliwych pozwala ten sposób na rozpoznanie histologiczne podczas samej operacyi, n. p. skrobanki macicy, co niekiedy ogromne ma znaczenie. Obrazy są wyraźne, jasne, tkanki dobrze wyróżnione. Z małemi odmianami nadają się także ustalone tkanki do tej metody barwienia. U praktyków powinnaby ona znaleźć uznanie i rozpowszechnienie.

B. Wojciechowski.

Saniter. **W sprawie odkażania powłok brzusznych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 26). Celem ułatwienia oczyszczenia pępka przed operacyą, poleca S. podciągać go kleszczykami pół-tępemi. Sposób ten jest we Francyi oddawna przyjęty. *B. Wojciechowski.*

O. Bürger. **W sprawie pubiotomii.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 27). B. ogłasza 2 dalsze przypadki z kliniki Schauty. Pierwszy dotyczy 28-letniej wieloródki z wybitną krzywicą całego kośćca. Pierwszy poród siłami przyrody, płód niedonoszony, 2000 gr., zmarł wkrótce. Przy drugim porodzie, również przedwczesnym, obrót zapobiegawczy z powodu widocznego niestosunku; płód urodzony żywy, 2500 gr., zmarł po paru miesiącach. Chora zgłosiła się, jako od 2 dni rodząca, z końcem trzeciej ciąży. Poza kliniką próbowano bez skutku kleszczy i badano kilkakrotnie. Sprzężna przekątna 10 cm., główka nad wchodem ruchoma, postawa II. Po kilkunastu godzinach pierścień do pępka, tony płodu dobre, ciepłota prawidłowa. Pubiotomia po stronie prawej ze względu na postawę płodu. Ponieważ wgniecenie główki nie udało się, założył B. kleszcze Breussa. Płód donoszony, 3450 gr. Opatrunek ustalający. Przez kilka pierwszych dni cewnik na stałe. W 7. dniu połogu raz 39° z powodu chwilowego zatrzymania się wydzieliny mimo sączka. Z powodu zajęcia oskrzeli wstała chora dopiero 25 dnia. Chód prawidłowy. Przypadek drugi odnosi się do 28-letniej krzywiczej kobiety, która przedtem 3 razy rodziła, zawsze dzieci nieżywe, bardzo duże. Zgłosiła się w czasie porodu; ujście zupełnie rozwarte, główka nad wchodem ruchoma, grzbiet po stronie lewej, sprzężna przekątna 10·8; wstawiła się kość boczna tylna, ciemię duże w środku pola badania. Po kilku godzinach objawy grożącego pęknięcia macicy. Pubiotomia po stronie lewej, potem kleszcze Breussa. Płód żywy 4 kg., 57 cm. Połóg bezgorączkowy. 19. dnia chora wstała. Chodziła odrazu dobrze. Pubiotomia zastępuje wprawdzie niekiedy cięcie cesarskie w przypadkach niezupełnie czystych, lecz zdaniem B. zbyt daleko idzie v. Franqué, rozszerzając wskazania do pubiotomii także na przypadki wybitnie zakażone. Dolny otwór rany powinien leżeć jak najdalej od szpary sromowej ze względu na łatwość zakażenia. Według wyników doświadczeń van Cauvenberghea z pubiotomią na zwłokach, powinno się przecinać kość po stronie potylicy płodu, gdyż przepiłowana połowa miednicy ulega znaczniejszemu rozszerzeniu, niż przeciwna. *B. Wojciechowski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

W leczeniu wiewióra używa prof. Zeissl (*Oesterr. Aerzte-Ztg.*, 1905, 2, 3) przeciw bolesnym wzwodom prącia (*chorda gonorrhoica*) najchętniej trionalu, podając przez dwa dni z rzędu, a potem co drugi dzień wieczorem po 1,5 tego leku. Gdy tylko zniknie parcie na mocz i obrzęk prącia rozpoczyna Z. wstrzykiwania, do których posługuje się najchętniej nadmanganianem potasowym (0,10:100), protargolem (0,5 do 2,0 na 200 rozczynu fizyol. soli kuchennej z dodatkiem pół prc. gliceryny) lub albarginą. *B.*

Poronne leczenie wiewióra protargolem zachwala Straus (*Monats. f. Harnk. u. sex. Hyg.*, 1905, Nr. 1) utrzymując, że na 50 przypadków uzyskał pożądany skutek w ⅓. Przeciwwskazanem jest leczenie poronne wobec znacznych bólów przy moczeniu, licznych dwoinek wiewiórowych i czysto ropnego wypływu. S. wstrzykuje 1 do 2 cm.³ 10 prc. rozczynu protargolu z dodatkiem 4 prc. antypiryny przez cewnik gałkowaty, wsunięty aż do opuszki cewki moczowej, zwolna cewnik w czasie wstrzykiwania wysuwając. Wstrzyknięty rozczyn zatrzymuje chory przez 5 minut, poczem zaraz powtarza się wstrzyknięcie. W domu wstrzykuje sobie chory 3 razy dnia 1 prc. rozczyn protargolu z 2 prc. antypiryny, zatrzymując go również przez 5 minut, przez trzy dni, przyczem zażywać ma olej santałowy i przestrzegać ściśle dyety. Przy pomyślnem leczeniu nie powinno być w wydzielinie już na trzeci dzień wcale gonokoków. Gdyby były, to leczenie poronne się nie powiodło i przejść trzeba do zwykłego. Feistmantel (*Wr. med. Wochs.*, 1905, 13—15) zaleca wkraplania 5 prc. glicerynowowodnego rozczynu protargolu, jako ochronę przed zakażeniem wiewiórowem, na podstawie spostrzeżeń, poczynionych u żołnierzy garnizonu peszteńskiego. *B.*

Maretyny użył Sobernheim (*Deuts. med. Wochs.*, 1905, 15) w 7 przypadkach ostrego gośćca stawowego z gorączką, dochodzącą 38·8° C., opierających się wszelkiemu leczeniu. Skuteczną była maretyna już w dawce 0·5 po 2 razy dnia, nie wywołując uciążliwych potów, częstych po innych środkach. S. zwraca uwagę, że po użyciu maretyny pojawiają się w moczu bliżej jeszcze niezbadane substancye redukujące, wskutek czego próba „cukrowa“ wypada dodatnio i może być źródłem omyłek. W zapaleniu stawów wiewiórowem maretyna nie działa, dobrą zaś okazała się przeciw nerwobolom. *B.*

Burnet (*The med. Times and Hosp.*, 1905, 7) chwali skuteczność **mesotanu** w gośćcu mięśniowym, jakoteż jego własności kojące ból w zniekształtniającem zapaleniu stawów. Objawów podrażnienia skóry B. wśród 200 przeszło przypadków nie widział ani razu, zaleca jednak usilnie, by u osób z wrażliwszą skórą używać tylko pędzlowań i nie pokrywać nigdy miejsc posmarowanych nieprzepuszczalną materyą. Przed użyciem mesotanu trzeba skórę dokładnie osuszyć, bo wilgoć rozkłada ten lek. Należy przypomnieć, że według Ruhemanna (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 19) można stosować nawet mięsienie bez obawy zadrażnienia skóry, jeśli użyje się waseliny mesotanowej (5:15). *B.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 31 sierpnia.

* Redaktor główny „Przeglądu lekarskiego“ dr. A. Kwaśnicki powrócił z dniem 1 września b. r. do zajęć redaktorskich.

* W kaliskiem Towarzystwie lekarskiem wybrano prezesem dr. A. Drozdowskiego, wiceprezesem dr. W. Wilczewskiego, sekretarzem dr. M. Kasprzaka.

* I międzynarodowy Zjazd neurologów i psychiatrów odbędzie się 3—8 września b. r. w Amsterdamie.

* X międzynarodowy Kongres przeciw alkoholizmowi odbędzie się w Peszcie 11—16 września r. b. Na posiedzeniach ogólnych wykładać będą: Gruber (Higiena jaźni), Laitinen i Weygandt (Wpływ wyskoku na odporność ustroju, zwłaszcza na dziedziczność). Liebermann (Higieniczne znaczenie sztucznych win). Z Polaków wybitniejszy udział wezmą: Lutosławski, który będzie mówić „O abstynencyi w Polsce“ na zebraniu organizacyi abstynentów węgierskich, obok Juliusburgera z Berlina i Ernsta z Zurichu, oraz Daszyńska-Golińska, która wraz z Klempem i Malcomesem z Pesztu będzie sprawozdawczynią tematu: „Przemysłowe zużytkowanie wyskoku jako środek walki z alkoholizmem“.

* Według „Russkiego Wracza“ przygotowuje się w Rosyi reforma uniwersytetów, w których w przyszłości rektor i dziekani mieliby być wybieralni. Nową ustawę opracowuje w ministeryum oświaty komisya, do której z lekarzy należą Łukjanow i Szczerbakow.

* Znakomita organizacya służby sanitarnej japońskiej w obecnej wojnie zyskała sobie powszechne uznanie. Znaczna część zasługi przypada tu towarzystwu, zawiązanemu w Japonii w r. 1877 pod nazwą „Hakuaicha“, które od przystąpienia Japonii do konwencyi genewskiej, t. j. od r. 1886, przybrało nazwę Japońskiego Czerwonego Krzyża. Towarzystwo to różni się tem od europejskich, że działa nietylko w czasie wojny, ale i w czasie pokoju, niosąc pomoc ofiarom trzęsienia ziemi, powodzi, tajfunów, głodu, zaraz i t. p., utrzymując stale w Tokio szpital cywilny i połączoną z nim szkołę dozorców chorych; tylko w czasie wojny oddaje się Towarzystwo całkowicie na usługi władz wojskowych. Obecnie liczy personal Towarzystwa 3000 osób (lekarzy, aptekarzy, dozorców chorych), zajętych na polu walki i na znakomicie urządzonych okrętach szpitalnych. Europa zazdrościć może temu Towarzystwu popularności, gdyż liczba członków Towarzystwa wynosi bezmała milion, t. j. 2% ludności japońskiej. Prócz tego Towarzystwa istnieje zresztą w Japonii cały szereg Towarzystw o podobnych zadaniach, jak n. p. Towarzystwo dobrowolnych dozorców chorych, liczące 5000 członków i t. d.

* Nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych przygasa nietylko w Galicyi, ale i na Śląsku pruskim, natomiast szerzy się znów silniej w Prusach Zachodnich.

* Między 16 a 24 sierpnia b. r. zachorowało trzech flisaków na galarach wiślanych, płynących z Królestwa Polskiego, między Toruniem a Chełmem; u dwóch z nich stwierdziły władze sanitarne niemieckie cholerę. Obecnie stwierdzono już 7 przypadków, z nich 3 śmiertelne.

* Według wykazów wiedeńskiej centralnej komisyi statystycznej zmarło we Lwowie w czasie od 1 stycznia do 29 lipca b. r. ogółem 2831 osób, t. j. 28·2 pro mille. Z tego zmarło ogółem na choroby zakaźne 66 osób, czyli 3·33 pro mille. W tym samym czasie zmarło w Krakowie 1879 osób, t. j. 33·0 pro mille, z tego na choroby zakaźne 93, t. j. t. j. 4·94 pro mille, w Wiedniu zaś 22.543 osoby, w tem na choroby zakaźne 1084 osoby czyli 4·80 pro mille.

* Od 6—12 sierpnia stwierdzono w Galicyi 3 przypadki ospy w mieście Chrzanowie, 4 przypadki zapalenia opon mózgowordzeniowych (w 4 gminach 5 powiatów) i przypadki duru osutkowego w następujących powiatach: Nadwórna (4), Horodenka (3), Brzozów, Buczacz, Kamionka (po 2), Bohorodczany, Drohobycz, Przemyślany, Śniatyn (po 1).

Mianowani: Dr. Kazimierz Lipski, sekundaryusz szpitala lwows., dyrektorem szpitala powsz. w Skałacie. Dr. Ehrenfest profesorem położnictwa w St. Louis, dr. Bocci profesorem fizyologii w Sienie, doc. Scholz profesorem dermatologii w Królewcu.

Zmarli: Prof. Kunkel, farmakolog, w Würzburgu; dr. Heath, b. prof. chirurgii, w Londynie; dr. Adam Wincenty Buckiewicz w Wiernym (na Syberyi); dr. Ludwik Żerański, lekarz kolej., w 56 r. ż. w Radomiu; dr. Felicyan Komocki w 77 r. ż. w Mińsku gub.; psychiatra prof. Laehr, w założonym przez siebie zakładzie w Zehlendorf. w 85 r. ż.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska.* Zeszyt 16. Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 34. Syllaba: Principy moderniho léčeni vnitřnich chorob. Libenský: Ofthalmoplegia externa chronica progressiva. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých organů žlazových při vrožene přijici. Zikmund: K otázce aetiologie současného vyskytováni se zánětlivých onemocněni organů respiratornich a malých deti méně 2 let starých.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 34. Tilmann: Znieczulanie rdzeniowe stowainą. Gütig: O stosunku hypoleukocytozy do szpiku kostnego. Jürgens: Leczenie tuberkuliną i odporność wobec gruźlicy. Blume: W sprawie wczesnego bakteryoskopowego rozpoznania gruźlicy płuc. Abel: O użyciu styptolu w krwotokach macicznych i trudnem miesiączkowaniu. Tugendreich: Obecny stan zagadnienia o istocie zaniku noworodków. Croner i Cronheim: O nowej próbie kwasu mlecznego. Aldor: O wartości wysokich wlewań do jelit. Hildebrandt: Znieczulanie rdzeniowe.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 34. Bartel: Układ limfatyczny, a zakażenie gruźlicze. Dörr: Cholecystitis typhosa. Löbl: Przypadki otrucia. Oefele: Oznaczenie prawidłowego kału.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 34. Schottmüller: O nagminnem zapaleniu opon mózgowordzeniowych. Rille i Vockerodt: Dalsze stwierdzenia krętków w kile. Schenk: O wzmożeniu hemaglutynínów w połogu. Werner: O działaniu radu na zarazki i zakażenie tkanek. Curschmann: O przerostach mięśni na tle hiperkinetycznem przy toksycznem rozsianem zapaleniu nerwów. Thorn: Operacye mięśniaków macicy ciężarnej i rodzącej. Daser: Przypadek zniekształtniającego zapalenia kości. Wichmann: W sprawie rentgenoterapii. Villaret: Leczenie nadmiernego pocenia się nóg w wojsku. Arneth: W sprawie wytłómaczenia zachowania się krwinek białych i czerwonych przy leczeniu białaczki promieniami Roentgena (dok). Mohr: Przyczynek do etyologii i leczenia gorączki siennej (dok.). Kühn: Lekarki zagranicą.

— *La Presse médicale* Nr. 66. Simon i Pater: Wstrzykiwania wody morskiej w lecznictwie u dzieci. Latour: Żyłotętniak trójkąta Scarpy.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 34. — Doświadczenia zebrane w chirurgii polowej w wojnie rosyjsko-japońskiej. Pels-Leusden: O nieprawidłowem pokrywaniu się nabłonkiem i urazowych torbielach nabłonkowych. Seifert: O alypinie. Kuhnt: W sprawie leczenia zapalenia spojówek w toku nieżytu siennego. Schwartz: Wyleczenie przypadku gruźlicy oka surowicą Marmorka. Kilian: O siedzibie i otwieraniu głębokich ropni w okolicy podstawy języka i w sąsiedztwie przez operacyę od zewnątrz. Reischauer: Dalsze spostrzeżenia krętków w kile dziedzicznej. Strauss: Wyskrobanie męskiego pęcherza moczowego bez jego otwierania przy przewlekłem zapaleniu. Spengler: Nowe uodporniające leczenie suchot tuberkuliną perliczą. Lenzmann: Stanowisko lekarza-praktyka w sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego (dok.).

— *Medizinische Klinik* Nr. 38. Greeff: O przerzutach w oku w toku wiewióra. Müller: Wczesne rozpoznanie stwardnienia rozsianego (c. d.). Zuelzer: O znaczeniu klinicznem nieorganicznych składników moczu. Saalfeld: O leczeniu wiewióra u mężczyzn. Wolters: O krętkach znajdowanych w kile.

Redakcya otrzymała: Dr. B. Geržabek: 1) Incontinentia urinae jako powikłanie stulejki. 2) Znaczenie pozycyi Walcherowskiej w położnictwie. Odb. z „Nowin lek." — Służba zdrowia w mieście Lwowie (spis lekarzy i t. d. zestawiony przez fizykat miejski) Lwów 1905.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 34 (od dn. 20/VIII do 26/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 27, dziew. 28; nieżywo: chł. —, dz. 6. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 11, kob. 17; zamiejscowych: męż. 9, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. 1. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 7, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. —. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 28, obcych 16.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. dr. Stanisław Ciechanowski.**

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiano na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podniecа i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: original Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.

172

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ“

PIOTRA MIKOLASCHA we LWOWIE

wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy

i

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

0 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2·00 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca: **ustalonej sławy WINA LECZNICZE przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.**

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy.

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.

Bioferrin

Organiczny przetwór żelaza, przyjemnego smaku i woni, zalecany przez powagi lekarskie w zakresie leczenia żelazem. **Wypróbowany lek we wszystkich chorobach na tle niedokrwistości**, szczególnie u dzieci. Wytwarzany sposobem ściśle naukowym **pod stałym nadzorem lekarskim.**

Orexin-Tannat

Najlepsze stomachicum, zupełnie bez smaku, działa pewnie **w braku łaknienia, hyperemesis gravidarum i wymiotach** po uśpieniu chloroformem. **Kołaczyki oreksynowe i czekoladki oreksynowe** po 0, 25 g.

Bizmutoza	Dormiol	Hetol

Dokładne piśmiennictwo rozsyła 7 III.

KALLE & Co. A.-G. Biebrich.

Słownik lekarski polski

Opracowali z polecenia Towarzystwa lekar. krak. Prof. Dr. Tadeusz Browicz, Stanisław Ciechanowski, Stanisław Domański, Leon Kryński, przy współudziale Tow. lek. warsz., Wydziału lek. Tow. przyj. nauk w Poznaniu, oraz wielu lekarzy i przyrodn. pol. Kraków, 1905. Nakładem Tow. lek. krak.

Wielka 16°, stron X + 762. Cena w Austryi za egzemplarz trwale oprawny 20 koron, z przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech za egzemplarz trwale oprawny 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8,50, z przesyłką pocztową Rbs. 9. 166

Do nabycia w Administracyi „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO“, Kraków, Wielopole 4, oraz w Towarzystwie lekarskiem w Krakowie (Radziwiłłowska) i we Lwowie. — W Warszawie skład główny w księgarni E. WENDE i SP.

Rok XLIV. Kraków 9 Września 1905. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu bakteryologii i hygieny Prof. Dra Bądzyńskiego i z zakładu medycyny sądowej Prof. Dra Sieradzkiego c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

O tak zwanych zatruciach mięsnych z uwzględnieniem epidemii zatrucia we Lwowie w r. 1904.

Podał

Dr. Ferdynand Stankiewicz,

asystent zakł. med. sądow.

Ogromny rozwój tak zw. nauk lekarskich pomocniczych, jak fizyologii, chemii lekarskiej, bakteryologii i t. d., jaki nastąpił w ostatnich czasach, ścisłe a krytyczne spostrzeganie objawów chorobowych u ludzi z jednej, a wciągnięcie w zakres badań doświadczeń na zwierzętach z drugiej strony, wreszcie poznanie w ostatnich czasach różnych własności surowicy zwierząt, lub ludzi, którzy przebyli jakąś chorobę zakaźną, czyli wogóle tak zw. serodyagnostyka, — wszystkie te i podobne czynniki sprawiły, że poglądy na istotę i przyczynę wielu chorób uległy w ostatnich czasach zasadniczym zmianom; wiele też chorób, uważanych dawniej za sprawy niezakaźne, zaliczono do tych, których przyczyną są swoiste bakterye.

Do rzędu takich, od niedawna dopiero we właściwem świetle spostrzeganych chorób, należą choroby, następujące po spożyciu pokarmów, znane pod nazwą zatruć mięsem. Jak to sama nazwa wskazuje, miały one być następstwem zatrucia, i to zatrucia tak zw. alkaloidami gnilnymi w następstwie spożycia rozkładającego się, gnijącego mięsa. Dopiero w ósmym dziesiątku zeszłego wieku Bollinger[1]) i Siedamgrotzky zwrócili uwagę świata lekarskiego na to, że istota i przyczyny takich chorób są całkiem inne, że nie jedna, ale więcej jest tu przyczyn, gdyż z jednej strony nie zawsze objawy kliniczne w tych chorobach są jednakowe, z drugiej zaś strony pożywka mięsna nie zawsze w czasie spożycia jej była w stanie rozkładu; nadto stwierdzili, że w pewnej części takich chorób mięso pochodziło ze zwierząt, dotkniętych za życia pewnymi chorobami, w innych znowu razach zwierzęta przed zabiciem były zdrowe. To też gdy szczegóły powyższe a nadto i bardzo wiele innych także i późniejsi badacze potwierdzili, poglądy na istotę i przyczyny otruć mięsem zasadniczo się zmieniły i obecnie sprawa ta ma się w sposób następujący:

Nie ulega wątpliwości, że pokarmy mięsne mogą się stać zdrowiu ludzkiemu szkodliwe skutkiem działania drobnoustrojów i to albo przez to, że drobnoustroje, zawarte w mięsie, dostają się wraz z niem do przewodu pokarmowego człowieka i wywołują zakażenie (*infectio*) ustroju, lub też, że nie one same, ale ich wytwory życiowe (jady, toksyny) wywołują chorobę w postaci zatrucia (*intoxicatio*) ustroju, albo wreszcie oba te czynniki działają równocześnie i wspólnie. Co się zaś tyczy chwili osiedlenia się tych drobnoustrojów w pożywce mięsnej, to mogły się one tam dostać jeszcze za życia zwierzęcia, jeśli ono było chore, lub też po zabiciu zdrowego zwierzęcia, jeśli mięso było w nie odpowiedni sposób przyrządzone lub przechowywane; mięso, pochodzące z chorego zwierzęcia, może być jeszcze powtórnie zakażone przez nieodpowiednie z niem postępowanie.

Sprawa zatem przyczyny i istoty otruć mięsem przedstawia dość zawiłe stosunki, których nie może rozwikłać samo badanie pożywki mięsnej, lecz potrzebne jeszcze są równoczesne z niem spostrzeganie i ocena objawów choroby u ludzi z jednej, a oględziny zwierzęcia z drugiej strony. Choroba rozwijająca się zazwyczaj po dłuższym lub krótszym okresie wylęgania, cechująca się przedewszystkiem objawami w zakresie przewodu pokarmowego a przebiegająca często w postaci przewlekłej, podobnej do duru brzusznego, to typ zakażenia, wywołanego zakażonem mięsem; przeciwnie zaś szybko występujące, gwałtowne objawy chorobowe ogólne z towarzyszącymi im niekiedy objawami w zakresie ośrodkowego układu nerwowego przemawiają za zatruciem wytworami przemiany materyi drobnoustrojów. Między tymi dwoma typami istnieć oczywiście mogą i istnieją w rzeczywistości liczne przejścia, zakażenie może się łączyć z zatruciem, nadto zaś mogą istnieć różnice w jakości objawów chorobowych, zależne od gatunku drobnoustrojów osiedlonych w mięsie. To też wszystkie dotychczasowe podziały tych chorób (Bollingera, Koberta, B. Fischera i innych), opierające się zazwyczaj na jednej tylko z cech, mają względną tylko wartość: ze stanowiska nauki, zapobiegania i leczenia najważniejszą jest rzeczą oznaczenie rodzaju drobnoustrojów, zbadanie ich własności biologicznych i dróg, którymi dostały się do pożywki mięsnej, gdyż w ten tylko sposób przy uwzględnieniu rodzaju objawów chorobowych możnaby wytworzyć racyonalny podział otruć mięsem, który zresztą, jak wszystkie podziały zjawisk przyrodniczych, musi być do pewnego stopnia sztucznym i tylko w ogólnych zarysach odpowiadającym zawikłanej zazwyczaj rzeczywistości.

Śledząc wyniki badań lat ostatnich, wykonywanych przy sposobności dość częstych epidemii zatruć mięsem, możnaby wyłączyć jedną wielką grupę przypadków, spostrzeganych przez Gärtnera we Frankenhausen[2]), Karliń-

[1]) Bollinger: Ueber Fleischvergiftung, intestinale Sepsis und Abdominal-typhus. Münch. med. Wochsch. 1881 XXVIII. Nr. 15—18.

[2]) Gärtner: Ueber die Fleischvergiftung in Frankenhausen a/. Kyffhausen und den Erreger derselben — Corr. Bl. d. allg. Ver. Thüring. 1888.

skiego w Hercegowinie[3]), Gaffkyego i Paaka w Röhrsdorf i okolicy[4]), Van Ermengema w Moorseele i Gent[5]), Kaenschego we Wrocławiu[6]), Fischera w Haustaedt i Rumphleth[7]), Günthera w prowincyi Poznańskiej[8]) i t. d.[9]), mających wiele cech wspólnych, a przez niektórych autorów objętych nazwą „zatruć mięsem w ściślejszem znaczeniu". Mięso w tych przypadkach pochodziło ze zwierząt za życia chorych, dotkniętych takiemi chorobami, jak: biegunka z odchodami śluzowymi lub krwawymi, sprawy septyczne zazwyczaj pochodzenia niejasnego, innym znów razem zależne od pewnej określonej przyczyny, np. wskutek zakażenia z pępka (u cielat), zakażenia połogowego (u krów), zakażenia z ran i urazów i t. p. chorób, często będące powodem tak zw. rzezi z konieczności; to też słusznie twierdzi Bollinger[10]), że ze wszystkich przypadków zatruć mięsem co najmniej 4/5 stoją w związku z rzezią z konieczności. Najważniejszą wspólną cechą tego działu zatruć jest to, że jako czynnik chorobowy stwierdzono drobnoustroje, jeżeli nie te same, to w każdym razie pokrewne, a prototypem ich jest *bacill. enteritidis Gärtn.* Drobnoustroje te mają wiele cech morfo- i biologicznych wspólnych z jednej strony z prątkiem durowym Eberth-Gaffkyego, z drugiej zaś z prątkiem okrężnicy Eschericha i tylko nieznacznie od jednych i drugich się różnią.

Najważniejszą jednak własnością przeważnej ich części jest ta, że wytwarzają one nader trujące istoty (toksyny), które znoszą bez szkody działanie wyższej ciepłoty nawet przez czas dłuższy. Z tej ich własności można wnosić, co też niejednokrotnie przy różnych epidemiach stwierdzono, że nawet gotowanie i pieczenie pożywki mięsnej nie usuwa niebezpieczeństwa zachorowania; jeśli bowiem nawet przy dostatecznem ugotowaniu mięsa zginą bakterye, to jednak ich wytwory, nieuległszy zmianie, wywołają objawy zatrucia.

Mięso w tych przypadkach miało w czasie spożywania zazwyczaj wszelkie cechy mięsa zdrowego, prawidłowego i okoliczność ta tłómaczy nam też możliwość powstawania tak rozległych epidemii, jakie niejednokrotnie się zdarzały.

Objawy chorobowe u zatrutych polegały w tych razach głównie na zaburzeniach trawienia, jak nudnościach, wymiotach, biegunce, niekiedy ze stolcami zielonymi, cuchnącymi, przebiegających wśród gorączki, ogólnego osłabienia, zawrotów głowy i utraty przytomności; rzadziej pojawiały się objawy ze strony układu nerwowego lub też wysypki skórne, podobne niekiedy do durowych, łuszczenie się skóry, białkomocz i t. d. Zależnie od przypadku trwała choroba dni kilka, kilkanaście, niekiedy 3 lub więcej tygodni, jak w durze brzusznym; znamiennem jest to, że ozdrowienie przebiegało zazwyczaj nader powoli, chorzy byli długo bardzo osłabieni i wychudzeni. Wogóle co się tyczy przebiegu w tych przypadkach, możnaby się powołać na zdanie Bollingera[11]), że „od zwykłego, nic nieznaczącego zaburzenia w trawieniu, zwykłego nieżytu żołądka i jelit, istnieją wszystkie przejścia aż do ciężkich, z wysoką gorączką przebiegających chorób pod kliniczną postacią dysenteryi, niestrawności z gorączką, duru brzusznego i t. d.; tu można też zaliczyć pewną część chorób, przebiegających pod postacią żółtaczki z gorączką, duru plamistego i t. d."

W przypadkach, badanych pośmiertnie, obraz sekcyjny był albo zupełnie ujemny, lub też odpowiadał obrazowi napotykanemu w przypadkach ogólnych chorób zakaźnych jak płonica, dur plamisty itd., lub wreszcie zmiany anat. dotyczyły szczególnie przewodu pokarmowego w postaci ostrego nieżytu, zajmującego zazwyczaj dolne pętle jelit cienkich, bez owrzodzeń lub nadżerek, jak w dysenteryi, często natomiast z wybroczynami na błonie śluzowej.

Śmiertelność w takich zatruciach zazwyczaj niewielka, w niektórych epidemiach wynosiła 0%, w innych dochodziła do 26% i więcej, średnio obliczają ją na 3—5%. Ta grupa zatruć mięsem stanowi niewątpliwie znaczniejszą część wszystkich zatruć mięsem wogóle i do dziś dnia znanych jest około 7000 przypadków chorobowych z około 120 epidemij[12]), należących do tego wspólnego typu. Naturalnie pod względem statystyki dalecy jesteśmy od rzeczywistego stanu rzeczy, rozpoznanie bowiem zatruć mięsem odbywa się w samej rzeczy niekiedy zupełnie przypadkowo i wiele takich sporadycznych przypadków, uważanych za zwykłą niestrawność, łatwo uchodzi wiadomości publicznej i choroby te wtedy dopiero bywają trafnie rozpoznane, kiedy przybiorą charakter nagminny. Z drugiej znowu strony często choroby, rozpoznawane jako dur brzuszny, niestrawność z gorączką, wreszcie w ostatnich czasach tak zw. paratyfus, nie są niczem innem, jak tylko zatruciami mięsem, przebiegającemi pod kliniczną postacią duru itd; to też o niektórych dawniejszych epidemiach, jak np. o epidemii w Chemnitz, Andelfingen, uważanych wówczas za epidemie duru brzusznego, obecnie wiemy, że były zatruciami mięsnemi.

Ta częstość takich zatruć była przyczyną twierdzenia niektórych autorów, że *bac. enteritidis* Gärtnera, lub też pokrewne z nim drobnoustroje stanowią swoistą przyczynę chorobotwórczą w zatruciach mięsem. Tak jednak nie jest, gdyż opisano przypadki, w których przyczyną choroby były niewątpliwie innego rodzaju drobnoustroje. I tak n. p. stwierdził Silberschmidt[13]) w jednej epidemii jako przyczynę prątka okrężnicy (*bac. coli com.*), odmieńca (*bac. proteus vulg.*), Wesenburg[14]) prątka z grupy odmieńca (*bac. proteus*), Hamburger[15]) nowy rodzaj prątka, któremu dał nazwę *bac. cellulaeformans*, Kuborn[16]) gronkowce żółte, Harrevelt[17]) dwoinki, Dineur, Hoefnagel[18]) prątka okrężnicy, posiadającego znaczne własności chorobotwórcze, Levy, Pfuhl, Schumburg odmieńce (*bac. proteus*) i w. i Te zatem przypadki możnaby uważać za osobną grupę a to tem bardziej, że zakażenie mięsa następowało tutaj zazwyczaj po zabiciu zwierzęcia, a zatem przez nieodpowiednie postępowanie z mięsem a nie jak w poprzedniej grupie,

[3]) Karliński: Zur Kenntnis des Bac. enteritidis Gärtn. Ctrbl. f. Bakt. VI. 889. II. 289.

[4]) Gaffky et Paak: Ein Beitrag zur Frage der sogen. Wurst- und Fleischvergiftungen. Arbeit. a. d. Kais. Gesundh. VI. 890. 159.

[5]) Van Ermengem: Recherches sur les empoisonnements par produits de la viande de veau à Moorseele. Travaux du lab. d'Hyg. et. de bact. de l'univ. de Gand. Bruxelles 1892. T. I. F. 3. 892.

[6]) Kaensche: Zur Kenntniss der Krankheitserreger bei Fleischvergiftung. Zeitsch. f. Hyg. u. Inf. XXII. 1896. 53. (Ob. też: Sitzungsber. des medic. Gesellsch. zu Breslau. October 1893).

[7]) B. Fischer: Zur Aetiologie der sogen. Fleischvergiftungen. Zeitsch. f. Hyg. u. Inf. XXXIX. 1902. 447. (Z innych prac tego autora w tym przedmiocie ob.: XXI Jahresber. über d. Med. Wesen im Kgrche Sachsen auf das J. 1889, 104. Deutsche med. Wochschr. 1893. Nr. 24. str. 575.

[8]) Günther: Bakteriologische Untersuchungen in einem Falle von Fleischvergiftung. Arch. f. Hyg. XXVIII. 1897. 146.

[9]) Holst: (epidemia otrucia mięsem w zakł. obłąkanych w Gaustadt). Norsk. Magaz. f. Laegevidensk. 1894. N. 9. (Referat w Zeitschrift f. Feisch. und Milchhygiene V. 232). — Poels et Dhont: (epidemia w Rotterdamie w roku 1892). Tijdschr. voor Veeartsenijkunde V 1892. (Ref. Zeitsch. f. Fl. u. Milch. V. 29. — Johne: Eine Fleischvergiftung in Bischofswerda. Bericht. üb. das Sächs. Wet. Wesen 1895. 58. (Sonderabdr.) — Ladendorf: Zur Kenntniss der sog. Fleischvergiftungen. Ctrbl. f. Bakt XXXIV. 1904. (Dissert. Rostock 1902).

[10]) Bollinger: Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten. München 1881.

[11]) Cyt. wyżej.

[12]) Statystykę z lat poprzednich, zebraną przez Bollingera i Siedamgrotzkyego, podaje Ostertag w „Handb. d. Fleischbeschau" wyd. VI, str. 620 uzupełniwszy ją przypadkami z lat ostatnich po r. 1902. Zresztą przypadki otruć pożywkami mięsnymi notuje skrzętnie czasopismo „Zeitsch. f. Fleisch- u. Milchhygiene".

[13]) Silberschmidt: Ein Beitrag zur Frage der sog. Fleischvergfg. Zeit. f Hyg. XXX. 1899. 328.

[14]) Wesenburg: Ein Beitrag zur Aetiologie der Fleischvergfg. Zeit. f. Hyg. XXVIII H. 3.

[15]) Hamburger: Zur Aetiologie der Fleischvgfgen. Zeitsch. f. Fl.- u. Milchhyg. VI. 1896. 186.

[16]) Kuhborn: Ueber eine Fleischvgfg. bedingt durch Staphyl. pyog. flavus. Allg. med. Ctrl. Ztg. 1894 94.

[17]) Harrevelt: Ein Diplococcus entdeckt bei einer Untersuchung des Fleisches (Hollend. Zeits. XXVIII. 17. — Refer.: Zeitschr. f. Fl.- u. Milchhyg. X. 15).

[18]) Hoefnagel: Vergiftung einer Familie durch Fleisch Holl. Zeitsch. XXVI. 350.

gdzie było ono z reguły skutkiem choroby zwierzęcia (chociaż niekiedy i w tamtych przypadkach zwierzę było chore). Tem też tłómaczyć się daje ta okoliczność, że w zatruciach tych nieraz tylko jedna, jedyna część mięsa bydlęcego była powodem schorzeń, natomiast reszta, inaczej przyrządzona lub przechowywana, była zupełnie nieszkodliwa. Ta grupa zatruć stanowi ze względu na chwilę, w której najczęściej następowało zakażenie mięsa, przejście do grupy trzeciej, której szczególniejszym rodzajem jest tak zw. zatrucie kiełbasiane (*botulismus*). W grupie tej chodzi o zepsucie się mięsa w ściślejszem tego słowa znaczeniu, a więc o rozkład tegoż przez szczególne bakterye gnilne. W ogólności rozkład gnilny mięsa w przeciwieństwie do dawnych zapatrywań nie jest tak dalece zdrowiu szkodliwym, znanem też jest upodobanie smakoszów do spożywania dziczyzny, silnie już się rozkładającej (*haut-gout*). Liczne też narody półucywilizowane lub dzikie z upodobaniem spożywają takie rozkładające się pokarmy i to nie jako środek, drażniący smak, używkę, ale wprost jako codzienny pokarm w znacznych nawet ilościach, jak n. p Grenlandczycy, Jakuci i niektóre inne szczepy syberyjskie zgniłe ryby, Indochińczycy i Polinezyjczycy ptactwo i niektóre płazy itd. Zaznaczyć jednak należy, że sprawa gnicia jest wogóle jeszcze zbyt zawiłą, a bakterye gnilne w swej rozmaitości zbyt mało znane, aby wniosek ten można uogólnić a najlepszym tego dowodem są właśnie przypadki tak zw. zatrucia kiełbasianego. W przypadkach tych chodzi o zatrucie pożywkami mięsnymi, których rozkład polega na działaniu swoistego prątka, należącego do grupy bakteryj gnilnych, a wyosobnionego i zbadanego przez van Ermengema. Jestto t. z. *bac. botulinus*, prątek, należący do bezwzględnych beztlenowców; wobec tej własności jego potrzeba pewnych szczególnych warunków, aby się w mięsie mógł rozmnożyć. Warunki sprzyjające rozmnażaniu się tych bakteryi i tworzeniu się w mięsie tak zw. alkaloidów gnilnych, z których wedle Koberta najważniejszą jest ptomatropina, są wedle Falka[19]) następujące:

1. użycie mięsa nieświeżego,
2. mieszanie siekanego mięsa z mózgiem, mlekiem, rodzynkami, bułką i t. p.,
3. wypełnianie taką mieszaniną bardzo grubych odcinków jelit, żołądka i t. p.,
4. niedostateczne uwędzenie.

Zatrucia kiełbasianego nie można ani ze względu na etyologię, ani też ze względu na swoiste zmiany w środkach żywności, ani też w końcu ze względu na znamienne objawy chorobowe omawiać i zestawiać z zatruciem mięsnem, wywołanem czy to przez mięso zakażone, czy też przez mięso rozkładające się; zatrucie kiełbasiane stanowi samo dla siebie zupełnie odrębną postać chorobową. Objawy zatrucia kiełbasianego są tak znamienne, że je łatwo rozpoznać można. Na objawy te składają się w pierwszym rzędzie zaburzenia nerwowe, przejawiające się przeważnie w zakresie mięśni, zaopatrywanych przez nerwy, wychodzące z mózgu (porażenie akomodacyi, rozszerzenie źrenic, opadnięcie powiek, podwójne widzenie, bezgłos, suchość błon śluzowych jamy ust i t. d.). Objawów żołądkowo-jelitowych zazwyczaj w zatruciu kiełbasianem zupełnie brak lub zjawiają się one tylko chwilowo, jak n. p. najczęściej w pierwszych dniach choroby zdarzające się zaparcie stolca i zatrzymanie moczu, ciepłota zazwyczaj nie podwyższona, przytomność utrzymana. Choroba trwa zazwyczaj krótko, kilka, najwyżej kilkanaście dni; śmiertelność dość wysoka, około 40%; w razie pomyślnym wyzdrawianie powolne, liczy się na tygodnie, a nawet miesiące.

Zatrucia takie dawniej daleko częstsze, aniżeli obecnie, zdarzały się w niektórych okolicach co pewien czas jako istotne epidemie dziesiątkujące ludność; z usunięciem przyczyny, którą były miejscowego, domowego wyrobu wędliny ludowe, niedostatecznie uwędzone i przez dłuższy czas przechowywane, stały się takie epidemie obecnie rzadsze; pierwszą zaś, na ścisłych spostrzeżeniach opartą pracę o zatruciu kiełbasianem zawdzięczamy poecie Justinusowi Kernerowi[20]).

Ze wszystkich powyżej nakreślonych rodzajów zatruć pokarmami mięsnymi najwięcej budzą zajęcia zatrucia pierwszego rodzaju, choćby z tego tylko względu, że mimo ścisłego obecnie nadzoru i uregulowanych przepisami oględzin bydła i mięsa zachorowania takie zdarzają się jeszcze stosunkowo dość często, przechodząc niekiedy w epidemie, obejmujące kilkadziesiąt i kilkaset przypadków. Niebezpieczeństwo jest tem większe, że mięso, które bywa powodem takich zatruć, posiadając wszelkie cechy i pozory mięsa prawidłowego, zdrowego, może być nawet przez sumiennych i wprawnych urzędników sanitarnych nie rozpoznane jako szkodliwe; to też okoliczność tłómaczy nam częstość epidemii, pociągających za sobą liczne ofiary.

Niektóre własności prątków, które w tego rodzaju otruciach mięsem miały znaczenie przyczynowe, a których przedstawicielem jest *bacil. enterit. Gärtn*, podałem już powyżej, inne pominąć muszę dlatego, że w drugiej części niniejszej rozprawki starałem się możliwie dokładnie podać własności jednego, do tej grupy należącego prątka, który stał się przyczyną epidemii we Lwowie. Natomiast uważam za stosowne skreślić w krótkości wyniki badań lat ostatnich, dążące do określenia stosunków i stanowiska, jakie w mowie będące drobnoustroje zajmują w świecie zewnętrznym. Usiłowania różnych autorów dotyczyły:

a) możności odróżnienia tych drobnoustrojów od innych podobnych, napotykanych w procesach gnilnych, lub zamieszkujących stale przewód pokarmowy ludzi i zwierząt, tudzież określenia ich wzajemnego stosunku;

b) ze względu na podobieństwo naszych drobnoustrojów do bakteryi, będących czynnikami pewnych chorób zwierzęcych, zmierzano do dokładnego określenia, które z tych chorób zwierzęcych czynią mięso do spożycia nieprzydatnem lub zgoła szkodliwem;

c) badano, o ile w mowie będące drobnoustroje są rozpowszechnione we wszechświecie, tudzież

d) czy prócz przez przewód pokarmowy t. j. przez spożycie zakażonego mięsa, nie mogłoby zakażenie nastąpić jeszcze inną drogą, wreszcie

e) zmierzano w badaniach do tego, aby z jednej strony zapobiedz takim zakażeniom na przyszłość, z drugiej strony wyszukać sposoby odróżnienia takich zatruć od innych chorób, przebiegających wśród podobnych objawów, jak n. p. zwykłych niestrawności, nieżytów żołądka i jelit itd.

Nie wszystkie niestety te usiłowania pomyślnym uwieńczone zostały skutkiem; jeżeli jednak na niektóre z tych zagadnień możemy obecnie stanowczą dać odpowiedź, zawdzięczać to należy zastosowaniu w ostatnich latach do takich badań rozpoznawania zapomocą surowicy (serodyagnostyka), w szczególności metody aglutynacyjnej, która dała wyniki wprost zdumiewające.

Durham, który pierwszy[21]) w badaniach zatruć mięsem zastosował metodę aglutynacyjną, stwierdził, że surowica chorych wskutek zatrucia mięsem posiada własności

[19]) Falck cytow. w Kobert'a: Lb. d. Intoxicationen.

[20]) Kerner J: Vergiftung durch verdorbene Würste. Tübing. Blätt. f. Naturwissensch. u. Arzneykunde. 1817. III. 1.; Neue Beobachtungen über die in Würtemberg so häufig vorfallen den tödtlichen Vergiftungen durch den Genuss geraucherter Würste. Tübing. 1820.

[21]) Z wypadków zatruć mięsem w Halton, Salfort, Surbiton etc.

zlepiające (aglutynujące) nietylko wobec prątków, wyosobnionych z wydzielin chorego, który dostarczył tej surowicy, oraz wobec prątków z innych chorych w tej samej epidemii, czyli krótko mówiąc wobec prątków homologicznych, lecz także i wobec drobnoustrojów, będących sprawcami innych epidemii zatruć mięsem, chociaż na takie drobnoustroje działa nierównie słabiej; surowica ta zlepiała, chociaż dopiero w dość znacznem zgęszczeniu, także i prątki duru brzusznego. Zdanie to potwierdzili de Nobele[22]), Hermann i van Ermengem, dowodząc, że różne odmiany drobnoustrojów, objętych wspólną nazwą *bac. enteritidis* zachowują się wobec czynnych surowic rozmaicie, największą zaś wartość aglutynacyjną okazuje surowica wobec drobnoustrojów homologicznych. Nadto zaś stwierdzili ci autorowie, że wszystkie drobnoustroje, objęte nazwą *bac. enteritidis*, dadzą się ująć ze względu na zjawisko aglutynacyi w dwie grupy; w celach rozpoznawczych, głównie też w przypadkach sądowo-lekarskich należy przeprowadzać aglutynacyę z dwoma rodzajami bakteryi, należących do dwu grup de Nobelego. Przedstawicielem pierwszej grupy tych drobnoustrojów jest *bac. enteritidis* Gärtnera, przedstawicielem drugiej prątek z epidemii w Aertryck. Z badań de Nobelego, Durhama i Fischera wynika również, że drobnoustroje zatruć mięsem są do pewnego stopnia pokrewne prątkom duru brzusznego, a w każdym razie, że stosunek między tymi dwoma gatunkami jest ściślejszy, aniżeli między pierwszymi a prątkiem okrężnicy (*bac. coli com.* Escherich), surowica bowiem, uzyskana przez szczepienie zwierzętom prątków okrężnicy, która 13 różnych szczepów tych bakteryi aglutynowała w rozczynie 1:3000, zlepiała prątki Gätrnera i inne zaledwie w rozczynie 1:20, i na odwrót wysokowartościowa (1:40,000) surowica szczepionych prątkami z Haustaedt i Rumpleth kóz zlepiała kilka (4) szczepów prątków okrężnicy również dopiero w rozcieńczeniu 1:10 (Fischer), gdy prawie równowartościowa (1:30,000) surowica durowa działała na prątki Gärtnera już w rozczynie 1:2000 (de Nobele-Durham). Wogóle zapomocą wysokowartościowych, sztucznie uzyskanych surowic aglutynujących zwierzęcych możemy odróżnić od siebie te trzy rodzaje prątków: t. j. prątki duru brzusznego, okrężnicy i prątki t. z. zatruć mięsem. Druga grupa de Nobelego pod względem postaciowym, oraz co do zachowania się na pożywkach i wobec surowic aglutynujących nie różni się zupełnie od prątka pomoru świń, znanego pod nazwą Hogcholery (*Bac. der Schweinepest*), nie ulega zatem wątpliwości, że między drugą przynajmniej grupą bakteryi zatruć mięsem a prątkiem pomoru świń, istnieć musi ściślejsze jakieś powinowactwo. Dokładniejsze określenie tego stosunku możliwem byłoby wtedy, gdyby przez pomór świń rozumiano etyologiczną jednostkę chorobową; tymczasem, jak tego dowiódł de Nobele, posługując się metodą aglutynacyjną, przez Hog-cholerę rozumieją autorowie choroby, wywołane przez różne rodzaje drobnoustrojów. Podobnie jak z Hog-cholerą ma się rzecz i z niektóremi chorobami zakaźnemi u zwierząt n. p. z posocznicą cieląt Thomassena, pewnemi postaciami nieżytu kiszkowego przyrody zakaźnej u cieląt (Malvoza) i innemi chorobami bydła, w których pojmowaniu i oznaczaniu panuje jeszcze wielkie zamieszanie: jedne z nich bowiem, istniejąc u różnych autorów pod rozmaitemi nazwami, jako choroby od siebie odrębne, stanowią właściwie ze względu na swą przyczynę jedną tylko chorobę, inne znowu, dotąd wspólną objęte nazwą, nie stanowią, jak się zdaje jednej choroby, lecz bywają wywołane przez różne drobnoustroje; wogóle jest to sprawa dotąd bardzo zawiła. To samo już tłómaczy nam do pewnego stopnia, dlaczego dotąd nie została rozstrzygniętą rola, jaką odgrywa w ustroju zwierzęcym prątek Gärtnera i jemu pokrewne, przyznać też należy, że sprawa ta możeby nawet dotychczas i wyjaśnioną została, gdyby się nią więcej zajmowano. Dotychczas bowiem nie mamy w tej sprawie innych badań, prócz ogłoszonych przez Basenaua i Porteta. Basenau[23]) badając mięso krowy, zabitej z konieczności w rzeźni miejskiej w Amsterdamie, znalazł w niem czystą prawie hodowlę drobnoustroju, posiadającego własności identyczne, jak się to później okazało, z własnościami bakteryi, należących do grupy *bac. enterid.* Prątek ten nazwał B *„bacillus morbificans bovis“*. Zresztą badał B.[24]) jeszcze kilka razy (6) mięso, skonfiskowane z powodu spraw posoczniczo-ropniczych, stwierdzonych za życia zwierząt; znalazł jednak tylko dwa razy podobne drobnoustroje, w innych stwierdził prątka okrężnicy; natomiast Portet w 38 próbach mięsa, pochodzącego z podobnie chorych zwierząt, nie znalazł ani razu podobnych bakteryi. Jak dotąd zatem rola, jaką drobnoustroje, podobne do *bac. enteritidis*, u zwierząt odgrywają, nie jest dobrze znaną. Kuhmann[25]) dzieląc się wynikiem badań bakteryologicznych Poelsa i Dhonta wypowiada zdanie, że chorobotwórczość drobnoustrojów tych dla bydła polega raczej na własnościach trujących (toksycznych), aniżeli zakaźnych (infekcyjnych). Sądzi on, że działają one u zwierząt tylko w ten sposób, że towarzysząc innym sprawom chorobowym, które osłabiają odporność zwierząt i uszkadzają ich sprawność życiową, jak n. p. zapalenie macicy, jelit i t. d., wywołują u nich wtórnie posocznicę, kończącą się zazwyczaj śmiercią. Własność szkodliwa mięsa ma się wzmagać, jeśli bakteryom tym towarzyszą inne, same przez się nieszkodliwe drobnoustroje. Należy przeto traktować z wielką ostrożnością mięso zwierząt chorych nawet na takie choroby, które zresztą nie nadają mu szkodliwych własności.

Co się tyczy rozpowszechnienia drobnoustrojów z grupy *bac. enterit. Gärtneri* w świecie zwierzęcym, to już Karliński[26]) podał, że spotykał je w stolcu ludzkim i w jelitach zdrowych kóz Gärtner opisując epidemię w Cotta (w r. 1889[27]) miał je spotkać także w gnijących zwłokach ludzkich i zwierzęcych; czy jednak były to rzeczywiście te, a nie inne drobnoustroje, nie można na pewno powiedzieć wobec późniejszych wyników badań van Ermengema, gdyż tak Gärtner, jak i Karliński, opisując te prątki, opierali się na cechach morfo- i biologicznych, uważanych podówczas za dostateczne do rozpoznania tych drobnoustrojów, a nie używali wcale metody aglutynacyjnej, która jedynie daje pewne wyniki. To też polegać należy raczej na zdaniu van Ermengema, który sądzi, że chociaż te prątki są dość rozpowszechnione w świecie zewnętrznym, to jednak nie można ich uważać za zwykłe bakterye gnilne, rozmnażające się w zwłokach, podlegających już zgniliźnie, mimo bowiem licznych badań nie udało mu się wykazać ich ani razu w gnijących zwłokach, stolcach ludzkich, rozkładających się pokarmach i t. p.

Nie ulega wątpliwości, że zakażenie tymi prątkami nastąpić może także i w inny sposób, nie tylko przez spożycie zakażonych pożywek mięsnych. Epidemie we Frankenhausen, Gent i in. dowodzą, że — podobnie, jak się rzecz ma z durem brzusznym — zakażenie może powstać przez obcowanie z osobami, które uległy już tej chorobie, dotykanie zakażonych przedmiotów, bielizny i t. p. Zakażenie tą drogą zdarza się prawdopodobnie częściej, niż to dochodzi do naszej wiadomości. Co się tyczy sposobów innych, n. p. przez wodę, mleko chorych krów i t. d., tego również wyłączyć nie można, ogłoszono nawet jeden przypadek tego rodzaju, który zdarzył się w pracowni Gaffkyego (w r. 1892): dwóch służących i asystent Gaffkyego zachorowało równocześnie po spożyciu mleka wśród tych samych

---

[22]) De Nobele: Le sérodiagnostic dans les affections gastrointestinales d'origine alimentaire. Deuxième mémoire. 1901.

[23]) Basenau: Ueber eine im Fleisch gefundene infectiöse Bakterie. Arch. f. Hygiene. XX. 1894. 242.

[24]) Basenau: Weitere Beiträge zur Geschichte der Fleischvergiftung. Arch. f. Hyg. XXXII. 1899. 219.

[25]) Kuhnau: Fleischvergiftung und Fleischbeschau. Cntrl. Zeit. Vet. Angelegh. 1897. Nr. 30.

[26]) Cyt. wyżej.

[27]) Refer. w Hyg. Rundschau. XVII. 1891. 716.

objawów ostrego nieżytu żołądka i jelit, gorączki, białkomoczu i t. d. Badanie bakteryologiczne wypróżnień wszystkich trzech osób, tudzież kału krowy, z której mleko to pochodziło, wykryło obecność drobnoustroju z grupy *bac. enteritidis* o wybitnych własnościach chorobotwórczych, wywiady zaś stwierdziły u krowy chorobę przewodu pokarmowego. W tym razie — jak to badanie wykazało — chodziło o przypadkowe zanieczyszczenie mleka przy dojeniu, mleko samo, t. j. gruczoł mleczny, nie zawierał zarazków; że jednak możliwem jest zakażenie mleka już w ustroju, dowodzą ściśle doświadczenia Basenaua nad ciężarnemi świnkami morskimi: urodzone płody tych zwierząt ginęły przez ssanie mleka, zakażonego już w gruczole matki.

Za możliwością zakażenia innemi drogami przemawiają również coraz częściej w ostatnich latach ogłaszane przypadki paratyfusu. Przez nazwę tę rozumiemy chorobę, przebiegającą wśród klinicznych objawów duru brzusznego, różniącą się jednak od duru tem, że surowica takich chorych nie daje wprawdzie odczynu Gruber-Widala, jednakże wyraźnie aglutynuje drobnoustroje homologiczne, t. j. wyosobnione z ustroju lub wydalin chorego, z którego pochodzi surowica, a nie różniące się od drobnoustrojów duru brzusznego.

Gwyn[28]) był pierwszym, który badając chorego z objawami duru brzusznego stwierdził, że surowica krwi tego chorego nie daje odczynu Widala, jednakże aglutynuje drobnoustroje wyosobnione z krwi tegoż pacyenta. Po ogłoszeniu tego spostrzeżenia zaczęły pojawiać się w piśmiennictwie i inne, opisywane przez różnych autorów i tak jak przed odkryciem prątka Eberth-Gaffkyego i stwierdzeniem jego znaczenia przyczynowego odróżniano rozmaite postacie duru, jak: *febris gastrica*, *febricula*, *typhoid*, *ileotyphus*, *typhus biliosus* etc., tak znowu obecnie po raz drugi jednostka chorobowa etyologiczna, znana pod nazwą duru brzusznego, została przez powyższe odkrycie co do swojej jednolitości poważnie zagrożoną.

Z licznych autorów, zajmujących się tą sprawą w Europie, — (pierwsi bowiem tą sprawą zajmowali się Amerykanie) — wymienić należy: Schottmüllera, Kurtha, Briona i Kaysera, de Feyfer i Kaysera, Hünermanna, Sterna, Durhama, Conradiego, Drigalskiego, Jürgensa, Hünsego, Trautmanna i wielu innych[29]). Schottmüller podzielił wyhodowane przez siebie w kilku przypadkach paratyfusu drobnoustroje na dwie grupy, czy też typy. Typ *b.* Schottmüllera ma cechy, tak zadziwiające podobne do cech drobnoustrojów z grupy *bac. enteritdiis*, że się jest niejako zmuszonym do przyjęcia pewnych ścisłych stosunków między tymi prątkami. Za przyjęciem takiego związku przemawiają nietylko podobne własności mikroskopowe i zachowanie się w hodowlach droonoustrojów paratyfusu (zwłaszcza grupy *b*) i prątków zatruć mięsem, co byłoby rzeczą podrzędną, ale także zachowanie się jednych i drugich w obec aglutynujących surowic. Trautmann[30]), stwierdziwszy ten stosunek, zauważa, że stosunek ten jest podobny do tego, jakie stwierdził Kruze[31]) co do grupy drobnoustrojów czerwonki rzekomej, to też nadaje on drobnoustrojom paratyfusowym i pochodzącym z zatruć mięsem wspólną nazwę *„bacillus paratyphosus“*. Twierdzi on, że tak samo, jak przed odkryciem i zbadaniem prątka duru brzusznego przez Eberth-Gaffkyego niektóre epidemie zatrucia mięsem (n. p. Andenfingen w r. 1839, Kloten 1878, Bremersdorf 1879, Würenlos 1880 etc.), znane z polemiki, którą wywołały, przez niektórych autorów uważane były za epidemie duru brzusznego, tak znowu obecnie niektóre przypadki paratyfusu nie są niczem innem, jak tylko zatruciami mięsnemi. W innej, późniejszej swej pracy idzie Trautmann[32]) jeszcze dalej, zaznaczając, że wedle jego zdania zatrucie mięsem jest nader ostrą, paratyfus zaś podostrą postacią jednej i tej samej (ze względu na etyologię) choroby zakaźnej i że istnieją liczne przejścia między jedną a drugą postacią. Różnica leżeć ma tylko w sposobie wylęgania się zakażenia w poszczególnych przypadkach: w paratyfusie przebiega ono wewnątrz ciała ludzkiego, w zatruciach mięsem zaś prawdopodobnie w ciele zwierzęcia. Spożycie mięsa, zawierającego obficie drobnoustroje i trujące wytwory ich przemiany materyi, wywołuje owe nagłe i groźne, bez okresu zwiastunów nastające objawy, tak znamienne dla takich zatruć mięsem. Czy rzecz ma się w istocie tak, jak ją sobie Trautmann przedstawia, nie da się udowodnić, przedewszystkiem dlatego, że nie ma u zwierząt choroby, któraby miała taki przebieg kliniczny, jak dur brzuszny u ludzi, a której przyczyną byłyby prątki Eberth-Gaffkyego; sztuczne bowiem zakażenie zwierząt tymi drobnoustrojami daje zupełnie inny kliniczny obraz. Wprawdzie Levy i Jakobsthal[33]) znaleźli raz u krowy (w ropniu wątroby) prątki, mające wszelkie cechy prątków Eberth-Gaffkyego i opierając się na tem, dowodzą, że tym sposobem wypełnili lukę, przeszkadzającą dotychczas stwierdzeniu związku pomiędzy zatruciami mięsem a durem brzusznym, to jednak spostrzeżenie to nie może stanowić jeszcze dowodu, najpierw z tego względu, że nie znamy przyczyny powstania tego zagadkowego ropnia w wątrobie u krowy, która nie okazywała zresztą żadnych innych objawów choroby, a powtóre dlatego, że jestto — przynajmniej dotychczas — jedyny przypadek stwierdzenia u zwierząt prątków duru brzusznego. W każdym jednak razie musimy przyjąć istnienie ścisłego, choć dotąd dokładniej określić się nie dającego związku pomiędzy zatruciami mięsnemi tej kategoryi, a durem brzusznym, względnie paratyfusem, a to ze względu na blizkie pokrewieństwo prątków, choroby te wywołujących. (C. d. n.)

[28]) John Hopk. Hosp. Bull. 1898. V. IV. 54.

[29]) Schottmüller: 1) Ueber eine, das Bild des Typhus bildende Erkrankung, hervorgerufen durch typhusähnliche Bacillen. Deut. med. Wochs. 1900. Nr. 32. — 2) Weitere Mittheilungen über mehrere.... (Paratyphus). Zeits. f. Hyg. u. Inf XXXVI H. 3 368.

Kurth: Eine typhusähnliche, durch einen bisher nicht beschriebenen Bacillus (Bac. bremensis febris gastr.) bedingte Erkrankung Deut. med. Wochs. 1901. 30, 31.

Brion i Kayser: Ueber eine Erkg. mit dem Befunde eines typhusähnlichen Bakteriums im Blute. Münch. med. Wochs 1902. Nr. 15.

De Feyfer i Kayser: Eine Endemie von Paratyphus. Münch. med. Wochs 1902.

Bruns i Kayser: Ueber die Verwendbarkeit des Agglutinationsphaenomens zur klin. Diagnose u. zur Identificierung von Bakterien der Typhus-Coli Gruppe (Paratyphus) Zeitschr. f. Hyg. 1903. XLIII 401.

Conradi, Drigalski, Jürgens: Ueber eine unter dem Bilde des Typhus verlaufende durch einen besonderen Erreger bedingte Epidemie. Zeit. f. Hyg. 1903. XLII. 141.

Jürgens: Beobachtungen über die Widal'sche Reaction u. die Mitagglutination der Typhoidbacillen. Z. f Hyg. 1903. XLIII. 372.

Hume: Thompson Yates Laboratories Liverpool. 1902. V. IV.

Hünermann: Z. f H. XL. 526.

Kayser: Das Wachsthum der zwischen Typhus Coli stehenden Spaltpilze auf Drigalski-Conradi'schen Nährboden. Cibl. f. Bakt. I Abth. 1902 (podana literatura).

Brion: Paratyphus Monografia w Leyden-Klemperera „Deutsche Klinik“ (historyczny rozwój tej choroby).

[30]) Trautmann: Der Bac. des Düsseldorfer Fleischvergiftung und der verwandten Bakterien der Paratyphusgruppe. Zeits. f. Hyg. u Inf. XLV. 1903. 139.

[31]) Dzieli on je na 5 grup, opierając się na wynikach badań aglutynacyjnych. Każda grupa jest nader blizko pokrewną grupie poprzedzającej i następującej. Zajmującą dla nas jest okoliczność że grupa c) jest bardzo bliską grupy b). Grupy te są następujące:

a) Grupa bac. enteritid: 1) bac. ent. Gärt. (Frankeich). 2) bac. Moorseel. (v. Erm.). 3) bac. Haust. (Fischer). 4) bac. Hamburg (Abel).

b) Grupa Breslaviensis: 1) bac. breslav. (Kaensche). 2) bac. posen. (Gärth.). 3) bac. Düsseldorf (Trautm.). 4) bac. Giessen (bac. casedylicus Lochmann).

c) Grupa Hamburgensis — paratyph. typ. B: 1) Schottmüller (przyp. Seemann). 2) Kurth (bac. brem. febr. gastr.). 3) Hünermann (Saarbrücken-Koblencya). 4) Conradi-Drigalski-Jürgens (Saarbrucken).

d) Grupa Strassburgensis: 1) Schottmüller (Hamburg). 2) Brion i Kayser (Strassburg).

e) Grupa bacillus morbificans bovis (Basenau).

[32]) Trautmann: Wie verhalten sich die klinischen Affektionen Fleischvergiftung und Paratyphus zu einander? Zeitsch. f. Hyg. u. Inf. XLVI 68.

[33]) Levy i Jakobsthal: Fleischvergiftung und Typhus. Arch. f. Hyg. XLIV. 1902. 113.

II. Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu lwowskiego pod kierownictwem prof. dr. Prusa.

O stosunkach między parciem naczyniowem, a składem krwi.

Podał

Dr. Teofil Hołobut,
asystent Zakładu.

(Dokończenie.)

Z doświadczeń tych widzimy, że liczba ciałek czerwonych przy podwyższeniu parcia zapomocą strychniny nietylko nie ulega powiększeniu, lecz nawet zmniejsza się i to nieraz bardzo wybitnie. Spadek liczby ciałek czerwonych podczas podwyższonego parcia krwi wskutek strychniny, jest tu tak znaczny, szczególnie w VI i VII doświadczeniu, (w VIII doświadczeniu są wogóle małe wahania w liczbie ciałek czerwonych, choć i tu spadek liczby ciałek czerwonych jest wyraźnie zaznaczony), że nie możemy żadnym sposobem uważać go za rzecz przypadkową tylko, albo zależną od wahań, jakie nawet samoistnie zdarzać się mogą.

Dość porównać tylko liczby c. czerwonych 6.371.400 lub też 7.400.000 przy ciśnieniu 14 cm. słupa rtęci z liczbą 5.071.000, otrzymaną po wstrzyknięciu strychniny i ciśnieniu, podwyższonem do 17·2 cm. sł. rtęci; albo też liczbę 7.666.000 przy ciśnieniu 14.4 cm. sł. rt. z liczbą 5.621.000 przy ciśnieniu 16.1 cm. sł. rt. po wstrzyknięciu strychniny, aby przyjść do przekonania, że tutaj nastało rzeczywiście zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych w jednej jednostce objętościowej mimo wzmożenia się parcia krwi pod wpływem strychniny.

W doświadczeniach powyższych liczba ciałek czerwonych zmniejszała się nieco z każdym następnym upustem krwi. Zachodzić więc mogło pytanie, czy ten spadek liczby ciałek nie był wprost następstwem ubytku ciałek czerwonych we krwi wskutek upustów. Jednakże kiedyśmy w doświadczeniach ze strychniną zastosowali czynniki mechaniczne, jak: drażnienie łapki prądem faradycznym, ucisk brzucha lub głaskanie powłok brzusznych, a wskutek działań tych parcie, już obniżające się, powtórnie poszło w górę, to odpowiednio do wyników doświadczenia III i w przeciwieństwie do stanu krwi w pierwszych chwilach działania strychniny, liczba ciałek bynajmniej nie spadała, ale przeciwnie szła w górę a, — jak podkreślić należy — działo to się już po kilku upustach krwi, a nawet podczas ostatniego upustu krwi.

Wobec tego możemy wnosić, że stale pojawiający się spadek liczby ciałek czerwonych przy wzmożeniu parcia przez strychninę stoi w bezpośrednim związku z tą zmianą parcia, a nie z upustami krwi.

W doświadczeniu IX i X wstrzykiwano strychninę pod skórę. Krew upuszczano w długi czas po wstrzyknięciu strychniny czekając, aż parcie się podniesie. Mimo to, jak widać z protokołów, brano krew do badania w tym okresie, gdy ciśnienie nie było już podwyższonem, lecz obniżonem w stosunku do ciśnienia, jakie było przed wstrzyknięciem strychniny. W przypadkach tych mamy w jednym lekkie wzmożenie się liczby ciałek czerwonych, w drugim pewne obniżenie w stosunku do liczby ciałek, jakie otrzymano przed wstrzyknięciem strychniny. Cyfra obniżenia ciałek czerwonych jest tu zresztą najniższą ze wszystkich pięciu obliczeń w danem doświadczeniu.

Na tem miejscu wspomnieć musimy o doświadczeniach Formaneka i Haškoveca ze strychniną i pilokarpiną. Wyniki ich badań stoją o tyle w sprzeczności z naszymi wynikami, że autorowie ci po obu tych środkach spostrzegali wzmożenie się liczby ciałek czerwonych. Zachodzi jednak zasadnicza różnica w dawkowaniu obu tych środków w naszych i w ich doświadczeniach. Formanek i Haškovec używali dawek dużych, trujących. Przy strychninie badali krew i liczyli ciałka czerwone podczas silnych kurczów tężcowych; przy pilokarpinie zaś liczyli ciałka czerwone w 20 minut do 1 godziny od chwili wystąpienia wymiotów, biegunek, ślinotoku. Myśmy zaś w dawkowaniu tak strychiny, jak nikotyny, adrenaliny i pilokarpiny trzymali się zasady podawania dawek takich, które, mając wybitny wpływ na parcie krwi, nie wywoływały jednak jeszcze objawów zatrucia w postaci drgawek, duszności, biegunek etc

Nawiasem wspomnieć musimy, że wzmożenie się liczby ciałek czerwonych przy strychninie tłómaczą autorowie owi zagęszczeniem krwi, następującem podczas kurczów, a które powstaje w ten sposób, że podczas kurczów następuje silne przesiąkanie cieczy z krwi do tkanek, skutkiem czego krew się zagęszcza. Podobny stan wywołać można, jak przypuszczają Formanek i Haškovec, także i przez zatrucie pilokarpiną.

Doświadczenia z adrenaliną.

Doświadczenie XI.

Królik wagi 2750 gr., szary. O godz. 11 m. 22 wstrzyknięto do żyły szyjnej $^1/_4$ strzykawki Pravatza rozczynu adrenaliny 1:10.000.

upust	godz. upustu	ciśnienie	liczba c. czer.	s. s. krwi	osad ciałek	s. s. osocza
I	11 g. 04′	14·8 cm.	8.050.000	20·96%	74·2%	731%
II	11 g. 11′	16.6 cm. (ucisk powłok brzucha)	8 621.400	20·64%	70 6%	7·20%
III	11 g. 23′	20·8 cm. (adrenalina)	6.743.000	20·08%	75·7%	6 91%
IV	11 g. 45′	13 cm.	9.064 300	19 21%	59·4%	6·69%
V	11 g. 48′	18 cm. (podwyższone samoistnie)	7.814.300	19·36%	62·1%	6·80%

Doświadczenie XII.

Królik wagi 2600 gr, biały. O godzinie 10 m. 14 wstrzyknięto do żyły szyjnej $^1/_4$ strzykawki Pravatza rozczynu 1:10.000 *adrenalinum hydrochloricum:*

I	10 g. 03′	12 4 cm.	6.085.700	18 51%	63 6%	6·88%
II	10 g. 08′	15·8 cm. (ucisk powłok brzusznych)	6.757.100	18·88%	44·4%	6 91%
III	10 g. 15′	20·4 cm. (adrenalina)	6.021.400	18·14%	65·7%	7·00%
IV	10 g. 28′	10·2 cm.	7.050.000	17·72%	43·7%	7 09%
V	11 g. 05	11·2 cm.	5.028.500	16·14%	40·0%	6·73%

Doświadczenie XIII.

Królik wagi 2400 gr biały. O godzinie 12 m. 06 wstrzyknięto do żyły szyjnej $^1/_2$ strzykawki Pravatza, a o godz. 12 m. 42 s. 13 $^1/_4$ strzykawki Pravatza *adrenalini hydrochlor.* rozczynu 1:10000:

upust	godz. upustu	ciśnienie	liczba ciał czerw.	sucha subst. krwi	s. subst. osocza
I	12 g. 02′	14 cm.	6.350.000	18.41%	6·92%
II	12 g. 07′	20·6 cm. (adrenalina)	5.121.400	18·08%	6·76%
III	12 g. 18′	8·8 cm.	6.171.400	17·57%	6·66%
IV	12 g 33′	10 8 cm. (ucisk powłok brzucha)	5.778 500	16·91%	6·13%
V	12 g. 42′30′	16·8 cm. (adrenalina)	5.400.000	16·87%	—

Po wstrzyknięciu adrenaliny i podwyższeniu i to bardzo nacznem parcia krwi widzimy znowu takie samo zjawisko, jak przy strychninie t. j. zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych w jednej jednostce objętościowej. W doświadczeniach XI i XIII liczba ciałek, otrzymana po wstrzyknięciu adrenaliny i bardzo wysokiem podwyższeniu parcia krwi, jest najmniejszą liczbą, jaką otrzymaliśmy przy porównaniu z wszystkiemi pięcioma określeniami, wykonanemi w każdem doświadczeniu z osobna; w doświadczeniu XII jest ona również najniższą z pomiędzy 4-ch pierwszych określeń ciałek w temże doświadczeniu, a niższą od niej jest tylko liczba ciałek czerwonych przy ostatnim upuście, gdzie jednakowoż, — cośmy zresztą już na początku pracy zaznaczyli i przyjęli jako możliwe we wszystkich doświadczęniach, — może już powstać rozwodnienie krwi.

Podwyższenie parcia po wstrzyknięciu adrenaliny, jakkolwiek bardzo znaczne, trwa jednak — jak wiadomo — zwykle krótko, poczem następuje okres silnego obniżenia parcia. To samo spostrzegaliśmy i w naszych doświadczeniach, ale przy tem rzecz nader ciekawą: liczba ciałek czerwonych wbrew wszelkim oczekiwaniom nie tylko nie spadała, ale przeciwnie szła w górę tak, że mieliśmy wtedy najwyższe liczby ciałek czerwonych, jakie wogóle w doświadczeniach naszych z adrenaliną spostrzegaliśmy. Oto przykłady: W doświadczeniu XI ciśnieniu 20·8 cm. sł. rtęci po wstrzyknięciu adrenaliny odpowiada liczba ciałek 6.743.000, najniższa w danem doświadczeniu, a ciśnieniu, wnet potem obniżonemu do 13 cm. sł. rt., odpowiada liczba ciałek czerwonych 9.064.300, a więc najwyższa, jaką w danem doświadczeniu spostrzegaliśmy. Podobnie w doświadczeniu XIII. Po wstrzyknięciu adrenaliny dwukrotnem raz liczba ciałek czerwonych wynosi 5.121.400, przy ciśnieniu 20·6 cm. sł. rt., drugi raz 5.400.000 przy ciśn 16·8 cm. sł. rt.; obie liczby najniższe w tem doświadczeniu. Ciśnieniu zaś 8·8 cm., które wystąpiło w pewien czas po pierwszem wstrzyknięciu adrenaliny, odpowiada liczba ciałek prawie najwyższa, to jest 6.171.000; podobnie w doświadczeniu XII. Z doświadczeń z adrenaliną podkreślimy wreszcie ciekawy fakt, że wbrew temu, cośmy spostrzegali przy strychninie (d. VII) podniesienie parcia przy pośrednictwie czynników mechanicznych (p. dośw. XIII) bynajmniej nie wiedzie tu do wzmożenia się liczby ciałek czerwonych.

Doświadczenia z nikotyną.

Doświadczenie XIV.

Krolik 2200 gr. 0 godz. 10 m. 35 wstrzyknięto do żyły szyjnej $1^1/_2$ strzykawki Prawatza rozczynu *nicotini puri* 0,3: 1000:

	godz. upustu	ciśnienie	liczba ciałek czerw.	sucha subst. krwi	s. s. osocza
I	10 g. 04′	11·4 cm.	6.164.300	17·81%	7·33%
II	10 g. 09′	11·4 cm.	6 426.400	17·64%	6·89%
III	10 g. 22′	17·6 cm. (ucisk powłok brzusznych)	6.700.000	16·95%	6·99%
IV	10 g. 35′12″	16 cm. (nikotyna)	5.671.400	16·31%	6·63%
V	10 g. 40′	10·2 cm.	4.607.000	16·35%	6·61%

Doświadczenie XV.

Królik wagi 2250 szary. 0 godz. 10 m. 39 wstrzyknięto do żyły szyjnej $^3/_4$ strzykawki Pravatza rozczynu 0,3:1000 *nicotini puri:*

	godz. upustu	ciśnienie	l. ciał. c.	s. s. krwi	s. s. osocza	osad ciałek
I	10 g. 05′	18·6 cm.	8.614.300	20·95%	7·51%	61·2%
II	10 g. 10′	17·2 cm.	7.971.400	20·64%	7·41%	68·7%
III	10 g. 30′	13·8 (obniżone samoistnie)	6.030 000	19·69%	7·10%	65·6%
IV	10 g. 41′	12·6 (po nikotynie)	6.685.000	19·01%	6·93%	65·6%
V	10 g. 55′	15 cm. (ucisk na powłoki brzucha)	7.550.000	19·26%	7·00%	72·0%

Doświadczenia z nikotyną nie dały jednolitych wyników. Raz mamy zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych, drugi raz zwiększenie.

W doświadczeniu, w którem było zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych po nikotynie, krew do badania brano rzeczywiście w okresie podwyższenia parcia po wstrzyknięciu nikotyny. W doświadczeniu, gdzie po wstrzyknięciu nikotyny nastąpiło zwiększenie się liczby ciałek czerwonych, tam, jak z protokołu przekonać się możemy, krew badaliśmy nie w okresie podwyższenia parcia, ale w okresie następowym. t. j. tym, w którym nastąpiło obniżenie się parcia krwi.

Ponieważ mimo obniżenia się parcia po nikotynie liczba ciałek czerwonych zwiększyła się, podobnie jak przy obniżeniu parcia po adrenalinie, to możemy i tu z pewnem prawdopodobieństwem wnosić, że działanie nikotyny nie różni się od takiegoż działania adrenaliny i strychniny i mimo podwyższenia parcia krwi wywołać może obniżenie się liczby ciałek czerwonych.

Doświadczenie z pilokarpiną.

Doświadczenie XVI.

Królik wagi 3150 gr. szary 0 godz. 5 m. 26 s. 28 wstrzyknięto do żyły szyjnej $^1/_2$ strzykawki Pravatza rozczynu 1:100 *pilocarp. hydrochloricum:*

	godz. upustu	ciśnienie	liczba ciałek czerw.	s. s. krwi	s. s. osocza	osad ciałek
I	5 g. 03′	13·8 cm.	6.364.300	17·31%	7·50%	36%
II	5 g. 09′	14·6 cm.	6.414.300	16·67%	7·46%	37%
III	5 g. 27′	4·8 cm. (pilocarp.)	4.250.000	14·93%	6·92%	32%
IV	5 g. 32′	8·2 cm.	5 257.100	14·97%	7·24%	33·3%
V	5 g. 49′	8·2 cm.	4 943.000	15·00%	7·27%	36%

Z obniżeniem parcia krwi po pilokarpinie, i to bardzo znacznem, widzimy również zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych, co wśród naszych spostrzeżeń jest prawie jedynym przykładem tego rodzaju.

Z przytoczonych doświadczeń możemy wysnuć wniosek, że poglądowi współczesnemu, iż wraz z podwyższeniem parcia krwi wzmaga się, a z obniżeniem parcia zmniejsza się liczba ciałek czerwonych, bynajmniej nie odpowiada żadne zjawisko stałe i powszechne.

W doświadczeniach naszych prawdziwem to okazało się względem podwyższenia parcia przy pomocy odczynników mechanicznych, albo względem tego podwyższenia parcia, które u zwierzęcia zwiększało się samoistnie. Zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych widzieliśmy po przecięciu rdzenia kręgowego, po pilokarpinie, po azotynie amylowym, gdy ciśnienie opadało; lecz podwyższenie parcia przez strychninę, adrenalinę, może i nikotynę, szło w parze ze zmniejszeniem się liczby ciałek czerwonych.

Chodzi teraz o sposób powstawania tych wahań. Tłomaczenie Landoisa i Grawitza, że podwyższenie się parcia krwi wiedzie do przepacania cieczy (wzgl. surowicy) z naczyń krwionośnych do tkanek, a stąd do wzmożenia się

liczby ciałek czerwonych w jednej jednostce objętościowej, każde zaś obniżenie parcia wiedzie do dostawania się cieczy z tkanek do naczyń krwionośnych, a tem samem do rozrzedzenia krwi, czyli do zmniejszenia się liczby ciałek czerwonych w jednej jednostce objętościowej, nadawaćby się mogło do tego szeregu spostrzeżeń, gdzie przy podwyższeniu parcia wzmaga się liczba ciałek czerwonych. To jednak, co nastąpiło w naszych doświadczeniach, nie da się zupełnie wytłómaczyć objaśnieniem powyższem.

Co do tego, jakie sprawy istotnie zachodzą, jakim jest istotny mechanizm powstawania wahań liczby ciałek czerwonych wskutek wpływów naczynioruchowych, nader cenne wskazówki w tych doświadczeniach dały nam spostrzeżenia nad sedymentacyą.

W tym celu odważano dokładnie pewną ilość szczawianu sodowego (*natrium oxalicum in substantia*) i wsypywano go do jednakowej wielkości cylinderków szklanych 5-gramowych, do których dodawano następnie po 3 ctm.³ krwi, zebranej przy każdym upuście do parowniczek. Po dokładnem zmieszaniu krwi ze szczawianem sodowym ustawiano cylinderki w miejscu chłodnem, a po 24—48 godzinach, gdy wzajemne stosunki objętościowe surowicy i osadu czerwonego już się nie zmieniały, zapisywano dokładnie odsetkowo ilość osadu. W pewnej liczbie przypadków, mianowicie w tych, gdzie brano szczawian sodu w ilości 0,1—0,2% (t. j. tak jak przy krwi ludzkiej) sedymentacya się nie udała, bo krew zawierała skrzepy; ale parę razy mimo dodania do krwi szczawianu sodowego w ilości 0·5%, a nawet 0·67%, krew także częściowo krzepła, a pozostawała płynną dopiero po dodaniu szczawianu w ilości 0·83% [1]). Wyniki naszych spostrzeżeń sedymentacyjnych są istotnie zdumiewające. Zarówno w doświadczeniach ze strychniną, jak z adrenaliną, czynnikami mechanicznymi i t. d., przy wahaniach parcia krwi w uderzający sposób wielokrotnie wystąpiło zjawisko, że wbrew wszelkim przewidywaniom, rzec można, wbrew zwykłemu logicznemu oczekiwaniu, u jednego i tego samego zwierzęcia z większej liczby ciałek tworzył się mniejszy, z mniejszej zaś większy osad.

Oto przykłady:

Doświadczenie z adrenaliną I.:

ciśnienie	14·8 cm.	liczba ciałek	8.050.000	osad	74·2%
„ podwyż. mech.	16·6 cm.	„ „	8.621.000	„	70·6%
„ „ po adren.	20 cm.	„ „	6.743.000	„	75%
„	13 cm.	„ „	9.064.300	„	59%

Doświadczenie z adrenaliną II.:

ciśnienie	12·4 cm	liczba ciałek	6.685.700	osad	63·6%
„ podwyż. mech.	15·8 cm.	„ „	6.757.100	„	44%
„ „ po adren.	20·4 cm.	„ „	6.021.400	„	65·7%
„	10·2 cm.	„ „	7.050.000	„	43·7%

W doświadczeniu ze strychniną:

ciśnienie	18·4 cm.	liczba ciałek	4.530.000	osad	35·5%
„ podwyż. mech.	20 cm.	„ „	4.971.000	„	29%

We wszystkich tych przykładach widzimy przy zwiększeniu się liczby ciałek czerwonych mniejszy, przy zmniejszeniu zaś liczby ciałek czerwonych większy ich osad.

[1]) Rzecz nader ciekawa, że kiedy w maju kol. Robert Quest zajął się sprawą stosunku ilości szczawianu do ilości wapna we krwi, krew królicza nie krzepła nawet przy tak małych ilościach szczawianu sodowego, jak 0·15%. Doświadczenia nasze były robione zimą.

Niektóre wyniki pozornie przeczą powyższym faktom, bo u jednego i tego samego zwierzęcia z mniejszej liczby otrzymaliśmy liczbowo mniejszy, z większej większy osad: Naprzykład:

W doświadczeniu ze strychniną:

ciśnienie	18·6 cm	liczba ciałek	6.030.000	osad	47%
„	16·6 cm.	„ „	5.435.000	„	44%
„ podwyż. po adr.	18·8 cm.	„ „	5.000.000	„	44%

W doświadczeniu z pilokarpiną:

ciśnienie	13·8 cm.	liczba ciałek	6.364.300	osad	36%
„ obniż. po pilok.	4 cm.	„ „	4.250.000	„	32%
„	8·2 cm.	„ „	5.257.100	„	33·3%

Jeżeli jednak w tych spostrzeżeniach, biorąc za punkt wyjścia pierwsze określenie ciałek czerwonych i pierwszą daną sedymentacyjną, obliczymy, ile stosownie do tych danych przy następnych zwiększeniach lub zmniejszeniach się liczby ciałek powinno wypaść osadu, to i w tych pozornie przeczących przypadkach wypadnie, że ze zmniejszeniem się liczby ciałek utworzyło się stosunkowo więcej osadu, a ze zwiększeniem liczby ciałek stosunkowo znacznie mniej, niżby go powinno było się wytworzyć. I tak:

W doświadczeniu ze strychniną, jeżeli wynosi

w I	upuście krwi liczba ciałek	6.030.000,	a osadu	47%,	to osadu	
w II	„ „ przy licz. ciał.	5.435.000	powinno być	42%,	a jest	44%
w III	„ „ „ „ „	5.000.000	„ „	39%	„ „	44%

W doświadczeniu z pilokarpiną, jeśli wynosi

w I	upuście krwi liczba ciałek	6.364.300,	a osadu	36%,	to osadu	
w II	„ „ przy l. ciałek	4.250.000	powinno być	24%,	a jest	32%
w III	„ „ „ „ „	5.257.100	„ „	29·7%	„ „	33·3%

W doświadczeniu z nikotyną, jeśli wynosi

w I	upuście krwi liczba ciałek	8.614.300,	a osadu	61·2%,	to osadu	
w II	„ „ przy liczbie „	7.971.400	powin. być	56·6%	a jest	68·7%
w III	„ „ „ „	6.030.000	„ „	42·8%	„ „	65·6%
w IV	„ „ „ „	6.685.000	„ „	47·4%	„ „	65·6%
w V	„ „ „ „	7.550.000	„ „	53·8%	„ „	72%

W jaki sposób wytłómaczyć sobie dziwne te zjawiska? Jeżeli mniejsza liczba ciałek czerwonych wytwarza większy, a większa mniejszy osad, to stać się to może, — wniosek wprost oczywisty, — tylko przy warunku różnej objętości (wielkości) pojedynczych ciałek, t. j., iż objętość każdego pojedynczego ciałka przy zmniejszonej liczbie ciałek jest średnio większa, a przy zwiększonej średnio mniejsza. Objaśnieniu takiemu nic nie stoi na przeszkodzie, jeśli uważać krew za mechaniczną zawiesinę osocza i ciałek — i jednocześnie sedymentacyę za zwykły mechaniczny osad niezmienionych ciałek. Natomiast stosunki się nieco wikłają wobec teoryi, uznającej bezpośredni związek osocza i ciałek czerwonych, czyli sedymentacyę więcej za wydzielanie osocza z ciałek czerwonych, niż za proces mechaniczny. Przy tym poglądzie osad sedymentacyjny składa się z tworów w krwi krążącej (krwi żywej) właściwie nie istniejących, — są tu bowiem ciałka, pozbawione osocza, — które mogą być i — jak dowodzi badanie mikroskopowe osadu, — istotnie bywają różnej wielkości stosownie do ilości wydzielonego osocza. Wobec takiego stanu rzeczy trudno z wielkości ciałek osadu wnosić o analogicznych wahaniach wielkości ciałek krwi krążącej: rzeczywiście przy badaniu patologicznych gatunków krwi ludzkiej, przy jednakowych wymiarach i pozornie jednakowej wielkości ciałek na suchych preparatach spostrzega się nieraz różnej wielkości osady sedymentacyjne i różnej wielkości ciałka w tych osadach.

Jednakże i przy teoryi bezpośredniego związku osocza i ciałek czerwonych *per exclusionem* pozostaje objaśnienie, iż podstawowym czynnikiem wahań liczby ciałek czerwonych przy wahaniach parcia są li tylko wahania objętości ciałek w krwi krążącej. Mianowicie zwróćmy uwagę w naszych spostrzeżeniach sedymentacyjnych nie na wielkości osadów, ale na ilości osocza; okazuje się, że prawidłowo przy mniejszej liczbie ciałek w 1 mlm.³ (a większych osadach) mamy i mniej osocza, przy większej zaś liczbie ciałek (a mniejszych osadach) — i więcej osocza. Tymczasem przecież według współczesnych tłómaczeń wahań liczby krążków wskutek wahań parcia, powinno być wprost odwrotnie! przecież zmniejszona liczba ciałek może zależeć od „rozwodnienia“ krwi, a zwiększona od jej „zgęszczenia“, t. j. od zwiększenia i zmniejszenia się ilości osocza.

Innemi słowy musimy dojść do wniosku, że w sprawie wahania liczby ciałek (w jednej jednostce objętościowej) wskutek wahań parcia naczyniowego czynnikiem głównym nie są bynajmniej wahania ilości osocza wskutek zmniejszonej lub zwiększonej ilości przesięku z naczyń, jak to obecnie powszechnie przyjęto, ale wahania samej objętości (wielkości) ciałek czerwonych, t. j. zmniejszenie średnicy wielkości, będące warunkiem zwiększenia się liczby ciałek w jednostce objętościowej i zwiększenie średniej przeciętnej wielkości, będące warunkiem zmniejszenia się liczby ciałek w jednostce objętościowej.

Wniosku tego nie próbowaliśmy nawet potwierdzać przez bezpośrednie określenie wymiarów ciałek na suchych preparatach. Jak wiadomo, tylko dwie różnice wymiaru poprzecznego ciałek (przy badaniu mikrometrycznem) mogą wskazywać na wahania objętości ciałka; ponieważ zaś przy wahaniach ciałek wskutek wahań parcia mogą zachodzić stosunkowo już niewielkie wahania objętości ciałek (jak wypada *a posteriori* z różnic liczby ciałek), to naturalnie nie spodziewaliśmy się otrzymać w tym względzie dowodnych danych przez określanie wymiarów poprzecznych. Jednakże przy liczeniu ciałek w 3% roztworze soli kuchennej uderzały nas wielokrotnie „na oko“ ich niewątpliwie większe wymiary przy zmniejszonej, a mniejsze przy zwiększonej ich liczbie w 1 mlm.³.

Skąd jednakże zjawiają się wahania średniej objętości ciałek — wahania, podkreślmy, — odbywające się szybko, wprost w jednej chwili? Zarówno istnienie tego rodzaju zjawiska, jak i jego powstawanie, zrozumiałe są właściwie jedynie, jeżeli przyjmiemy bezpośredni związek osocza i ciałek czerwonych.

Szybko odbywające się zwiększenie i zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych, jako pierwocin anatomicznych, musi przecież odbywać się przy pomocy pewnej „materyi“: a więc średnie zwiększenie objętości ciałka jest to jego „obrzmienie“ wskutek zmniejszonego wydzielania osocza, *respective* jakoby wtłaczanie wolnego osocza do ciałek; jego zmniejszenie — jest to następstwo zwiększonego wydzielania osocza z ciałka czerwonego, *respective* zmniejszenie wessania ilości osocza. Pozostaje nierozstrzygniętem pytanie, dlaczego przy wzmożonem parciu wskutek czynników mechanicznych (*resp.* z „przyczyn wewnętrznych“) mamy zwiększenie się liczby ciałek czerwonych w 1 mm.³, czyli zmniejszenie się średniej objętości ciałka, czyli zwiększenie wysiękania z ciałka i dróg naczyniowych, a dlaczego przy wzmożeniu parcia wskutek strychniny, adrenaliny itd. mamy zmniejszenie liczby ciałek, czyli zwiększenie średniej objętości ciałka, czyli zmniejszenie się wydzielania osocza z ciałek i z dróg naczyniowych.

W ostatnim przypadku wygląda rzecz na to, że takie jady, jak strychnina, czy adrenalina, wzmagając parcie, jakby porażały zdolność wydzielniczą zarówno ciałek, jak śródbłonków.

Nie możemy nie uczynić jeszcze uwagi, że omówiony mechanizm powstawania wahań ciałek czerwonych wskutek wahań parcia naczyniowego, właściwie ma wartość dla krwi, pozostającej „normalną“, t j. zachowującej skład swój pierwotny wśród wahań parcia. Jeżeli wskutek dalszych zabiegów ubywa ciałek czerwonych we krwi, to naturalnie zmniejszenie osadu krwi pochodzić może i ze zmniejszenia się liczby ciałek. Rzeczywiście np. w doświadczeniu XII (adrenalina) przy piątym upuście krwi mamy wraz ze zmniejszeniem liczby ciałek czerwonych i zmniejszenie osadu, bo mamy liczbę ciałek czerw. 5,028.500 i osadu 40 0%, chociaż według obliczenia powinno go być przy takiej liczbie ciałek czerwonych 52 5%.

Co się tyczy suchej substancyi krwi i osocza, to tu widzimy wprawdzie pewne wahania, jednak wahania te są wogóle nieznaczne. Najważniejsze, że odsetka suchej substancyi krwi nie szła zazwyczaj w parze ze zwiększeniem lub zmniejszeniem ciałek czerwonych; przeciwnie równoległości wcale tu właściwie nie widzimy, w przebiegu doświadczenia nastaje raczej powolne, choć niezbyt duże opadanie odsetki suchej substancyi.

Ponieważ sucha substancya ciałek czerwonych zawiera mniej wody, niż krew całkowita, więc wraz ze spadkiem liczby ciałek czerwonych powinnibyśmy oczekiwać spadku suchej substancyi — większej odsetki wody, — ze zwiększeniem się liczby ciałek czerwonych wzmożenia się suchej substancyi — zmniejszenia się odsetki wody. Tymczasem w naszych doświadczeniach często większej liczbie ciałek czerwonych odpowiada mniejsza odsetka suchej substancyi i na odwrót mniejszej, większa odsetka. Przytem wahania suchej substancyi krwi nie przekraczają zwykle 2% różnicy między liczbą najniższą a najwyższą, otrzymaną w danem doświadczeniu. Niekiedy różnica ta jest znacznie mniejsza, bo nie przenosi lub nieznacznie tylko przekracza 0·5%. Oto kilka przykładów.

W doświadczeniu II:

I upust	liczba	ciałek	czerw.	5,307.100	sucha	subst	krwi	17·81%
II	„	„	„	2,170.000	„	„	„	18 24 „
III	„	„	„	nieoznaczono	„	„	„	18 01 „
IV	„	„	„	5,690.000	„	„	„	17·18 „

Sucha substancya waha się w granicach 1 06%; przy tem zauważyć możemy, że liczbie ciałek większej odpowiada mniejsza odsetka suchej substancyi i na odwrót.

Inny przykład: W doświadczeniu IX ze strychniną:

I upust	liczba	ciałek	6,650.000	sucha	subst.	krwi	18·72%
II	„	„	6,375.000	„	„	„	18·57 „
III	„	„	6.828 500	„	„	„	17·79 „
IV	„	„	—	„	„	„	17 78 „
V	„	„	5,000 000	„	„	„	15·37 „

Sucha substancya waha się w granicach 3·35%, a właściwie tylko w granicach 0·94%, (jeśli nie uwzględnimy ostatniego oznaczania). Przy piątym bowiem upuście krwi było niewątpliwie rozwodnienie krwi, powstałe przez umyślne upuszczenie 15 cm.³.

Podobne wyniki stwierdza się i w innych doświadczeniach.

Oczywiście, podobnie jak w doświadczeniach Zebrowskiego, i tym razem zachodziło wyrównanie ilości wody we krwi, czyli i w doświadczeniu uznać musimy dążenie krwi do zachowywania stałej odsetki wody. Naturalnie trudno oczekiwać, by w krótkotrwałem doświadczeniu na zwierzęciu dążność ta ujawniała się tak stale i wybitnie, jak to można było stwierdzić w długotrwałych spostrzeżeniach na ludziach.

Jeszcze większą dążność do zachowania stałej odsetki wody zauważamy w suchej substancyi surowicy: tu wahania są niekiedy bardzo małe, nie dochodzące nawet do 0·5%, z drugiej zaś strony rzadko przekraczają 1%. Fakty te także zgodne są ze spostrzeżeniami, jakie w tym kierunku co do surowicy dotychczas poczyniono.

Zbierając wyniki naszych doświadczeń, dochodzimy do wniosków następujących:

1) Wbrew uznanym zapatrywaniom niezawsze z podwyższeniem ciśnienia krwi idzie w parze zwiększenie się liczby ciałek czerwonych, podobnie jak z drugiej strony nie zawsze wraz z obniżeniem parcia nastaje i zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych.

2) Doświadczenia nasze, w których przy zmianach parcia spostrzegaliśmy nieraz bardzo znaczne wahania liczby ciałek, przypominają jeszcze raz, iż zmiany liczby ciałek czerwonych pod wpływem różnych czynników niezawsze uważać należy za objaw w pierwszym razie nowotworzenia, w drugim rozpadu ciałek czerwonych.

3) Za główny czynnik wahań liczby ciałek w jednostce objętościowej przy zmianach parcia uznać należy zmiany objętości ciałek czerwonych, t. j. że zwiększenie liczby ciałek czerwonych przy wahaniach parcia pochodzi od zmniejszenia się, zmniejszenie zaś tej liczby od zwiększenia się średnich wymiarów pojedynczych ciałek.

4) Sucha substancya krwi i osocza ulega przy wahaniach parcia wahaniom, na ogół nieznacznym, i przy znacznych wahaniach liczby ciałek spostrzega się nieraz bardzo niewielkie wahania odsetki wody we krwi. Dowodzi to dążności krwi tu zachowywania w sobie stałej odsetki wody.

W końcu miło mi jest złożyć podziękowanie przełożonemu memu Prof. Dr. Prusowi za dostarczenie środków do pracy niniejszej i za jej łaskawe przejrzenie, a Doc. Dr. Biernackiemu nietylko za zachętę do pracy, lecz i za czynną pomoc przy jej przeprowadzeniu.

Piśmiennictwo. 1) Picquard et Malassez: Ueber den Einfluss der Durchschneidung u. Reizung der Milznerven auf die Zusammensetzung des Blutes in der Vena splenica. (Le Progrès médic. 1874 Nr. 26). — 2) Lesser: Ueber die Vertheilung der rothen Blutkörperchen im Blutstrom. (Arch. f. Anatomie u. Physiologie 1878, physiol. Abtheilung S. 41). — 3) H. Nasse: Untersuchungen über den Aus- und Eintritt von Stoffen. (Transsudation und Diffusion) durch die Wand der Haar-Gefässe. (Pflüg. Arch. Bd. XVI 1878). — 4) H. Nasse: Untersuchungen über die normale Transsudation im allgem. Haargefässystem (Pflüg. Archiv Bd. XX 1879). — 5) Cohnstein und Zuntz: Untersuchungen über den Flüssigkeitsaustausch zwischen Blut und Gewebe unter verschiedenen physiolog. und patholog. Bedingungen. (Pflügers Arch. Bd. XLII 1888). — 6) Formanek und Haškovec: Ueber einige Blutveränderungen bei Krämpfen. (Wien. medicin. Blätter 1896 Nr. 7). — 7) Biernacki: Ueber die Beziehung des Plasmas zu den rothen Blutkörperchen und über den Werth verschiedener Methoden der Blutkörperchenvolumsbestimmung. (Zeitsch für physiolog. Chemie Bd. XIX 1894). — 8) Breitenstein: Beiträge zur Kentniss der Wirkung kühler Bäder auf den Kreislauf Gesunder und Kranker. (Arch. f. exper. Path. u. Pharmak. Bd. XXXVII 1896). — 9) Toenissen: Einiges über Blutkörperchenzählung in Krankheiten. (Berl. klin. Wochenschr. 1888). — 10) Rzętkowski K.: O wpływie silnego pocenia na skład krwi (Medycyna 1903). — 11) Żebrowski B.: O wpływie tyreoidyny na liczbę ciałek czerwonych i zawartość suchej substancyi krwi i o stałości odsetki wody we krwi ludzkiej (Medycyna 1904). — 12) Miklaszewski: O wpływie łaźni suchej na ustrój (Pamiętnik Towarzystwa lekar. warsz. 1904).

III. Wyciągi.

CHIRURGIA. Kendirdjy i Burgaud. **140 dalszych przypadków znieczulenia rdzeniowego zapomocą stowainy.** (*Presse médic.*, 1905, 43). Autorowie stosowali stowainizacyę rdzenia w szpitali Cochin w Paryżu w ciągu przeszło roku i wykonali w ten sposób 140 rozmaitych operacyi na międzykroczu, częściach płciowych i ich okolicy (obrzezania, odjęcie prącia, odcięcie guzów krwawniczych, wytrzebienia, doszczętne operacye przepuklin, wodniaka moszny, spodziectwa i t. p.). Najwyższą dawką stowainy było 0,05, zazwyczaj wystarczało już 0,04, a przy drobnych operacyach 0,03. Działanie znieczulające stowainy nie zawiodło ani razu, natomiast często obok znieczulenia pojawiało się porażenie kończyn dolnych. Dwóch chorych zniosło bez złych skutków 2, jeden 3 wstrzyknięcia stowainy w odstępach kilkotygodniowych. Znieczulenie utrzymuje się godzinami jeszcze po operacyi. Z działań ubocznych zdarzyły się: 1) podczas operacyi 2 razy wymioty, 3 razy mimowolny stolec, raz nadmierne poty, 2) po operacyi 12 razy bole głowy, z tego 6 razy nawet kilkodniowe; 5 razy wymioty. *Ll.*

Kelling. **Zapalenia płuc po otwarciu jamy brzusznej.** (*Archiv f. klin. Chir.*, T. 77, Z. 2, 1905). Autor zajmuje się jedną z najczulszych strun chirurgii, dotąd niezupełnie jasną, t. j. częstem powstawaniem zapalenia płuc po operacyach w jamie brzusznej. Odróżnić tu należy płatowe włóknikowe zapalenie płuc, jako osobną chorobę zakaźną, zdarzającą się często w klinikach endemicznie, od właściwego zrazikowego „chirurgicznego“ zapalenia płuc. Autora zajmuje właśnie to zapalenie zrazikowe i jego częste powikłania w postaci ropienia, zawałów, a nawet zgorzeli płuc. Czynników usposabiających i wywołujących to zapalenie jest wiele, należy do nich między innemi wiek operowanych. I tak „chirurgiczne“ zapalenie płuc zdarza się u osób między 20—30 rokiem życia zaledwo w 5·5 prc., u starców natomiast zjawia się ono w 27 prc. przypadków. Kobiety zapadają o wiele rzadziej, niż mężczyźni, co położyć należy może na karb częstszego u mężczyzn zatrucia wyskokiem i stwardnienia tętnic. Zapewne piersiowy typ oddychania kobiet niemało w tem także ma znaczenie. Czynnikiem, wpływającym bardzo na zapalenie płuc, jest też bezwątpienia uśpienie, choć z drugiej strony znieczulenie miejscowe i lędźwiowe nie chronią w zupełności od zapalenia, a nawet Gottstein z kliniki Mikulicza spostrzegał o wiele częściej zapalenia przy operacyach w znieczuleniu sposobem Schleicha, niż przy uśpieniu. Ze środków usypiających eter drażni wprawdzie błony śluzowe dróg oddechowych, mniej jednak działa na serce i nie wywołuje wymiotów tak, jak chloroform. Wymioty w okresie głębszego uśpienia wywołują bardzo często zapalenie ostre z zachłyśnięcia się. Zimno i oziębienie ciała chorego może też wywołać zapalenie płuc, zwłaszcza włóknikowe. Nie bez wpływu pozostaje też wstrząs psychiczny, dalej ból i mniejsza poruszalność klatki piersiowej, jakoteż ograniczone ruchy przepony z obawy przed bólem. W pozycyi leżącej wątroba ugniata przeponę i utrudnia jej ruchy; może też z tej przyczyny operowani bardzo są skłonni do zastojów w płucach, głównie po stronie prawej. Charłactwo rakowe usposabia też do zapalenia i w zejściu daje o wiele gorsze rokowanie (Henle u rakowatych spostrzegał zapalenie płuc w 14 prc., u innych 9½ prc.). Zapalenie płuc bierze zawsze początek z zakażenia, które znów wkracza do ustroju trzema drogami, mianowicie drogą oskrzeli, krwi i limfy. Nieżyt oskrzeli zakaża przez aspiracyę w uśpieniu miąższ płucny, podobnie spływająca wydzielina jamy ustnej i nosa, dalej treść żołądkowa, zwłaszcza zaś treść jelit przy niedrożności jelit. W przypadkach tych gorączka powstaje już w 8—12 godzin i zaraz zjawia się plwocina ropna. Zakażenie płuc drogą krwi powstaje później, bo dopiero w 5—10 dni. Pojawia się wtedy nagle gorączka, bole i plwocina, często z po-

czątku krwawa, potem ropna. Operacye w terenie nieczystym, n. p. wycięcia odźwiernika, okrężnicy i odbytnicy, usposabiają bardzo do zakażeń drogą krwi, gdyż jak wykazał Talke, skrzepy w naczyniach tworzą się głównie wtedy, gdy podwiązka nie jest jałową. Takie zatorowe zapalenia płuc zjawiają się przy podwiązywaniach krezki przy przepuklinach uwięzniętych i często po ich odprowadzeniu, a wreszcie po operacyach na wyrostku robaczkowym. Sonnenburg n. p. na 1000 operacyi wyrostka robaczkowego znalazł w 50 przypadkach zatory i zakrzepy. Powikłanie to przychodzi do skutku zdaje się drogą tkanki pozaotrzewnej, żył małej miednicy i żyły udowej, oraz biodrowej wspólnej, których zakrzepy po operacyach w jamie brzusznej spotyka się także często i to, rzecz dziwna, głównie po stronie lewej nawet przy zmianach wyrostka robaczkowego. Zatory przy operacyach na sieci i krezce są często tłuszczowe. Zapalenia płuc pooperacyjne powstają w końcu czasem drogą limfy. Z wątroby biegną naczynia limfatyczne pod opłucnę przeponową, stąd też często zajęcia opłucnej prawej przy chorobach dróg żółciowych. Prócz tego limfa dostaje się z jamy brzusznej wprost przez przeponę do opłucnej, jak to stwierdzili na króliku Ludwig i Schweigger-Seidel, przewód piersiowy odgrywa tu podrzędną rolę. Zajęcie opłucnej i płuc należy dlatego przy zapaleniach otrzewnej do bardzo częstych powikłań, gdyż wobec powstającego w płucach opadu, zakażenie z opłucnej przenosi się łatwo na tkankę płucną. Stwierdził to autor doświadczalnie, umieszczając płuca zwierząt w naczynie z rozczynem barwika. Naczynie to dwoma otworami połączone było z tchawicą, oraz z przestrzenią poza płucami, gdzie można było rytmicznie wpędzać powietrze. Otóż autor przekonał się, że barwik przenikał tylko wtedy do płuc, gdy w nich przez sztuczne wypełnienie tętnicy rozczynem soli kuchennej i podwiązanie żyły wywołano obrzęk. Zakażenie więc płuc z opłucnej nie ulega wątpliwości. Nadto jama brzuszna ma prosto połączenie z krążeniem (żyły przeponowe wpadają do żyły głównej dolnej), tak, że i tędy pierwiastki zakaźne do krążenia dostać się mogą. Zakrzepy powstają w żyłach głównie w razie sprawy zakaźnej otrzewnej lub w narządach jamy brzusznej. Także zakażeniu z powietrza przy otwarciu jamy brzusznej, szczególnie w górnych częściach, przypisuje autor winę; pierwiastki zakaźne dostawać się tu mogą z powietrzem wprost pod przeponę. Zapobiegać zapaleniu płuc możemy, pilnie oczyszczając jamę ustną chorych, usuwając zepsute zęby, nie operując chorych w toku nieżytów dróg oddechowych, dalej podając im przed operacyą środki sercowe. Operować należy o ile możności z podniesionym do góry tułowiem. Po operacyi trzeba chorych ciągle zmuszać do głębokich oddechów i wykrztuszania. Zapalenia płuc operacyjne mają więc swoje źródło w zakażeniu; nic też dziwnego, że w miarę rozwoju postępowania bezgnilnego i ich częstość stale się zmniejsza i zmniejszać będzie. Niektórzy celem uniknięcia zakrzepów i zatorów radzą podawać chorym obficie płyny podskórnie, wewnętrznie i przez odbytnicę. W razie żylaków należy kończyny dolne po operacyi układać wysoko. Zapalenie płuc „chirurgiczne“ (wyjąwszy aspiracyjne) są też probierzem umiejętności postępowania bezgnilnego danego chirurga. *Dr. Adolf Klęsk.*

Prof. Czerny. **Wycięcie gruczołu krokowego.** (*Archiv für klin. Chir.*, T. 77, Z. 1, 1905). Wycięcie gruczołu krokowego zdobywa sobie coraz liczniejszych zwolenników. Zbyt jednak mało jeszcze mamy doświadczenia tak co do wskazań, jak i techniki operacyi. C. uważa za wskazanie trudności cewnikowania i powikłania, jak kamienie, krwawienie i zakażenie pęcherza pod warunkiem, że nerki są zdrowe. Pytania, czy wycinać należy przez krocze, czy też przez pęcherz, obecnie rozstrzygnąć nie można. Prawdopodobnie trzeba przypadki odpowiednio wybierać. Wycięcie gruczołu krokowego od strony krocza pociąga za sobą dość często niedomykalność pęcherza, niezdolność płciową, a nierzadko obrażenie odbytnicy. Udoskonalenie techniki musi dążyć do usunięcia tych powikłań. *J.*

Th. Rovsing. **Wskazania i wyniki wycięcia nerki ze szczególnem uwzględnieniem gruźlicy nerki.** (*Arch. f. kl. Chir.*, T. 77, Z. 1, 1905). Gruźlica nerki bez względu na rozległość sprawy stanowi wskazanie do wycięcia nerki, gdyż wyleczenie samoistne należy do nadzwyczajnych wyjątków, a leczenie zachowawcze naraża chorych na rozszerzenie się sprawy, czy to drogą przerzutów, czy też w ciągłości na inne narządy, a zwłaszcza na nerkę drugą. Wycięcie częściowe nerki odrzuca R. zasadniczo, gdyż nie można nawet przy przecięciu sekcyjnem nerki dokładnie oznaczyć granic gruźlicy. Gruźlica pęcherza nie stanowi przeciwwskazania wycięcia nerki, małe bowiem zmiany gruźlicze w okolicy ujścia moczowodów, czy to w postaci drobnych owrzodzeń, czy też rozsianych gruzełków, po wycięciu nerki ustępują, rozległe zaś owrzodzenia leczy R. ze znakomitym skutkiem wstrzykiwaniem kwasu karbolowego co drugi dzień wstrzykuje 100 cm.³ 5 prc. kwasu karbolowego o ciepłocie 38°, po 5 minutach wypuszcza i powtarza to wstrzykiwanie 2 do 3 razy, t. j. dopóki przepłuczyna nie jest czystą). Gruźlica części rodnych również nie stanowi przeciwwskazania. Żaden z dotychczasowych sposobów oznaczania sprawności drugiej nerki nie wytrzymuje krytyki, a jedynie tylko cewnikowanie moczowodów i badanie chemiczne, drobnowidowe i bakteryologiczne moczu, osobno z każdej nerki wziętego, może nam dać obraz stanu drugiej nerki. Najlepszym dowodem słuszności tego zapatrywania są wyniki wycięcia nerki, jakie osiągnął R. w ostatnich 5 latach, opierając wskazanie jedynie na wyniku badania moczu, uzyskanego przez cewnikowanie moczowodów. *R.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Nijhoff. **Ciąża i rak odbytnicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 28). 18-letnia pierwiastka zgłosiła się w IX. mies. księż. ciąży i z rakiem odbytnicy, nie nadającym się do operacyi, na wysokości 7 cm. ponad zwieraczem. Stan ogólny lichy, pogarszał się codziennie. Przygotowano wszystko do cięcia cesarskiego na umierającej. Po 2-tygodniowym pobycie wystąpiły bole porodowe, ciepłota do 39·7, tęt. do 130. Przy ujściu prawie zupełnie rozwartem kleszcze z powodu zaklinowania główki pomiędzy spojeniem a guzem, który ścieśnił wchód miednicy na 7 cm. Płód żywy 45 cm., 2050 gr., pozostał przy życiu. Matka zmarła dnia następnego. Takie powikłanie ciąży zdarza się rzadko. N. zebrał z piśmiennictwa 26 przypadków tego rodzaju. W 5 przypadkach rozpoznano raka odbytnicy dopiero po porodzie, lub też przy sekcyi. Krwawienie z odbytnicy wymaga zawsze dokładnego zbadania *per rectum*. Dalej posunięty rak odbytnicy wywołuje zazwyczaj znaczne zwężenie przewodu miednicy, tak, że wyjąwszy porody przedwczesne, potrzeba zawsze pomocy sztucznej i to z uwzględnieniem dziecka, gdyż matkę uważać trzeba za straconą. Jeżeli końca ciąży doczekać można, to najczęściej wskazaniem będzie cięcie cesarskie. Niekiedy wypadnie wykonać cięcie cesarskie na zmarłej, lub na umierającej. Cięcie przez ścianę macicy powinno być jak najwięcej oddalone od nowotworu, czyli biegnąć przez ścianę przednią lub dno. W razie zakażenia treści macicy wskazana operacya sp. Porro. Rak odbytnicy, niezbyt daleko posunięty i towarzyszący wczesnej ciąży, wymaga niezwłocznej operacyi, bez względu na ciążę. W piśmiennictwie znano są 4 takie przypadki; 2 z nich operowane w IV. mies. ciąży; jedna chora wyzdrowiała, a ciąża nie została przerwaną, druga poroniła w 4. dniu po operacyi, a umarła 5. dnia wśród objawów zakażenia otrzewnej. W 2 innych przypadkach przerwano wpierw ciążę z obawy przed zakażeniem macicy przy poronieniu, a nowotwór usunięto dopiero po kilkunastu dniach. *B. Wojciechowski.*

O. Küttner. **Dwa przypadki pubiotomii.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 27). Są to pierwsze przypadki tej operacyi w Rosyi. Przyp. I. Wieloródka, lat 29, 2 porody siłami przyrody, przy trzecim wymóżdżenie, przy 4. obrót i wydobycie płodu. Tylko 1. dziecko żyje. W 4. połogu gorączka. Zgłasza się jako rodząca z końcem ciąży. Miednica płasko-krzywicza. Sprzężna prawdziwa 7·5—8 cm. Przy ujściu zupełnie rozwartem przebito pęcherz, poczem nastąpiły bardzo silne bole parte. Po kilkunastu godzinach główka ustalona, dobrze dostosowana. Potem następowo osłabienie bólów, ciepł. 37·6, pierścień skurczowy wysoko. W 18 godzin po pęknięciu pęcherza założył K. naprzód kleszcze Tarniera, a gdy łagodne pociągania główki nie posunęły, wykonał pubiotomię z cięcia van de Velde. Rozstęp brzegów na 3 palce; kleszczami wysokiemi wydobył K. z łatwością płód żywy, 3440 gr., z lekkim wygniotem od wzgórka. W połogu najwyższa ciepłota 38·4, częścią z powodu zatrzymania się odchodów częścią lekkiego ropienia w ranie. 26 dnia opuściła chora łóżko. Chód prawidłowy.

Przyp. II. Wieloródka, lat 26, przy 1. porodzie kleszcze, przy 2 obrót; dzieci nieżywe. Zgłasza się w bólach z końcem ciąży. Miednica płasko-krzywicza, sprzężna prawdziwa 7·5—8 cm. Po 12-godzinnych bólach partych 38·0, smółka, pierścień wysoko, tony płodu nieregularne, główka niezupełnie ustalona. Rodząca pragnie dziecka żywego. Łagodne kleszcze wysokie w położeniu Walchera zawiodły. Pubiotomia, jak w przyp. I.; kleszczami wysokiemi sprowadzono bardzo łatwo główkę. Płód żywy 3810 gr. Części miękkie zeszyto wraz z okostną jedwabiem, szwy wyjęto 7. dnia. W połogu gorączka do 40·1, wysięk i zakrzep po str. prawej (oper. po lewej!), *lochiometra*, ropienie w ranie. Dopiero 50. dnia zamknęła się rana, a 66. dnia stwierdzono zrost kostny zupełny, poczem chora wstała. Wysięk był tu raczej następstwem zakażenia macicy, niż ropienia w ranie, gdyż przymacicze lewe było wolne. Z obawy przed zakażeniem zamierza K. na przyszłość operować podskórnie bez sączkowania. *B. Wojciechowski.*

Tandler. **Anatomia pubiotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 28). Trzon kości łonowej rozciąga się od spojenia do przedniego brzegu otworu zasłonionego (*for. obturatum*). Cięcie prosto-

padło przez guzek łonowy (*tuberculum pubicum*) nie trafia nigdy na otwór zasłoniony. Na tylnej powierzchni kości przylega okostna o wiele luźniej, aniżeli na przedniej. Gałąź łonowa tętnicy zasłonowej łączy się na tylnej powierzchni kości z tąż tętnicą strony przeciwnej i zapewnia odżywienie odcinkowi kości pomiędzy spojeniem a płaszczyzną przepiłowania. Do trzonu kości łonowej przyczepia się poprzeczny mięsień krocza. Po pubiotomii zostaje zewnętrzna część tego mięśnia rozciągnięta i przedarta, przez co pochwa, mięśniem tym objęta, traci częściowo podporę. Być może, iż w związku z tem pozostają zdarzające się niekiedy po pubiotomii pęknięcia pochwy. Cewka pozostaje po pubiotomii w związku z kością, a okoliczność ta stanowi wyższość tej operacyi nad rozcięciem spojenia łonowego (*symphyseotomia*). Ponieważ ciało jamiste łechtaczki dochodzi aż do połączenia kości łonowej z kulszową, więc robiąc pubiotomię, zawsze się ten twór trafia, jednakże w zewnętrznej części jest on słabo rozwinięty i daje się razem z okostną, z którą ściśle jest połączony, oddzielić. Tętnica łechtaczki krzyżuje się zawsze z linią cięcia, ze względu jednak na drobne światło niema znaczenia. Trzon pęcherza przylega wprawdzie bezpośrednio do górnej części tylnej powierzchni kości łonowej, lecz daje się łatwo oddzielić. W dolnej części leży pomiędzy pęcherzem, a kością warstwa tłuszczu przedpęcherzowego. Więzadła łonowo-pęcherzowe (*ligamentum pubovesicale mediale i laterale*) pozostają w związku z okostną trzonu kości łonowej, względnie z łukiem ścięgnistym (*arcus tendineus*); połączenie to sięga jednak o tyle na zewnątrz, że po pubiotomii pozostają te więzadła nieuszkodzone, w związku z wewnętrznym odcinkiem kości łonowej. Łuk ścięgnisty ulega z chwilą rozstąpienia się kości przedarciu. Poza kośćmi łonowemi leży w środku splot żylny łonowy (*plexus venosus pudendus impar*), łączący więcej bocznie ułożone sploty pęcherzowe, które ku tyłowi stoją w związku, ze splotem pęcherzowo-pochwowym i macicznym. Splot łonowy łączy się nadto ku dołowi z grzbietną żyłą łechtaczki, przebiegającą tuż pod *ligamentum arcuatum*. Badanie Tandlera nad stopniem powiększania się wymiarów miednicy po pubiotomii wykazują, że przy rozstępie kości na 2 cm. powiększa się sprzężna prawdziwa o 4—5 mm., przy rozstępie zaś na 4 cm. o 7 mm. Wymiar poprzeczny powiększa się o 8 dó 16 mm., skośny zaś, przeciwny stronie operowanej o 8 do 18 mm. Tak więc strona operowana znaczniej się rozszerza, niż przeciwna. Stawy krzyżowo-biodrowe zachowują się wobec pubiotomii w ten sposób, że przy rozstępie kości na 2 cm. nie ulega staw strony nieoperowanej żadnej zmianie, po stronie zaś operowanej rozchyla się cokolwiek, lecz więzadła nie zostają uszkodzone; przy rozszerzeniu na 4 cm. powstaje po stronie nieoperowanej ten sam obraz, jaki się widzi przy rozstępie na 2 cm. po stronie operowanej, — po operowanej zaś powstaje szeroka szczelina, więzadła rozciągają się silnie i wraz z okostną zostają uniesione. Krwotok przy rozcięciu spojenia (*symphyseotomia*) pochodzi nie z łechtaczki, lecz z grzbietnej żyły łechtaczki i ze splotu łonowego (*plexus pudendus impar*), obrażenia zaś pęcherza, podczas tej operacyi się zdarzające, są następstwem rozciągnięcia przyczepu obu więzadeł pęcherzowo-pępkowych (*lig. vesico-umbilic.*), przyczem pęcherz zostaje w kierunku poprzecznym silnie napięty. Podczas rozcięcia spojenia ulega nadto uszkodzeniu więzadło łukowate (*lig. arcuatum*), więzadło poprzeczne i poprzeczny mięsień krocza, przez co pęcherz i cewka tracą podstawę. Twory te pozostają przy pubiotomii nietknięte. Porównując modyfikacye cięcia przy pubiotomii, nie można żadnej z nich nie zarzucić. Ze względu na zapobieżenie krwotokowi, który nie pochodzi z kości, lecz z przepiłowania ciała jamistego łechtaczki, radzi T. rozpocząć pubiotomię nacięciem przy dolnym brzegu kości, a dotarłszy do kości, przeciąć i odpreparować zapomocą skrobaczki (*raspatorium*), wraz z ciałem jamistem łechtaczki, które należałoby następnie pomiędzy 2 podwiązkami przeciąć. Wprowadziwszy pod okostnę odpowiednio wygiętą igłę, możnaby ją łatwo posunąć po tylnej ścianie podokostnowo ku górze i wykłuć przy górnym brzegu kości celem przeprowadzenia piłki. *B. Wojciechowski.*

E. Hauch. **O złamaniach obojczyka u noworodków przy porodzie w położeniu czaszkowem.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 33). Znaną jest rzeczą, że złamanie obojczyka płodu zdarza się także po porodach w położeniu czaszkowem. Ponieważ Riether i Muns przypisywali to złamanie zabiegom, powszechnie używanym przy wydostawaniu barków, t. j. podpieraniu krocza, ściąganiu główki za kark i wprowadzaniu palców w paszkę, więc H. ograniczył się od dłuższego czasu do samego podpierania krocza, pomagając przy wydalaniu tułowia jedynie przez łagodny ucisk. na dno macicy. Na 2531 dzieci stwierdził H. złamanie obojczyka tylko u 16, t. j. w 0·67 prc. (dawniej około 1·5 prc.). Podpieranie krocza może mieć pewne znaczenie wskutek ucisku przedniego barku o spojenie. Cokolwiek częściej zdarza się złamanie u płodów wieloródek, niż pierwiastek. Widocznie szybkość, z jaką się poród odbywa, wywiera wpływ na to powikłanie. Ścieśnienie miednicy zdaje się nie mieć szczególnego wpływu na złamanie obojczyka. Złamanie następuje zazwyczaj pomiędzy zewnętrzną, a środkową $^1/_3$ obojczyka, lub też blisko wyrostka barkowego. Doświadczalnie wywołał H. złamanie obojczyka, przy przegiętych ku przodowi barkach, już po użyciu siły 5—16 klgr. Najczęściej zdarzało się złamanie podokostne. Rokowanie dobre. *B. Wojciechowski.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Członow. **O krętku, znalezionym przez Schaudina i Hoffmanna.** (*Russkij Wracz*, 1905, Nr. 24). Publikacye Schaudina i Hoffmanna wywołały bardzo wielkie zainteresowanie, osobliwie gdy badania rzeczonych uczonych zostały potwierdzone przez Miecznikowa i Rouxa. Przyznać to jednak należy, iż badania zarówno Schaudina i Hoffmanna, jak i Miecznikowa, Roux'a i innych dotąd nie wykazały niezbicie, iż krętek blady jest w rzeczy samej zarazkiem kiły, aczkolwiek wiele za tem przemawia. Na ostateczne rozstrzygnięcie tej sprawy zapewne jeszcze poczekać trzeba będzie, kto wie zresztą, jak długo. Tymczasem należy zbierać dalej fakty, na zasadzie których można będzie z czasem wydać sąd ostateczny. Taką wiązanką faktów jest właśnie artykuł docenta Członowa. Uczony ten zbadał 20 chorych na kiłę, poszukując u nich krętka bladego. Z miejsc, kiłą porażonych, po należytem ich oczyszczeniu dostawał autor z głębi tkanki zapomocą drucika platynowego kroplę krwi, zmieszaną ze strzępkami tkanki. Otrzymany w ten sposób materyał autor rozmazywał na szkiełku, utrwalał go i barwił. Na 20 wspomnianych przypadków w 18 znalazł autor krętka bladego, a tylko w dwu przypadkach wynik badania był całkiem ujemny. *A. Wrzosek.*

Kochmann. **Wpływ alkoholu na krążenie krwi u człowieka.** (*Deutsch. med. Woch.*, 1905, Nr. 24). Autor badał wpływ alkoholu w dawkach małych (40—60 cm.³ 10 prc. albo 40—50 cm.³ 18 prc. alkoholu), średnich (60—80 cm.³ 20 prc. lub 50—60 cm.³ 30 prc. alkoholu) i dużych (co najmniej 50 cm.³ 50 prc. alkoholu) na krążenie krwi u człowieka. Małe dawki podnoszą ciśnienie krwi o 15, a nawet czasem o 20 do 30 mm. rtęci. W niektórych jednak przypadkach ciśnienie całkiem się nie podnosiło, w innych li o 5 mm. rtęci. Największego stopnia dobiega ciśnienie w 20 do 30 minut po spożyciu alkoholu, poczem powoli opada, aż wreszcie po 60—75 minutach wraca do stanu prawidłowego. Średnie dawki powodują zrazu nieznaczne podniesienie ciśnienia, poczem atoli ciśnienie opada o kilka mm. poniżej stanu prawidłowego. Duże dawki sprowadzają niezwłocznie obniżenie ciśnienia. Rzeczone obniżenie jest stosunkowo nieznaczne, gdyż nawet po spożyciu 100 cm.³ 50 prc. alkoholu nie przekracza 10 mm. Po upływie 60 minut ciśnienie wraca do stanu prawidłowego, nawet po tak znacznych dawkach. Tyczy się to wszystko ludzi, nie używających zgoła alkoholu, lub używających go nader miernie. U ludzi, do alkoholu przyzwyczajonych, potrzeba daleko większych dawek, niż wskazanych powyżej, aby wywołać taki sam skutek, jaki rzeczone dawki wywołują u wstrzemięźliwych. Podniesienie ciśnienia krwi po dawkach alkoholu małych i miernych pochodzi ze zwężenia naczyń, zaopatrzonych w gałązki nerwu trzewnego, mimo iż powstaje jednoczesne rozszerzenie naczyń obwodowych. Takie zjawisko można przynajmniej było stwierdzić u psów i królików. Prócz wpływu na ciśnienie krwi oddziaływa alkohol także na tętno. Staje się ono pod wpływem alkoholu większe, aczkolwiek nie częstsze. *A. Wrzosek.*

J. Orth. **O zakładach i szkołach lekarskich w Północnej Ameryce.** (*Berl. kl. Woch.*, 1905, Nr. 2). Artykuł znakomitego anatomo-patologa Ortha ze wszech miar zasługuje na uwagę, gdyż przedstawia poniekąd w innem świetle szkoły i zakłady lekarskie w Ameryce Północnej, niż dotychczas były przedstawiane. Orth, zwiedzając rzeczone szkoły i zakłady, był zachwycony ich urządzeniem, o jakiem europejscy uczeni ani marzyć mogą. W anatomicznych zakładach są osobne urządzenia, gdzie się przechowują nieraz setki zamrożonych zwłok, przeznaczonych do preparowania. W jednym z zakładów anatomicznych widział Orth 250 zamrożonych zwłok, zawczasu zebranych przed rozpoczęciem się nowego półrocza akademickiego. Kliniki, szpitale, pracownie, urządzone z przepychem i zaopatrzone we wszystkie rzeczy, potrzebne zarówno do badań naukowych, jak i do nauczania. N. p. zakład fizyologiczny w Uniwersytecie w Pensylwanii posiada wielką pracownię dla studentów. W pracowni tej szeregami stoją stoły, a obok nich szklane szafy, w których znajduje się kimograf i moc innych przyrządów. Każdy więc student podczas ćwiczeń fizyologicznych ma swój kimograf i swoje przyrządy. Poziom naukowy profesorów i studentów coraz więcej zbliża się do poziomu, jaki panuje w oświeceńszych krajach Europy. I w Ameryce nie brak zapału do wiedzy, i tam są profesorowie, którzy całkiem nie dbają o „aurea praxis", lecz cały swój czas poświęcają nauczaniu i badaniom naukowym. Słowem, Ameryka Północna nie tylko pod względem społeczno-go-

spodarczym, lecz i pod względem wiedzy lekarskiej, teoretycznej i praktycznej, zaczyna być coraz poważniejszą współzawodniczką Europy. *A. Wrzosek.*

E. Bibergeil. **O doświadczalnym nadmiarze potoku w zapaleniu nerek.** (*Berl. klin. Wochs.*, 1905, Nr. 15). Autor wstrzykiwał dwom ciężarnym samicom króliczym metodą Richtera azotan uranowy, a jednocześnie wlewał im do żołądka znaczne ilości wody. Według Richtera można w ten sposób wywołać u zwierząt ostre zapalenie nerek z puchliną. Istotnie powiodło się autorowi metodą Richtera wywołać ostre zapalenie nerek u zwierząt, a zarazem i nadmiar poteku (*hydramnion*). Stąd autor wysnuwa wniosek, iż, wywołując u zwierząt ciężarnych ostre zapalenie nerek, można równocześnie wywołać powiększenie się ilości wody płodowej. (Nasuwa się mimowoli uwaga, czy się godzi wysnuwać jakiekolwiek wnioski na zasadzie dwóch doświadczeń? Czy u obu samic, na których autor doświadczenia swe wykonywał, powiększenie się ilości wody płodowej nie było przypadkowe, niezależne od doświadczalnie wywołanego zapalenia nerek i wcześniejsze, niż doświadczenia? Tych wątpliwości praca Bibergeila, wykonana w pracowni prof. Senatora, nie usuwa. *Sprawozd.*). *A. Wrzosek.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Zastosowania aspiryny zestawia na podstawie 128 prac o tym leku prof. Seifert (*Pharm. u. ther. Rundschau*, 1905, 9). 1) W gośćcu stawowym ostrym działa aspiryna w dawce 3,0—6,0 *pro die* znakomicie na gorączkę, obrzęki i bole; zaledwo kilku tylko autorów odmawia aspirynie wyższości nad salicylanem sodowym. Natomiast zdaje się, że powikłania sercowe nie są po aspirynie rzadsze, niż po innych lekach. 2) O działaniu aspiryny w gośćcu stawowym przewlekłym, oraz 3) w gośćcu mięśniowym, zdania są sprzeczne; jedni odmawiają aspirynie wszelkiej tu wartości, inni spostrzegali dobre wyniki. 4) W dnie uśmierza aspiryna zdaniem znacznej większości autorów wybornie bole; w przypadkach dny przewlekłej można aspirynę podawać miesiącami bez obawy, by źle wpływała na trawienie. 5) Jako właściwy lek przeciwgorączkowy używano aspiryny mało mimo, że działanie jej jest pod tym względem wybitne, nawet w gorączkach u suchotników. Przeciwwskazaną jest aspiryna u suchotników w przypadkach białkomoczu i skłonności do krwotoków. 6) Natomiast bardzo chętnie przepisywaną i zalecaną jest aspiryna w grypie, oraz 7) we wszelakich nerwobolach; niektórzy autorowie utrzymują jednak, że rwa kulszowa (*ischias*) opiera się aspirynie. 8) Kilku autorów próbowało aspiryny w pląsawicy, podobno ze skutkiem. 9) W zapaleniu opłucnej zauważono powszechnie, iż aspiryna koi bole; wielu autorów opisuje nadto bardzo korzystny wpływ aspiryny na wysięki opłucne. — Inne zastosowania aspiryny są rzadsze, a o skuteczności jej w takich chorobach, jak krztusiec, dur brzuszny, zapalenie wsierdzia i osierdzia, cukrzyca, zapalenie opon mózgowych, niektóre choroby skórne (*erythema nodosum*) nic orzec nie można, bo spostrzeżeń odpowiednich jest bardzo mało. Stosowano wreszcie aspirynę przeciw bolom wobec raków, a nadto w dentystyce, otyatryi, laryngologii i okulistyce z różnem powodzeniem. Skutki uboczne zdarzają się po aspirynie takie, jak po innych przetworach salicylowych; spostrzegano też kilka przypadków „aspirynizmu". *B.*

Triferyna (paranukleinian żelazowy) odznacza się tem, że zawiera 2·5 prc. organicznie związanego fosforu, który, jak wiadomo, ułatwiać może przyswajanie białka. Według Halásza (*Reichs. Med. Anz.*, 1905, 8) nie upośledza triferyna wcale trawienia, a działa także w następowych niedokrwistościach, w przeciwieństwie do innych przetworów żelaza, które według powszechnego mniemania działają tylko w niedokrwistościach pierwotnych. Triferynę podawać można w postaci proszków, lub też jako kołaczyki (po 0,3), zażywane chętnie nawet przez dzieci, lub wreszcie w płynie, jako tak zw. triferrol (*liq. triferrini compos.* 3 × dnia po 1—3 łyżek). *Kn.*

Przeciw krwotokom macicznym z rozmaitych przyczyn, jakoto z powodu *endometritis*, przy włókniakach i t. p., oraz po poronieniach używał prof. Carbonelli (*Gazz. d. Osped.* i *Aerztl. Ctr. Zeit.*, 1905, 9) **styptolu** wewnętrznie (2—5 kołaczyków dziennie). Polepszenie uzyskał C. przez 2-miesięczne podawanie styptolu także w *leucorrhoea virginum*. W podobnych przypadkach krwotoków używa Isenburg (*Medico*, 1905, 17) już od 5 lat **stypticyny** (po 0,05 na dawkę, 3—4 razy dnia) z dobrym skutkiem, który nastąpił również w kilku przypadkach krwioplucia u suchotników. *Km.*

V. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 7 września.

* Minister wyznań i oświaty zamianował na r. szkolny 1905/6 następujący skład komisyi dla ścisłych egzaminów lekarskich w Uniw. Jagiellońskim: komisarzem rządowym — starszego lekarza powiat. Dr. G. Bielańskiego, zastępcą prof. dr. St. Ponikłę; koegzamitorami dla II-go egzaminu: profesorów: O. Bujwida, W. Jaworskiego, Stan. Pareńskiego i J. Piltza. Koegzaminatorami do egzaminu III-go: profesorów: W. Reissa, P. Pieniążka, A. Rosnera i M. Rutkowskiego.

* Od pół roku lekarze rosyjscy głośno wyrażali obawę rozszerzenia się cholery z kresów wschodnich na całe cesarstwo; lekarze w Królestwie Polskiem obawy te podzielali i dali temu wyraz drukiem i słowem. Rząd rosyjski potworzył w Rosyi komitety przeciwcholeryczne, lecz poddając lekarzy, należących do tych komitetów, pod władzę zwierzchnią policyi, naraził ich sobie w tym stopniu, że jednomyślnie wycofali się z tych komitetów, a policya pozostała przy kierownictwie, lecz i przy odpowiedzialności. Wadliwą musiała być działalność władzy w miejscowościach grasującej zarazy, skoro nie zdołano główne jej ogniska otoczyć i zgasić. Pojawienie się w ostatnich czasach cholery azyatyckiej u flisaków na Wiśle oczywiście zostało zawleczone z wschodniej Rosyi: samo jednak orzeczenie władzy pruskiej, że cholerę przenieśli „flisacy rosyjscy", lub „galicische Flösse", jak pisze „Deutsche med. Wochschr.", nie tłómaczy rzeczy, bo między flisakami z nad Wisły, a ludnością wschodniej Rosyi nie istnieje żaden stały łącznik; należałoby najściślej zbadać pierwszy przypadek pod względem sanitarno-policyjnym, bo tenby wyjaśnił źródło niepokojąco rozpoczynającej się epidemii, a jest to niezbędne i dla dalszej walki z cholerą, gdyż nienależycie wyjaśnione źródło tej epidemii może trwać dalej i dalsze tworzyć ogniska. Wyznać należy, że pierwsze objawy obecnej epidemii są dość groźne: odznacza się ona szczególną szybkością i łatwością przenoszenia się; grasuje już nie tylko na Powiślu, lecz i na wybrzeżach Odry, porzeczu Noteci, a w ostatnich dniach została urzędownie stwierdzoną w Galicyi, w powiecie mieleckim. Skoro władze nabrały pewności, że do wszystkich dotychczas istniejących ognisk cholery zawlekli ją flisacy, trzeba wyznać bez cienia przesady, że Galicya ze względu na swoje geograficzne położenie jest poważnie zagrożona i że najwyższa energia Namiestnictwa ku zwalczeniu epidemii w zarodku jest niezbędną. Dotychczasowe doświadczenie powinno dać społeczeństwu naszemu zupełną rękojmię, że jak i podczas poprzednich epidemii, tak i obecnie Namiestnictwo wywiąże się ze swego zadania sumiennie i umiejętnie.

* Zjazd lekarzy Królestwa Polskiego, który miał się odbyć we wrześniu b. r. w Warszawie, a miał na celu zbiorowe obmyślenie środków przeciw cholerze, został przez władzę zakazany; wytłómaczyć się to da chyba tylko tem, że stan wojenny, który ogłoszono w Warszawie, wyklucza bez względu na cel wszelkie zbiorowe działanie społeczne, a tem samem i zjazdy naukowe, filantropijne i t. d.

* Dr. Ludwik Zamenhof, wynalazca języka „esperanto", którego spotkało tak zaszczytne wyróżnienie w Paryżu i podczas Zjazdu w „Boulogne sur mer", zaliczony został do liczby kandydatów do nagrody im. Nobla, a to z tytułu, że wynalazł najskuteczniejszy sposób, łączący rodzaj ludzki.

* Rada m. Lwowa wysyła dr. Legeżyńskiego na Zjazd przeciwgruźliczy, który odbędzie się w pierwszych dniach października w Paryżu, a jednocześnie ma dr. Legeżyński zbadać instytucyę „Kropli mleka". Komisya sanitarna lwowska wybrała przewodniczącym dr. Szpilmana, zastępcami: d-rów Piska i Stachiewicza. W ciągu trzech tygodni Komisya odbyła 4 posiedzeń, na których rostrząsała nader ważne sprawy zdrowotne miasta i powzięła liczne uchwały. Krajowa Rada Zdrowia uchwaliła wnieść podanie do rządu, wykazujące konieczność utworzenia zakładu dla badania środków spożywczych przy katedrze higieny Uniw. lwowskiego. Budowa zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi została ze względu na stan skarbu krajowego odłożona na czas dłuższy.

* I-szy międzynarodowy Zjazd chirurgów odbędzie się w Brukseli od 18 do 23 września b. r. — Delegatem polskim na ten Zjazd jest prof. Rydygier, na którego odezwę, ogłoszoną w Nr. 15 „Przeglądu lekar." (str. 215), zwracamy uwagę zamierzających wziąć udział.

* W Iwoniczu został otwarty szpital na 40 łóżek dla chorych nieuleczalnych i matołków. W skład komitetu, który dźwignął tę uży-

teczną instytucyę, wchodzą: poseł hr. J. Potocki (prezes), dyrektor szkoły Filipowicz (sekretarz) i proboszcz w Iwoniczu ks. Podgórski (skarbnik). Fundusz powstał ze składek i większego zasiłku Wydziału krajowego, lecz kwota dotychczas zebrana nie pokryła wszystkich zobowiązań Komitetu i nie wystarczyła na opłacenie wielu niezbędnych wykończeń wzorowo obmyślanego zakładu; Komitet gorąco poleca sprawę tę ofiarności społeczeństwa polskiego i ufa, że tak szlachetny cel poruszy serca miłosierne. Datki należy adresować do ks. Podgórskiego w Iwoniczu.

* Dr. Maciesza, ordynator szpitala św. Aleksego i lekarz więzienny w Płocku, został stanowisk tych przez władzę pozbawiony.

* Jak donoszą dzienniki, zbadał prof. Marchlewski wspólnie z dr. Konst. Zakrzewskim zdroje szczawnickie co do obecności emanacyi promieniotwórczej.

* Warszawsko-łódzki oddział sanitarny powrócił do Warszawy z Charbina, który opuścił na miesiąc jeszcze przed ukończeniem rokowań o pokój.

* Od 13—19 sierpnia stwierdzono w Galicyi 2 przypadki ospy (po 1 w 2 powiatach), 13 przypadków zapalenia opon mózgowordzeniowych (w 8 gminach 7 powiatów, w tem 5 śmiertelnych), oraz 22 przypadki duru osutkowego (w 14 gminach 10 powiatów, a mianowicie: Brzeżany, Brzozów, Horodenka, Jarosław, Mościska, Nadwórna (7), Nisko, Przemyśl, Tarnopol, Żółkiew).

Mianowani: Dr Borchardt — profesorem nadzwycz. chirurgii w Berlinie. Dr. Grósz — zwycz. prof. okulistyki w Peszcie. Doc. Makara — zwycz. prof. chirurgii w Peszcie. Dr. Mayrhofer — profesorem nadzw. dentystyki w Insbruku.

Zmarli: Dr. Władysław Mączewski, lat 52, zmarł w Warszawie. Prof. Büngner, chirurg, l. 47, — w Hanau; Prof. Schweigger, oftalmolog, b. dyrektor kliniki, lat 75, — w Berlinie; Prof. farmakologii, Kunkiel, l. 56. — w Würzburgu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 33. Gabszewicz: Niezwykły krwotok do jamy brzusznej urazowego pochodzenia przy zachowaniu całości powłok brzusznych. Kijewski: Przyczynek do pneumotomii (dok.).

— *Medycyna* Nr. 34. Poczobut: Spostrzeżenia kliniczne nad przebiegiem sporadycznego zapalenia opon mózgowordzeniowych (dok.). Mutermilch: Kilka uwag o teoryach odporności.

— *Głos lekarzy* Nr. 17 zawiera: Widmo cholery. — Wynik wyborów do Izby lekarskiej krakowskiej. — Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.). — Dziesięciolecie Izb lekarskich (c. d.). — Historya sporu lekarzy z technikami dentystycznymi w Austryi. — Odcinek.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 35. Scherer: Vrozené vady srdeční ve věku dětském. Nový: O mimoděložním těhotenství. Kimla: Latentní hypoplasie vrozené složitých organů žlazových při vrožene příjici. Hegner: Biostatické poměry král. města Plzně v l. 1902—1904.

— *La Presse médicale* Nr. 67. Bué: Jak urządzić porady dla osesków na wsi i w mieście. Labbé: Kwaśność moczu w stanie fizyologicznym. — Nr. 68. Sacquépée i Chevrel: Zakażenia paratyfoidalne na zachodzie Francyi. Vermeulen: Wibracya serca.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 35. Bernhardt: Odosobnione porażenie prawego nerwu skórnomięśniowego po wiewiórze. Argutinsky: O przypadku tyreoplazyi (wrodzonego obrzęku śluzowatego) i o nizkiem położeniu pępka przy tem zboczeniu. Mayer: O zachowaniu się lecytyny wobec fermentów. Mironescu: Tkanka sprężysta ściany żołądka i jej stosunek do patologii żołądka. Levin: Przypadek samorodnego zwichnięcia gałki ocznej. Zondek: Przyczynek do nauki o uchyłkach Meckela. Franze: Nowsze zapatrywania na nerwice serca i o przyłączeniu się rozszerzeń serca do tych spraw. Aldor: O krwotocznej postaci marskości wątroby. Posner: Rozpoznawcze nakłucie jąder. Salge: Ostre choroby jelit u osesków.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 35. Langer: W sprawie tworzenia się swoistych niweczników w ustroju, zawierającym tasiemce. Trommsdorf: Prątek durowy i „bacillus faecalis alcaligenes“, dwa różne gatunki. Bandi i Simonelli: O obecności krętka bladego w drugorzędnych zmianach kiłowych i o sposobach jego barwienia. Schütz: Badania nad wydzielaniem śluzu w jelicie. Buttenberg: O drożności jajowodów dla płynów wstrzykiwanych do macicy. Jessen: O leczeniu nerwowych osób w górach, zwłaszcza w Davos. Fichtner: Lekkie postacie ropowicy twardej. Zahn: Przypadek załamania przełyku przez zwichnięcie żuchwy. Karehnke: Przypadek obustronnego zwichnięcia żuchwy. Fuchs: O tworzeniu się raka. Schottmüller: O nagminnem zapaleniu opon mózgowordzeniowych (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 35. Sachs: Jakie ma znaczenie lecytyna w hemolizie sublimatowej? Brezina: W sprawie siedziby wytwarzania się niweczników. Deiaco: Przyczynek do symptomatologii rumienia lombardzkiego.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 35. Romberg: Leczenie zwapnienia tętnic. Schultz: O powstawaniu zdwojonego tonu w naczyniach udowych. Bickel: Uwaga o oporności pepsyny na nizkie stopnie chłodu. Bichartz: Etyologia równomiernego rozszerzenia przełyku. Stubenrauch: O zapobiegawczem odżywianiu laparotomowanych, oraz uwagi nad sączkowaniem kiszek przez nakłucie. Hohlfeld: Objętość naturalnego żywienia oseska w Lipsku. Bergel: O promieniotwórczości. Schiff: Stowaina, jako miejscowy lek znieczulający. Seeligsohn: Alypina, nowy przetwór miejscowo znieczulający.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 35 (od dn. 27/VIII do 2/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 25, dziew. 19; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 14, kob. 8; zamiejscowych: męż. 9, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 11, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. 1. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. 1. 21) nowotwory: miej. —, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem:** miejscowych 22, obcych 18.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIV. Kraków 16 Września 1905. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej Dra S. Serkowskiego w Łodzi.

O ujednostajnieniu mleka, jako podłoża bakteryi.

Podał

Brunon Czaplicki.

Prawie w każdem mleku znaleźć można różnorodne drobnoustroje w większej, lub mniejszej obfitości. Pochodzą one bądź z przewodów sutka, bądź też z zanieczyszczenia mleka przez nawóz, pył, wodę, służącą do mycia naczyń i t. d. Obecność bakteryi w mleku jest rzeczą powszechnie znaną i dowiedzioną; wiadomo też z badań różnych autorów, że przez mleko mogą się przenosić jadowite bodźce chorobowe (gruźlica, dur brzuszny, cholera, błonica, wąglik, płonica i wiele innych). W szczególności co do cholery przypomnieć tu możemy spostrzeżenie Freudenreicha[1]): na pewnym okręcie zachorowali na cholerę majtkowie, mianowicie ci wszyscy, którzy pili mleko. Okazało się, że do mleka dostały się zarazki z wody, zanieczyszczonej wypróżnieniami chorych na cholerę. Rolę przenośnika przecinkowców cholerycznych przypisują mleku także Gaffky i Simpson.

Co do innych chorób i przenoszenia bodźców ich przez mleko, powołać się tu mogę na zestawienia Serkowskiego[2]), Dominikiewicza[3]) i innych.

Pragnę tu zwrócić uwagę na fakt odmienny, że nie każde mleko bywa dobrem podłożem do rozwoju drobnoustrojów, o czem łatwo się przekonać, szczepiąc pewne hodowle bakteryi w próbach mleka różnego pochodzenia. Tem się też tłómaczy, dlaczego różni autorowie otrzymywali tak odmienne wyniki, jak to najbardziej wpada w oczy w opisach rozwoju prątków cholerycznych.

Według badań Freudenreicha, przecinkowiec choleryczny rozmnaża się nadzwyczaj szybko w mleku jałowem, w mleku zaś surowem drobnoustroje te giną już w przeciągu 24 godzin w walce ze zwyczajnemi bakteryami mleka pod wpływem wytwarzanego przez nie kwasu. Niektórzy autorowie, jak Hesse, Weigman[4]) twierdzą, że przecinkowce choleryczne wcale się nie mogą rozmnażać w niegotowanem mleku; tymczasem Heimowi[5]) udało się odkryć je nawet w mleku skwaszonem i ściętem.

Porównajmy opisy rozwoju przecinkowca cholerycznego w mleku w różnych podręcznikach. Według Kolle-Wassermana rozwój ich w mleku jest bardzo słaby, jedynie w pierwszych okresach, potem zaś ustaje zupełnie, nie wywołując żadnych zmian zewnętrznych; natomiast według Thoinota i Masselina też same przecinkowce rosną w mleku bardzo dobrze, nie zmieniając jednak ani odczynu, ani zabarwienia i nie ścinając mleka. W pierwszem zaś wydaniu podręcznika Serkowskiego czytamy, że przecinkowce z jednych epidemii ścinają mleko, z innych zaś nie zmieniają go wcale.

Jak zobaczymy niżej, nawet podczas jednej i tej samej epidemii wyosobnione przecinkowce nie zawsze rosną jednakowo w różnych próbach mleka. To samo stwierdzono co do różnych szczepów prątka otoczkowego (*bac. capsulatus*) i prątka Friedländera.

Że w mleku surowem drobnoustroje nie zawsze rozwijają i zachowują się jednakowo, jest to rzeczą zrozumiałą i objaśnia się przez antagonizm, przez różnice odczynu, nie sprzyjającego niektórym z nich, przez wytwarzanie szkodliwych produktów jednych względem wydalin innych drobnoustrojów.

Różnica zaś rozwoju w mleku jałowem o określonym stałym odczynie musi zależeć od innych przyczyn. Według badań Serkowskiego przyczyna różnych wyników rozwoju bakteryi w mleku leży nie tyle w zmiennych właściwościach jednej i tej samej bakteryi, ile w zmiennym składzie mleka, w którem często zdarza się nadmiar tłuszczu i cukru mlecznego, a ten nadmiar działa hamująco na rozwój bakteryi.

Wskutek tego mleko odtłuszczone wirówką inaczej się zachowuje wobec bakteryi, aniżeli mleko tłuste, mleko zawierające 3% cukru mlecznego inaczej, aniżeli zawierające 5%, a znów odmiennie takie, w którem tych hamujących rozwój składników jest o połowę mniej (mleko na wpół rozcieńczone wodą).

Jak wiadomo, nie każdy gatunek mleka zawiera jednaką ilość tłuszczu i cukru mlecznego; odsetka ich zależy od bardzo wielu czynników (pora roku, rasa zwierząt, pasza, okres karmienia i t. d.).

Nadmiar cukru mlecznego lub trzcinowego w pożywkach jest dla bakteryi stanowczo szkodliwy (Smith[6]); również zbytnie nagromadzenie tłuszczów działa hamująco na rozwój bakteryi (Manfredi[7]).

Powyższe przyczyny (różnorodny skład mleka i nadmiar cukru mlecznego i tłuszczu), oraz ich skutki (niejednakowy rozwój jednych i tych samych szczepów bakteryi

[1]) Ed. v. Freundenreich. Die Bakteriologie in der Milchwirtschaft II Aufl. Jena 1898 r. (str. 32).

[2]) Mleko i bakterye. Serkowski. Warszawa 1900 (str. 90).

[3]) O przenoszeniu zarazy przez nabiał. Zdrowie 1903.

[4]) Milch-Zeitung 1894, Nr. 6, str. 82.

[5]) Serkowski. Mleko i bakterye. str. 91.

[6]) Smith ibd., T. 18, 1895.

[7]) Manfredi. Baumgartens Jahresb. 1887. 361.

w różnych próbach mleka o odmiennym składzie) stają na przeszkodzie szerszemu stosowaniu mleka, jako pożywki, w pracowniach na równi z bulionem, agarem lub żelatyną.

Najprostsze ujednostajnienie mleka, jako pożywki, może polegać na rozcieńczeniu go wodą w stosunku 1: 1, bo w ten sposób zarówno bezwzględne ilości cukru mlecznego i tłuszczu zmniejszają się o połowę, jak również o połowę są mniejsze krańcowe wahania każdego z tych składników. Jeżeli w mleku całkowitem odsetka cukru mlecznego waha się od 3% do 5%, to w rozcieńczonem = tylko $1^1/_2$—$2^1/_2\%$.

Próbując ujednostajnić mleko, jako pożywkę, wybrałem 2 drogi: 1) rozcieńczenie mleka wodą i 2) różnej procentowości rozczyny proszku mlecznego (galakton) o stałym składzie. A ponieważ na własności mleka, jak się przekonaliśmy, wpływa także sam sposób jego ogrzewania, więc w pierwszej seryi doświadczeń dla porównania każdą odmianę bakteryi szczepiłem jednocześnie w 3 próbach mleka: w jednej nierozcieńczonej i kilkakrotnie pasteryzowanej, w drugiej nierozcieńczonej, lecz wyjałowionej (odcień mleka był różowy) i w trzeciej rozcieńczonej 1:1 wodą i pasteryzowanej. Oczywiście doświadczenia poniższe były wykonane kilkakrotnie, zarówno jak i kontrola samych pożywek, w celu przekonania się, czy są jałowe. Do prób użyłem świeżego mleka o slabo-kwaśnym odczynie.

	Mleko rozcień.		Ml. całkowite		Ml. całk. przegrz.	
	Koagulacya	Odczyn	Koagulacya	Odczyn	Koagulacya	Odczyn
1. Bact. prodigiosum	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
2. Bact. violaceum	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
3. B. fluorescens putidus	+	alkal.	—	sł. alk.	—	alkal.
4. Bac. pyocyaneus	+	sł. kwaśny	+	sł. kwaśny	+	sł. kwaśny
5. Bact. Zophii	—	sł. alkal.	—	sł. alkal.	—	sł. alkal.
6. B. mycoides roseus	+	alkal.	+	alkal.	+	alkal.
7. Bac. subtilis	+	alkal.	+	alkal.	+	alkal.
8. B. mesentericus flavus	Δ	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
9. Spirillum rubrum	+	sł. kwaśny	—	sł. kwaśny	—	sł. kwaśny
10. B. gracilis non liquefac.	Δ	sł. alkal.	+	sł. alkal.	—	sł. alkal.
11. Bra	+	alkal.	+	alkal.	+	alkal.
12. B. jasmino-cyaneus	+	alkal.	+	alkal.	+	alkal.
13. B. flavo-aromaticus	Δ	alkal.	+	alkal.	+	alkal.
14. Bac. rubefaciens .	—	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
15. Bac. viridoflavus .	+	sł. kwaśny	—	sł. kwaśny	—	sł. kwaśny
16. B. lactis aërogenes	+	alkal.	+	alkal.	+	alkal.
17. B. acidi lactici . .	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
18. Mic. casei amari .	+	alkal.	+	alkal.	Δ	sł. alkal.
19. Bact. ochraceum .	Δ	sł. kwaśny	—	sł. kwaśny	+	sł. kwaśny
20. B. fluorescens aureus	+	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
21. B. cyanogenes . .	—	sł. alkal.	—	sł. alkal.	—	sł. alkal.
22. Bact. granulosum .	+	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
23. Bact. crassum . .	Δ	sł. alkal.	—	sł. alkal.	—	sł. alkal.
24. Staphylococcus cereus	—	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
25. Streptococcus pyogenes	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
26. Sarcina marginata .	+	sł. alkal.	+	sł. alkal.	+	sł. alkal.
27. Sarcina aurantiaca .	+	kwaśny	—	kwaśny	—	kwaśny
28. Microc. candicans .	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
29. Vibrio Dunbar . .	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
30. Bac. Danysz . . .	—	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
31. Marpman Harnbacillus	—	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
32. B. pseudotuber. 5*a* Corn Nr. 1	—	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
33. Paratyphus	—	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
34. Bact. coli commune	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
35. Bact. typhi	—	sł. alkal.	—	amph.	—	amph.
36. Bact. diphtheriae . .	—	sł. kwaś.	—	sł. kwaś.	—	sł. kwaś.
37. Bact. dysenteriae. .	—	sł. kwaś.	—	sł. kwaś.	—	sł. kwaś.
38. Bac. botulinus . .	—	—	—	—	—	—
39. Strept. brevis Lingelsheim	+	kwaśny	—	kwaśny	—	kwaśny

Znak + oznacza koagulacyę, — odwrotnie brak wszelkich zmian w mleku, Δ — koagulacyę z następnem rozcieńczeniem; odczyn „kwaśny" oznacza, że mleko nie zmieniło pierwotnego odczynu, bądź też że kwaśność zwiększyła się.

Największy rozwój, najwyraźniejsza koagulacya i najsilniejsze wytwarzanie się barwnika były przeważnie w mleku rozcieńczonem pasteryzowanem. W mleku całkowitem nierozcieńczonem, w taki sam sposób pasteryzowanem, rozwój był słabszy, a najmniejszy w mleku nierozcieńczonem przegrzanem.

Im dłużej i przy wyższej ciepłocie odbywa się ogrzewanie nierozcieńczonego mleka, tem gorzej rosną w niem bakterye.

Zbadałem odczyn każdej próby mleka, a w wielu z nich i stopień kwaśności: widzimy z powyższej tablicy, że nie zawsze odczyn pozostaje w ścisłym związku z koagulacyą mleka (por. bac. typhi, bact. Zophii, bac. rubefaciens, bac. fluorescens aureus, staphylococcus cereus, bac. Marpmani, bac. pseudotuberculosis Korn, bac. Danysz w przeciwstawieniu do sarcina marginata, bac. fluorescens putidus, bac. mycoides roseus, bac. subtilis, bac. mesentericus flavus, bac. gracilis, bac jasmino-cyanens, bac. flavo-aromaticus, bac. lactis aërogenes, micr. casei amari, bact. granulosum, bact. crassum).

Samo się przez się rozumie, że mamy wciąż na myśli koagulacyę mleka, lecz nie rozwój bakteryi w niem, są to bowiem nie zawsze pojęcia jednoznaczne i równoczesne.

O wiele bardziej poglądowo widać wyższość mleka rozcieńczonego, jako pożywki, z następującego zestawienia ścinania się trzech rodzajów mleka pod wpływem przecinkowców cholerycznych.

Hodowle z poprzednich epidemii		Ml. roz.	Ml. cał.	Ml. przeg.
1. Vibrio cholerae asiaticae	Kral	+	—	—
2. „ „ „	Chabarowsk	+	—	—
3. „ „ „	Kolekcya	+	+	—
4. „ „ „	Moskwa	+	+ —	—
5. „ „ „	Blumenthal	+	+	—
6. „ „ „	Charbin	+	+ —	—
7. „ „ „	Akkerman	+	+	—
8. „ „ „	Hamburg	+	+	+ — ?
Z obecnej epidemii				
9. Vibrio cholerae asiaticae	Japonia (1902)	+	+	—
10. „ „ „	Persya (1903)	+	+	—
11. „ „ „	„ (1904)	+	+ —	—
12. „ „ „	Baku I „	+	+	—
13. „ „ „	„ II „	+	+ —	— + ?
14. „ „ „	„ III „	+	—	—
15. „ „ „	Astrachań I (1905)	+	—	—
16. „ „ „	„ II „	+	—	—
17. „ „ „	Tyflis „2"	+	+ —	—
18. „ „ „	„ „10"	+	—	—
19. „ „ „	Merw (1904)	+	—	—
20. „ „ „	Reszt „	+	—	—

Mleko całkowite pasteryzowane niekiedy ścina się, niekiedy nie; co zależy jednak wcale nie od czasu i pochodzenia przecinkowców, lecz głównie od odsetki cukru mlecznego i w mniejszym stopniu od % tłuszczu. Z tego powodu wyniki otrzymywałem zmienne. W mleku rozcieńczonem pasteryzowanem zawsze i niezależnie od pochodzenia przecinkowców ścina się sernik szybko pod ich wpływem. Różnica w opisach w różnych podręcznikach co do rozwoju przecinkowców cholerycznych w mleku polega nie na odmiennych właściwościach tych szczepów, lecz na różnym skła-

dzie mleka i głównie na 1) różnej w niem ilości cukru mlecznego i tłuszczu i 2) na niejednakowem przygotowaniu mleka w różnych pracowniach, a niekiedy zależy od zbytniego ogrzewania.

Co jest rzeczą niezmiernie w tej sprawie ważną, to ta okoliczność, że koagulacya nierozcieńczonego mleka nieraz pod wpływem bakteryi bywa niestałem i zmiennem zjawiskiem, natomiast mleko rozcieńczone daje pod tym względem bardziej stałe, dodatnie wyniki.

Nie poprzestając na szczepieniu bakteryi w mleku rozcieńczonem, wykonałem następnie szereg badań nad rozwojem drobnoustrojów w roztworach różnoprocentowych galaktonu firmy br. Siekluckich w Warszawie.

Skład tego przetworu podług rozbioru w naszej pracowni w porównaniu ze składem konserw mlecznych niemieckiego pochodzenia jest następujący:

	Galakton warszawski	Pochodzenia niemieckiego. Proszek ml. z ml. niezbieranego	z mleka zbieranego
Wody	5,32%	6,08%	7,55%
Subst. azot.	33,05 „	23,09 „	30,81 „
Tłuszczu	15,95 „	23,14 „	1,73 „
Cukru mlecz.	42,25 „	42,39 „	53,45 „
Popiołu	3,43 „	5,30 „	6,48 „

Do badań rozcieńczałem galakton w różnym stopniu wodą, mianowicie brałem 5%, 7,5%, 10%, 12,5%, 15% roczyny. W roczynach tych szczepiłem pewne odmiany bakteryi, jak: *vibrio cholerae asat.*, *bac. coli commune*, *bact. typhi abdominalis*, *bac. violaceum*, *bact. mesentericum flavum*, *bac. fluorescens putidus*, *bact. viridoflavum* i przez następne szczepienie na agarze sprawdzałem ich rozwój. Okazało się, że prątek okrężnicy (*bact. coli*) i przecinkowiec choleryczny ścięły bez wyjątku roczyn mleczny niezależnie od nasycenia, ale szybciej w roztworach bardziej rozcieńczonych; prątek durowy wyrósł na wszystkich rodzajach bez koagulacyi, *bact. violaceum* ścięło mleko i wyrosło, jak również *bac. mesentericum flavum*, *viridoflavum* i *b. fluorescens putidus*. Szczepionki prątków duru brzusznego, nie zmieniając mleka, rosną dobrze w roczynach galaktonu.

Wogóle zauważyłem, że powyższe roczyny galaktonu nadają się jako ujednostajnione podłoża dla bakteryi, ale wskutek nierównomiernej zawiesiny, z której strąca się szybko dość duży osad, ustępują pod tym względem mleku rozcieńczonemu. Wskutek tworzenia się tych osadów roczyny proszku mlecznego nigdy nie zastąpią mleka, jako środka odżywczego dla ludzi.

Sądzę, że do stosowania mleka, jako podłoża, posługiwać się trzeba koniecznie ujednostajnionym przetworem, uzyskanym bądź przez rozcieńczenie mleka, bądź też w postaci roczynów galaktonu. Przy rozwoju bakteryi w mleku zwraca się uwagę na zmianę pierwotnego odczynu (lakmus, mianowanie, mleko zabarwione wskaźnikami), oraz na ścinanie się mleka, oddzielanie serwatki i powtórne rozpuszczenie skrzepu.

Sam sposób pasteryzacyi ma przy przygotowaniu ujednostajnionego mlecznego podłoża bezwarunkowo znaczenie pierwszorzędne: mleko musi być nie skwaśniałe, kilkakrotnie pasteryzowane z zachowaniem takiej ostrożności, aby nie było przegrzane, nie zmieniło swych własności i było zupełnie jałowe.

W tym celu powtórzyłem szereg doświadczeń Russela i Hastingsa z roku 1902 [8]) i sprawdziłem jałowość kilkuset pożywek mlecznych, ogrzewanych do rozmaitych t°. Trudność polega tu na sprawdzaniu badań, bo mleko z bakteryami bez zarodników łatwiej można wyjałowić od mleka, zawierającego prątki kwasu masłowego lub względne tlenowce z grupy ziemniakowych lub siennych o niesłychanie odpornych zarodnikach. Niezawsze otrzymuje się więc jednakowy wynik. Radzę pasteryzować rozcieńczone mleko w następujący sposób: ogrzewanie 40-minutowe do 90—92° C. powtarza się trzykrotnie z przerwami 24-godzinnemi, podczas których probówki stoją w cieplarce przy 35°; po ostatniej pasteryzacyi koniecznie należy sprawdzić, czy są jałowe. Wyjałowienie w autoklawie wywołuje w mleku znaczne zmiany, przeszkadzające ujednostajnieniu własności danej pożywki. Wyjaławianie drogą chemiczną, np. zapomocą chloroformu, nie nadaje się do tego celu.

Kontrola pożywek mlecznych [9]) powinna być zawsze z tego powodu wykonaną, że peptonizujące tlenowce (tak zwana trzecia grupa Flüggego) nie zmieniają wyglądu mleka w pierwszym okresie swego rozwoju. Co do odczynu i wpływu jego na rozwój bakteryi por. dokładne doświadczenia Fermi [10]). W świeżo wydojonem mleku odsetka kwaśności waha się w niewielkich granicach 4° Thörnera i dlatego do pożywek trzeba używać świeżo wydojonego mleka.

Zdaje mi się, że powyższe badania uprawniają mnie do wniosku, że rozcieńczenie mleka czyni je odpowiedniejszem dla rozwoju bakteryi, a to zjawisko ma nietylko wpływ na sposób przygotowania mlecznych pożywek w pracowniach, ale równocześnie powinno zwrócić uwagę każdego higienisty: przy zmniejszonej wartości odżywczej rozcieńczenie mleka wodą zwiększa możliwość zakażenia.

Na zakończenie pozostaje mi złożyć szanownemu Drowi Serkowskiemu serdeczne podziękowanie za cenne wskazówki i kierownictwo w mojej pracy.

II. Z zakładu bakteryologii i higieny Prof. Dra Bądzyńskiego i z zakładu medycyny sądowej Prof. Dra Sieradzkiego c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

O tak zwanych zatruciach mięsnych z uwzględnieniem epidemii zatrucia we Lwowie w r. 1904.

Podał

Dr. Ferdynand Stankiewicz,

asystent zakł. med. sądow.

(Ciąg dalszy.)

Z tego, co się wyżej powiedziało, zrozumieć łatwo, że dotychczas dla zapobieżenia zatruciom mięsem nie pozostaje nic innego, jak tylko uregulowanie i ścisłe przestrzeganie przepisów, tyczących się oględzin bydła i mięsa, a to zwłaszcza w przypadkach rzezi z konieczności. Po wsiach i miejscowościach mniejszych, gdzie nie ma publicznych rzeźni, a oględziny mięsa i bydła — o ile są dokonywane — powierzone są osobom, niezbyt w potrzebne do tego wiadomości wyposażonym, nadzór taki jest bardzo trudny, jeśli nie wprost niemożebny. W takich miejscowościach, jeśli

[8]) Milch-Zeit. 1902, Nr. 33 i 34.

[9]) Centr. f. Bakteriologie I, T. 23, 1898, str. 208 i 266.

[10]) Obecnie przeprowadzamy w naszej pracowni doświadczenia nad sprawdzaniem jałowości podłoża zapomocą *kalium tellurosum*.

jaka sztuka bydła ciężko zachoruje, a nie ma nadziei wyzdrowienia, rzeź odbywa się zazwyczaj w cichości, po kryjomu, a utworzona zaraz na miejscu z sąsiadów włościan „spółka spożywcza“ rozbiera pomiędzy siebie mięso z zabitego zwierzęcia po umówionej w takich razach już z góry cenie. Że w takich przypadkach nie powstają większe epidemie, oraz że przypadki choroby, stąd powstałe, rzadko dochodzą do publicznej wiadomości, pochodzi to naprzód stąd, że włościanie wogóle spożywają zazwyczaj mięso dobrze upieczone lub ugotowane, poprzednio często dłużej solone, a powtóre stąd, że — jak to wyżej podniosłem — takie zatrucia mięsem zazwyczaj idą na rachunek duru brzusznego lub też kryją się pod nazwą innej choroby, dotyczące bowiem osoby w obawie odpowiedzialności za udział w potajemnej rzezi starannie ukrywają właściwą przyczynę. Częstość zachorowań w tych razach mogłaby się zmniejszyć przez usunięcie i zniszczenie przynajmniej trzew i niezwłoczne ugotowanie mięsa po rzezi.

Inaczej się rzecz ma w miejscowościach, posiadających publiczną rzeźnię, w której obowiązuje przymus bicia w niej zwierząt, i gdzie oględziny bydła i mięsa wykonują zawodowo wykształceni urzędnicy sanitarni. Tutaj przypadki wątpliwe, w których trudnoby było określić dobroć mięsa, przydarzyć się mogą stosunkowo rzadko, rozważne bowiem ocenienie anatomiczno-patologicznych zmian, a w danym razie uwzględnienie objawów klinicznych i wykonanie badania bakteryologicznego pomoże w wątpliwych przypadkach biegłemu znawcy rozstrzygnąć o dobroci mięsa. Trudnem, a nawet niemożliwem będzie ono tam, gdzie mimo niewątpliwego istnienia choroby u zwierzęcia nie spotka się w mięsie lub w narządach wewnętrznych żadnych zmian anat., lub też stwierdzone zmiany nieznaczne i niezbyt rozległe nie dozwolą rozpoznać choroby i wydać orzeczenia. W takich razach mimo sumiennego badania zdarzać się mogą omyłki, dające powód do licznych chorób, a takich zdarzeń nigdy zupełnie uniknąć się nie da.

Zatrucia mięsem ze względu na swój odrębny charakter są często przedmiotem dochodzeń sądowych. Ocena takich przypadków zazwyczaj jest dość trudna, a opierać się powinna na rozważeniu wielu szczegółów. W szczególności przy wydaniu orzeczenia w takich przypadkach należy uwzględnić: 1) rodzaj objawów i przebiegu klinicznego choroby, 2) wynik sekcyi osób zmarłych, 3) charakter przypadku (czy dotyczy jednej lub kilku osób, lub też większej ich liczby w postaci epidemii), 4) stwierdzenie choroby u bydła, 5) własności fizyczne podejrzanych pokarmów mięsnych — wreszcie 6) wynik badania chemiczno-bakteryologicznego.

1) Ze względu na przebieg choroby i rodzaj objawów należy zauważyć, że:

a) rychłe wystąpienie pierwszych objawów przemawia za zatruciem; objawy, nastające po dłuższym czasie dowodzą zakażenia;

b) objawy w zakresie nerwów mózgowych dowodzą zatrucia kiełbasianego, natomiast na plan pierwszy występujące objawy w zakresie przewodu pokarmowego, niekiedy w postaci durowej lub cholerycznej, przemawiają za zatruciem mięsem ze zwierząt chorych, lub tez mięsem zepsutem, gnijącem; przy zatruciu mięsem gnijącem można spotkać kombinacyę zaburzeń trawienia z objawami nerwowymi.

2) Zatrucie kiełbasiane nic wywołuje żadnych zmian, któreby można stwierdzić przy sekcyi; przy zatruciu mięsem zgniłem lub pochodzącem ze zwierząt chorych spotyka się zazwyczaj objawy ostrego nieżytu przewodu pokarmowego rozmaitego nasilenia, niekiedy także spotyka się obraz ostrej ogólnej choroby zakaźnej.

3) Zatrucia mięsem zgniłem lub z chorych zwierząt pojawiają się najczęściej w postaci epidemii, obejmującej większą liczbę osób, zatrucia kiełbasiane dotyczą kilku, kilkunastu osób; pojedyncze przypadki chorób przemawiają raczej przeciw zatruciu mięsem w ogóle.

4) Zdarzające się równocześnie z zachorowaniem ludzi przypadki chorób u bydła przemawiają za zatruciem mięsem chorych zwierząt.

5) Pamiętać należy, że mięso zepsute, gnijące przy dostępie powietrza, może zupełnie zdrowiu nie szkodzić; tam, gdzie ono stało się przyczyną zachorowań, nastąpiło to albo przez zakażenie bakteryami lub przez zatrucie produktami wymiany materyi tych drobnoustrojów.

Mięso gnijące bez dostępu powietrza lub przy niedostatecznym jego przystępie zawiera istoty trujące, będące wytworem drobnoustroju, t. j. prątka zatrucia kiełbasianego (*bac. botulinus*). Mięso, wyglądające prawidłowo, staje się przyczyną zachorowań wówczas, gdy pochodzi ze zwierząt chorych; takie mięso jest siedzibą drobnoustrojów najczęściej z grupy *bac. enteritidis*, wytwarzających ciała trujące, odporne na gorąco: to też ugotowanie takiego mięsa nie zabezpiecza przed zachorowaniem. Mięso takie może uledz skutkiem gnicia dalszemu zakażeniu.

6) Wedle najnowszych doświadczeń nietylko możemy badaniem chemiczno-bakteryologicznem udowodnić istnienie takiego zatrucia u pewnej osoby, ale nadto możemy wykryć nawet po upływie pewnego czasu przebycie zatrucia, a to za pomocą aglutynujących własności surowicy krwi[34]).

Przedmiotem badań chemiczno-bakteryologicznych w przypadkach zatruć mięsem są zazwyczaj resztki niespożytych, często gnijących pokarmów mięsnych, wypróżnienia chorych, lub też wreszcie narządy i treść przewodu pokarmowego osób zmarłych, celem zaś badań jest wykrycie drogą chemiczną istot trujących, należących — biorąc ogólnie — do ciał białkowatych, oraz stwierdzenie obecności drobnoustrojów i ich określenie. Jeżeli uwzględnimy, że te pokarmy i t. d., zazwyczaj już zgniliźnie podległe i będące siedliskiem drobnoustrojów, mogą uledz dalszemu jeszcze zanieczyszczeniu, a tem samem mogą się zmienić i to nietylko one same, ale i wytworzone w nich trujące substancye, o których wykrycie nam chodzi, to łatwo zrozumiemy, jak bardzo każda, najmniejsza nawet zwłoka w badaniu i nieoględne postępowanie z przeznaczonym do badania materyałem mogą być szkodliwe i nietylko sprawić wynik mniej dokładny i wątpliwy, lecz wprost badanie zupełnie uniemożliwić. Zwłoka taka jest też często następstwem rozmaitych formalności, skutkiem których przedmiot, przeznaczony do badania, dochodzi do rąk właściwych tak późno, że o takich wynikach, któreby można dla sprawy zużytkować, mowy być nie może i zbyt często też winowajca, jeśli się taki znajduje, jedynie tylko z tego powodu nie otrzy-

[34]) Co do oceny zatruć mięsem pod względem sądowo-lekarskim ob. Lochte: Die amtsärztliche Beurtheilung der Fleischvergiftung (Botulismus). Vierteljahresschrift f. öffentl. Gesundh.-Pflege. XXXV. H. 2.

muje zasłużonej kary. Często też przyczyną takiej straty czasu bywa nieświadomość prowadzącego śledztwo, komu należy powierzyć podobne badania; takie lica sądowe błąkają się przez dni kilka po urzędach, znawcach i zakładach, dopóki nie dostaną się do rąk właściwych. O takim jednym przypadku wspomina Schröder[35]), dowodząc, że zmarnowano wtedy ze szkodą dla sprawy kilka dni. Uwzględniając nasze stosunki i przepisy, obowiązujące w Galicyi, według których przy rewizyach środków żywności, w wypadkach podejrzanego zachorowania, gwałtownej śmierci i t. d. obecnym być musi zawsze jako członek komisyi policyjno-sanitarnej lekarz miejski (lekarze policyjni czynności tych dotąd nie spełniają), sądzę, że na niego spada obowiązek pouczenia członków komisyi, w jakich naczyniach i w jaki sposób mają być opakowane i przesłane takie lica sądowe; on też winien zwrócić uwagę i pouczyć komisyę o tem, że badanie bakteryologiczno-chemiczne takich materyałów powinno być wykonane bez zwłoki. W ten sposób już w samych początkach dochodzeń mogłyby się władze zoryentować, czy w danym przypadku zachodzi rzeczywiście czyn karygodny, a wtedy nietylko częściej, niż to się dotychczas dzieje, poniósłby winny zasłużoną karę, lecz nierówne większe, niż dotąd, korzyści odniosłaby nauka, gdyż każde prawie takie badanie, przedsięwzięte na świeżym materyale, stać się może przyczynkiem do lepszego poznania tych, nie we wszystkich jeszcze szczegółach wyjaśnionych chorób.

Przechodzę do własnych moich spostrzeżeń:

W nocy z 4 na 5 czerwca zachorowała nagle rodzina rzemieślnika W., złożona z czworga dorosłych osób. Poprzedniego dnia byli wszyscy zupełnie zdrowi, oddawali się swym zwyczajnym zajęciom; tej nocy silne boleści i jęki głowy rodziny obudziły innych, dotąd w śnie pogrążonych jej członków, którzy również za chwil kilka podobnym cierpieniom ulegli. Najcięższe objawy były u 67-letniego mężczyzny, który przez cały dzień 5/VI był nieprzytomny i w tym stanie przyjęty do szpitala zmarł wśród zapadu 6/VI rano o godz. 5. Wedle wywiadów, zebranych w szpitalu, dokąd i resztę członków tej rodziny przewieziono, do chwili zachorowania cieszyli się wszyscy dobrem zdrowiem; po skończonej pracy w sobotę (4/VI) spożyli na wieczerzę około godz. 9 studzeninę (galaretę), zakupioną przez jednego z nich tego samego dnia nad wieczorem w sklepie przy ul. K. za 30 halerzy, a chociaż nie zauważyli w tej potrawie niczego szczególnego, to jednak wszyscy odnoszą przyczynę zachorowania do tej okoliczności.

Przypadki takiego zachorowania nie ograniczyły się na tej rodzinie: w krótkim czasie zgłosiło się do szpitala więcej osób, nadto stwierdzono urzędownie kilkanaście innych, pozostających w opiece domowej. Ogółem od dnia 1/VI wieczorem do 6/VI rano zachorowało nagle wśród podobnych objawów 35 osób, z tych zaś przeszło 20 osób zachorowało w nocy z 4 na 5 lub w ciągu 5/VI. Wedle wieku było dzieci do lat 2 troje, do lat 12 sześcioro, 26 osób dorosłych. W szpitalu i klinikach leczyło się 12 osób[36]), reszta leczyła się w domu, lub też lekarza wcale nie wzywała. Osoby te stanowiły 8 rodzin lub gospodarstw, nadto było 3 osób wolnych. Wszystkie te osoby przed zachorowaniem jadły studzeninę i wszystkie z wyjątkiem jednej, która okoliczności tej nie przypisywała żadnego znaczenia, a nawet z początku wogóle o tem nie wspomniała, odnosiły przyczynę zachorowania do spożycia tej potrawy. Studzeninę tę zakupywały w dwóch sklepach: przy ul. K. i ul. S. Studzenina wedle zaczerpniętych wywiadów nie ujawniała niczego nieprawidłowego, coby się dało było stwierdzić powonieniem lub smakiem, kilka osób określiło ją wprost jako smaczną, jedna, czy dwie, jadły ją nawet dwukrotnie z kilkugodzinną przerwą.

Pierwsze objawy choroby nie dały zbyt długo czekać na siebie: w przeważnej części przypadków nastąpiły już w 5—6 godzin, rzadziej w kilkanaście, najdłużej po upływie 24 godzin, raz nawet nastały już w $1\frac{1}{2}$—2 godzin (osoba ta, zjadłszy studzeninę w czasie odwiedzin u znajomych, zachorowała w drodze do domu). Na objawy te składały się silne boleści brzucha, mdłości, nudności, zawroty głowy, osłabienie, niekiedy poty zimne, a do nich przyłączały się w dalszym ciągu choroby przypadłości żołądkowo-jelitowe, t. j. wymioty, silna biegunka z częstymi (do 20 i więcej na dobę) płynnymi, zielonkawo-zabarwionymi, niekiedy cuchnącymi stolcami, parcie na stolec i mocz, niekiedy zmniejszenie wydzielania moczu, obok tego suchość w gardle, pragnienie i utrata łaknienia.

Pod względem przebiegu choroby możnaby przypadki te podzielić na trzy grupy:

a) z objawami groźnymi dla życia i przebiegiem bardzo ciężkim,

b) przypadki o średnio ciężkim przebiegu,

c) lekkie.

Ciężkich przypadków było ogółem pięć: jeden z nich zakończył się śmiercią (w 32 godzin po spożyciu studzeniny a w 25—26 godz. od pierwszych objawów). Inne jedynie dzięki szybkiej i starannej opiece lekarskiej zakończyły się pomyślne. Z czterech tych przypadków pierwszy dotyczył 18-letniego młodzieńca, który zachorował w nocy z 4 na 5/VI, przyjęty został w dniu 5 do szpitala, a następnie przeniesiony na klinikę na pół nieprzytomny z sinicą i objawami zapadu; w takim samym stanie przyjęto do szpitalika dziecko 6-letnie, którego życie przez czas dłuższy poważnie było zagrożone i jedynie wlewania podskórne i wstrzykiwania kamfory zdołały je ocalić. Trzeci przypadek dotyczył 60-letniej kobiety z wadą sercową, ostatni dorosłego młodego mężczyzny (ob. niżej).

Do przypadków o średnio ciężkim przebiegu zaliczyć można mniej więcej $\frac{1}{3}$ część wszystkich; u tych choroba trwała 10—14 dni; reszta były to lekkie, kilka dni trwające zaburzenia zdrowia

Co do innych objawów, które już to u jednego, już też u drugiego z chorych spostrzegano, wymienić należy niemiarowość tętna, stwierdzoną w pierwszych dniach choroby u kilku osób, rozszerzenie źrenic i leniwe ich oddziaływanie na światło, u wspomnianego dziecka od szóstego dnia choroby źrenice skaczące, utrzymujące się w tym stanie przez trzy dni z obfitem łzawieniem i lekkiem opadnięciem górnej powieki lewego oka. U wspomnianego dorosłego mężczyzny stwierdzono w chwili przyjęcia do szpitala na tułowiu osutkę; ze względu na nią, jak i na inne objawy duru brzusznego (powiększenie śledziony itd.) uważano początkowo przypadek ten za dur brzuszny tem bardziej, że chory ten był pierwszą ofiarą tej epidemii, gdy jeszcze o innych

---

[35]) Schröder: Die Fleisch- u. Wurstvergiftung in U. und Umgegend des Kreises Weissenfels im J. 1892. Vierteljahresschr. f. gericht. Medic. 1893. III. F. VI. S. H. Str. 104.

[36]) Za zezwolenie zużytkowania historyi chorób pacyentów, leczonych w klinikach i szpitalu powsz., składam PP. Profesorom i Prymaryuszom gorące podziękowanie.

przypadkach nic nie było wiadomo, a i sam chory w wywiadach nie wspomniał o żadnych błędach w dyecie.

Podwyższenie ciepłoty stwierdzono w pierwszych dniach choroby u wszystkich chorych, u niektórych dochodziło do 40·2° C. Tor gorączki był ciągły; ciepłota opadała stopniowo (*per lysin*), lub też nagle, przełomowo. U dziecka 6-letniego wystąpiły po tygodniu choroby plamki różowe (*roseola*) na kończynach, utrzymując się przez 3 dni, w dwóch innych przypadkach stwierdzono w okresie zdrowienia łuszczenie się naskórka, jak w odrze. W moczu chorych, leczonych w zakładach publicznych, znaleziono w 5 przypadkach (na 9) białko w skąpej ilości; białko to po kilku dniach znikło; w tych samych przypadkach pojawiał się też odczyn diazowy. Wykonane w dwu przypadkach badanie krwi nie wykryło zmian.

Okres ozdrowienia przeciągał się długo, u wszystkich chorych przez długi czas utrzymywało się znaczne osłabienie i ogromne wychudzenie.

W niektórych przypadkach powiodło się stwierdzić pewien stosunek między ilością zjedzonej studzeniny, a ciężkością zachorowania, w innych razach wyśledzić ten stosunek było trudno, głównie z tego względu, że chorzy nie mogli dokładnie określić ilości zjedzonej potrawy, bo zwykle z zakupionej za pewną sumę dla całej rodziny studzeniny jeden jadł więcej, drugi mniej; to jedno można powiedzieć na pewno, że ilość ta nie mogła być wielką, najczęściej 500 gramami studzieniny dzieliły się cztery osoby, na jedną wypadałoby 125 gr.; w bardzo wielu razach ilość ta nie wynosiła więcej, jak 60—75 gr. dla osoby dorosłej, największa ilość dochodziła raz do 200 gr. Jak ogólnie wiadomo, przyrządzają rzeźnicy studzeninę w ten sposób, że nogi zwierząt młodych (najczęściej wieprzów lub cieląt) po oczyszczeniu zalewają wodą, dodając niekiedy także i innych części zwierzęcego kadłuba, zwłaszcza obfitujących w klej, i gotują czas jakiś; następnie mięso wyjmują, krają na drobniejsze kawałki, mające 2—4 cm.³, przyczem kości albo pozostawiają albo odrzucają, układają pokrajane kawałki mięsa we formy, zalewają pozostałym z gotowania rosołem, poczem stawiają formy w chłodnem miejscu. Rosół ten z powodu zawartości kleju zwierzęcego krzepnie i tworzy się galareta z tkwiącymi w niej kawałkami mięsa. Dla smaku dodają też czasem przypraw w postaci czosnku, pieprzu lub liści bobkowych. Galareta taka utrzyma się bez zmiany w chłodnem miejscu, zależnie od ciepłoty, przez 2—4 dni; stanowi ona, jak o tem świadczy sam sposób przyrządzenia, znakomitą pożywkę dla drobnoustrojów gnilnych, to też z rozpływania się galarety poznać można, że wyrób nie jest świeży.

Zachęcony przez mojego szefa Prof. Dra Sieradzkiego i Prof. Dra Badzyńskiego, zająłem się najpierw zbadaniem materyału, jaki miałem pod ręką, t. j. zwłok mężczyzny, o którym na wstępie wspomniałem.

Badanie bakteryologiczne, jakie było wskazane, należało przedsięwziąć jak najrychlej, od tego bowiem zależała cała jego wartość i wynik, zwłaszcza wobec gorącej pory roku. Z drugiej jednak strony nie mogłem rozporządzać swobodnie zwłokami, zastrzeżonemi do sekcyi sądowo-lekarskiej, której terminu na razie nie oznaczono. To też postępowałem w ten sposób, by je jak najwięcej oszczędzić i dlatego nie otwierałem nawet przewodu pokarmowego, tem bardziej, że dość rozpowszechnioną była pogłoska, iż denat „otruty został studzeniną, w którą ktoś nasypał arszeniku". Materyał do badań bakteryologicznych wzbogacił się później, gdy za wiedzą sędziego śledczego ustąpił mi uprzejmie chemik sądowy nieco studzeniny ze skonfiskowanej przez komisyę w sklepie przy ul. K., a stanowiącej część wyrobu z 3/VI, którego reszta rozsprzedaną została.

Wynik dokonanej w dniu 7/VI o godz. 11 rano sekcyi sądowej zwłok denata był w streszczeniu następujący:

Budowa i odżywienie mierne, w zatokach żylnych mózgu krew płynna, naczynia opony miękkiej silnie nastrzykane, mózg przekrwiony, naczynia na podstawie mózgu o ścianach nieco sztywniejszych. Nieznaczne zrosty w częściach przykręgowych płuc, brzegi płuc zaokrąglone, poduszkowato rozdęte, w oskrzelach grubszych treść lepka, dość gęsta, w szczytach nieznaczne zagęszczenie łącznotkankowe.

Błona śluzowa jamy ust i gardła sucha, bladoróżowa; na błonie śluz. przełyku widać liczne gruczoły odosobnione; w krtani bł. śluz. blada, w tchawicy różowa, lepką żółtawą treścią pokryta.

Na przedniej powierzchni osierdzia ograniczone zgrubienie mlecznobiałe. w jamach serca ciemne i jasne skrzepy krwi, mięsień sercowy jędrny z odcieniem lekko-żółtawym, na błonie wewnętrznej tętnicy głównej nieznaczne zgrubienie śródbłonka, tętnice wieńcowe o ścianach zgrubiałych, nieco sztywniejsze. Śledziona bardzo mała (6 cm. długa, 4 cm szeroka), miąższ jej zbity, twardy, z silnym rozwojem tkanki łącznej. Żołądek podwiązany, a następnie otwarty, zawierał nieznaczną ilość treści płynnej, szarej, bez żadnej znamiennej woni. Błona śluz. żołądka w dnie drzewkowato nastrzykana, zresztą dość blada, nie rozpulchniona, lekko śluzem pokryta. Jelita, przecięte wzdłuż, mają błonę śluz. blado-różową, w całości lekko rozpulchnioną, bez wybroczyn, owrzodzeń, ani nadżerek. W dolnej części jelita cienkiego kępy Peyera lekko obrzękłe, oraz wyraźne grudki odosobnione. W jelicie grubem również treść rzadka zupełnie, błona śluz. rozpulchniona, bladoróżowa; w dolnych częściach kiszki grubej jest błona śluz. silniej różowo-zabarwiona, rozpulchniona. W nerkach miąższ ćmy, żółtawy. Wątroba, trzustka bez zmian. Gruczoły krezkowe nie powiększone, na przekroju różowe, soczyste.

Badanie bakteryologiczne narządów ze zwłok rozpocząłem 6/IV w południe t. j. 7—8 godzin po śmierci denata, studzeniny zaś zaraz po jej uzyskaniu t. j. 8/VI.

W celu wysiania na pożywki materyału z wątroby, śledziony i nerek postępowałem w sposób następujący: po wyjęciu narządu ze zwłok pociągałem rozżarzonym nożem powierzchnię, poczem drugim nożem jałowym robiłem cięcie pionowe, prostopadłe do powierzchni narządu, na 2—2½ cm. w głąb, w połowie zaś głębokości tegoż cięcia prowadziłem trzecim nożem cięcie idące w głębi narządu 1—1½ cm. od powierzchni, do niej równoległe, i stąd dopiero brałem materyał do szczepienia. W ten sam sposób postąpiłem z wyciętym dużym kawałkiem mięśnia lędźwiowo-udowego (*ileopsoas*); krew brałem, zachowując stosowne środki ostrożności, z komory prawej serca. Ze względu na odbyć się dopiero później mającą sekcyę zwłok sądową musiałem się na tem ograniczyć tak, że szczepień z przewodu pokarmowego na razie zaniechać musiałem, po sekcyi zaś nie przedstawiały one już wielkiej wartości.

Studzenina w chwili szczepienia, t. j. 8/VI, była masą galaretowatą, trzęską, jasno-żółtawą, po części już się rozpływającą, w której tkwiły większe i mniejsze kawałeczki mięsa czerwono-brunatnego. Mięso to dawało się łatwo igiełkami rozdzielić na wiązki włókien i pojedyncze włókienka, tudzież rozetrzeć na miazgę między palcami; pod mikroskopem niepodobna było stwierdzić budowy i prążkowania włókien, nie dało się też określić, z jakiego zwierzęcia mięso to pochodzić mogło. Zapach tej studzeniny był mdły, nieprzyjemny, woni gnilnej. Do szczepień użyto tak galarety, jak i samego mięsa; materyał brano ze środka największych kawałeczków mięsa. Jako pożywek używałem w każdym przypadku agaru i 10% żelatyny; żelatynę potem wylewałem na płytki. Z każdego materyału szczepiłem po 4—6

probówek agarowych i po tyleż żelatynowych, połowę z nich hodowałem dalej przy dostępie powietrza, połowę zaś w otoczeniu beztlenowem, mianowicie płytki żelatynowe w atmosferze wodoru (w aparacie Botkina), pożywki z agarem po usunięciu tlenu (sposobem Buchnera), pierwsze w ciepłocie pokojowej 18—20° C, drugie w cieplarce w 37° C [37])

Obok szczepień sporządzałem do badania na bakterye także preparaty odciskowe z narządów i ze studzeniny, nadto zaś część wyciętego ze zwłok mięśnia posiekano, wyciśnięto zeń w sposób jałowy sok, z którego również sporządziłem preparaty mikroskopowe i założyłem hodowle, głównie użyłem go za materyał do szczepienia zwierząt. Preparaty barwiłem już to zwykłymi barwikami wodnymi zasadowymi, już też sposobem Grama, próbowałem też dla odbarwienia tkanek, oraz dla lepszego uwidocznienia drobnoustrojów użycia kwasu octowego

Przy badaniu wszystkich tych preparatów stwierdziłem obecność drobnoustrojów w studzeninie (w galarecie i w mięsie studzeniny), w nerce, krwi i w mięśniu, resp. soku mięśniowym ze zwłok. W polu widzenia mikroskopu widać było jeden, czasem kilka rozrzuconych prątków, czasem jakby ziarniaków; zbitych ognisk, powstałych z nagromadzenia drobnoustrojów, nie stwierdzono. We krwi znaleziono tylko w jednym preparacie drobnoustroje w postaci prątków, ale w skąpej bardzo ilości, natomiast w studzeninie było ich sporo, zwłaszcza w preparatach z galarety w każdem polu widzenia po kilka i kilkanaście prątków dość grubych, już to dłuższych, już też krótszych o zaokrąglonych końcach. W preparatach z wątroby i śledziony drobnoustrojów nie znaleziono.

Jeżeli wynik ten był dość skąpy, to za to wynik szczepienia na pożywkach we wszystkich przypadkach pomyślnym został uwieńczonym skutkiem, choć i tutaj widać było odrazu wahania ilościowe. Już po upływie doby na pożywkach agarowych, na płytkach zaś po 48 godzinach stwierdzić można było obecność drobnoustrojów; wnosząc z ilości kolonii na płytkach najwięcej ich było w galarecie ze studzeniny, następnie co do liczby szły płytki z wątroby, śledziony, soku mięśnia zwłok, z mięsa galarety, z nerek i krwi. I tak na jednej płytce z wątroby było kolonii około 150, z krwi kilkanaście, na jednym agarze ze krwi było 8 odosobnionych kolonii, na agarze z nerki około 17 drobnych i t. d.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Schottmüller. **Przyczynek do etyologii włóknikowego zapalenia płuc.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1905, 30). W 6 spostrzeganych przez siebie przypadkach pierwotnego typowego włóknikowego zapalenia płuc otrzymał autor ze krwi chorych za życia, a następnie po śmierci z miąższu płucnego czyste hodowle paciorkowca śluzowego (*streptococc. mucosus*). W ten sposób etyologia pierwotnego włóknikowego zapalenia płuc wzbogaca się dzisiaj o jeszcze jeden drobnoustrój: obok dwoinki Fraenkla (*diplococcus pneumoniae*), która stanowi najczęstszą (około 95 prc.) przyczynę pierwotnego zapalenia płuc, bywa przyczyną prątek Friedländera (*diplobacillus s. pneumobacillus pneumoniae*) i wykryty obecnie przez Schottmüllera drobnoustrój. Odkrycie to jednak wymagać będzie sprawdzenia na większym materyale. Paciorkowiec śluzowy (*streptoc. mucosus*) układa się na podłożach stałych w dwoinki, leżące rzędami obok siebie. W zabarwionych preparatach znamienną cechę stanowi otoczka śluzowa, zachowująca się we wszystkich pokoleniach. Na powierzchni agaru tworzą się po upływie 20 godzin ciągnące się, połyskujące, śluzowe, wodojasne naloty. Odróżnić paciorkowca śluzowego od prątka otoczkowego (*bacillus capsulatus* Friedländer) lub paciorkowca róży (*streptoc. erysip.*), łatwo, uwzględniwszy cały szereg znanych własności biologicznych i hodowlanych. *Wilczyński.*

Hochheim. **Doświadczenia kliniczne nad digalenem** (*digitoxin. solub. Cloetta*). (*Zentralblatt für innere Medicin*, 1905, 22). Pomyślne doświadczenia, jakie co do digalenu zebrali Naunyn, Klemperer, Kottmann (ob. ref. w *Przeglądzie lek.* Nr. 26 b. r.) potwierdza w zupełności H. Stosował on digalen wewnętrznie, podskórnie i śródżylnie w przypadkach niewyrównanych wad serca z pomyślnym przeważnie skutkiem. Digalen przedewszystkiem podnosi parcie krwi, usuwa niemiarowość i zmniejsza szybkość uderzeń serca; przy objawach zastoinowych działa silnie moczopędnie, które to działanie pojawia się już w 2—3 dni po podaniu digalenu, a utrzymuje się jeszcze czas dłuższy po jego odstawieniu. Podskórne wstrzykiwania wywołują miejscowy obrzęk, czasem nawet krwawe podbiegnięcia i zazwyczaj parę godzin trwające, mierne, palące bole, mniej jednakże przykre, aniżeli po wstrzykiwaniach *digitoxini crystalisati*. Śródżylne wstrzykiwania są niebolesne. Objawów ubocznych (nudności, wymioty, zawroty i t. p.) H. nigdy nie zauważył. Ze względu na wysoką cenę przetworu sądzi autor, że wewnętrznie można użyć z równie dobrym skutkiem znacznie tańszego *digitoxinum crystalisatum* à 0·00025 3 razy dziennie w ciągu 3—4 dni, digalen natomiast ograniczyć tylko do podskórnych i śródżylnych wstrzykiwań. *Wilczyński.*

Arnstein. **Przypadek ostrego gośćca wielostawowego w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc, oraz kilka uwag o jego pochodzeniu.** (*Medycyna*, Nr. 6, 1905). Autor opisuje przypadek włóknikowego zapalenia płuc, które przebiegało zresztą zupełnie prawidłowo. Po przesileniu zapalenia, które nastąpiło w dniu 7-mym choroby, wystąpił w dniu 8-mym gościec wielostawowy. Autor roztrząsa pytanie, czy czynnikiem tego powikłania był swoisty zarazek gośćca, czy też sprawa chorobowa w stawach została wywołana przez zarazek zapalenia płuc — dwoinkę? Brak bakteryologicznego badania, któreby rozstrzygnęło to pytanie, zastąpił autor logicznem rozumowaniem: 1) ponieważ doświadczenie poucza, że pneumokokowe zapalenie stawów zwykle ogranicza się tylko do jednego lub dwóch stawów; 2) ponieważ zwykle bywa ono ropne, przebieg jego zwykle jest ciężki i długotrwały, a przetwory salicylowe pozostają bez wpływu na objawy tej choroby, — przeto autor sądzi, że miał do czynienia z swoistem zakażeniem gośćcowem, w którem zapalenie płuc odegrało tylko rolę usposabiającą przez zmniejszenie ogólne odporności ustroju, który uległ przez to łatwo zakażeniu gośćcowemu. *Hekim.*

E. Neter. **Moczenie krwawe jako jedyny objaw choroby Barlowa.** (*Deutsche med. Wochs.*, Nr. 19, 1904). Opis przypadku, dotyczącego ośmiomiesięcznego oseska, dotąd zupełnie zdrowego, którego od 4 miesięcy żywi matka wyłącznie zupą słodową (Malzsuppe Loefflund). Od 2 tygodni pojawiły się zaburzenia w stanie ogólnym i krwawe zabarwienie moczu. Badanie nie wykrywa żadnych zmian prócz krzywiczego zmiękczenia czaszki. Autor rozpoznał chorobę Barlowa, rozpoznanie potwierdziło się *ex juvantibus:* po podawaniu surowego mleka zmiany chorobowe znikły z moczu po 8 dniach. Autor zamierza artykułem swym zwrócić uwagę lekarzy, że krwawy mocz może być pierwszym objawem choroby Barlowa. *Stahr.*

Müller i Seidelmann. **Fizyologia i patologia odruchu powłok brzusznych.** (*Münchener med. Wochs.*, 1905, 28). Zachowanie się odruchu powłok brzusznych w warunkach prawidłowych, a co za tem idzie, i wartość objawu tego dla medycyny wewnętrznej bywa bardzo rozmaicie ocenianą; tak n. p. jeszcze w ostatniem wydaniu znakomitego podręcznika chorób nerwowych Oppenheim twierdzi, że odruch powłok brzusznych już u zdrowych jest zjawiskiem bardzo niestałem i dla patologii niema większego znaczenia. Sprzeciwiają się temu doświadczenia obu autorów, zebrane u większej liczby zupełnie zdrowych ludzi; z badań ich wynika, że odruch powłok brzusznych daje się stale wywołać zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet młodych ze zdrowym układem nerwowym i przy prawidłowym stanie narządów wewnętrznych jamy brzusznej; u ludzi wiekowych odruch zjawia się rzadziej. Co do

---

[37]) W późniejszych doświadczeniach dla zbadania chorobotwórczych własności wyosobnionych drobnoustrojów u zwierząt ograniczałem się do zakładania z każdego narządu hodowli agarowych i płytkowych po 1—3 probówek, hodując je następnie przy dostępie powietrza; po stwierdzeniu własności drobnoustrojów tych byłoby niepotrzebnem i bezcelowem hodowanie bez dostępu O.

samej techniki, to należy zawsze, odwróciwszy uwagę badanego, przesuwać równo szybko i silnie po obu stronach linii środkowej najlepiej tępym końcem ołówka lub igły. Jeśli odruchu wywołać nie można na chorym stojącym, to jeszcze na leżącym zjawić się on może. Brak odruchu — przy dokładnej technice badania — u osobników młodych każe zawsze przypuszczać jakąś chorobową przyczynę, a tą mogą być albo zmiany w układzie nerwowym, albo w narządach jamy brzusznej. W chorobach układu nerwowego odruch powłok brzusznych może być jednostronnie lub obustronnie zniesiony, lub też osłabiony. Jednostronny brak odruchu spotykamy przy mózgowych lub rdzeniowych porażeniach połowiczych różnego pochodzenia; tak n. p. w udarze mózgowym już w czasie śpiączki (*coma*), a więc w czasie, gdy rozpoznanie, która strona uległa porażeniu, napotyka czasem na trudności, można dzięki znamiennemu zachowaniu się odruchu powłok brzusznych stronę porażoną łatwo rozpoznać. To jednostronne zniknięcie, lub też osłabnięcie odruchu jest objawem, nietylko bardzo wczesnym, ale także powstającym już przy słabych napadach udarowych i utrzymującym się długo nawet po ustąpieniu porażeń; z tego względu może on mieć znaczenie w praktyce lekarskiej, dotyczącej ubezpieczeń na życie. Jak wiadomo zniesienie, lub też osłabienie odruchu powłok idzie zwykle tutaj w parze ze wzmożeniem odruchu kolanowego po porażonej stronie. Obustronny brak odruchu jest wczesnym i ważnym objawem stwardnienia rozsianego (*sclerosis multiplex*), a w przypadkach wątpliwych, gdzie rozpoznanie waha się pomiędzy porażeniem rdzeniowem kurczowem (*paralysis spinalis spastica*), a stwardnieniem rozsianem, rozstrzyga na rzecz stwardnienia. Przeciwnie w wiądzie rdzenia odruch bywa utrzymany, a nawet często wzmożony z wyjątkiem późnych okresów wiądu i tych przypadków, w których skutkiem zwyrodnienia powrózków tylnych nastaje rozległe, zupełne znieczulenie powłok brzusznych.

Wszystkie ostro przebiegające zapalne, bolesne cierpienia jamy brzusznej, n. p. wszelkie napady kolki, mogą — jeżeli tylko przy nich nastają znaczne zmiany w napięciu powłok, a w szczególności kurczowe ich zapadanie się — znieść odruch brzuszny całkowicie lub częściowo. Przewlekłe natomiast, powoli rozwijające się cierpienia jamy brzusznej, przy których pojemność brzucha skutkiem gromadzenia się płynu stopniowo tylko wzrasta (gruźlica i rak otrzewnej, puchlina brzuszna przy wadach serca i nerek) — nie zmniejszają zazwyczaj odruchów. Miejscowe, ściśle ograniczone cierpienie jamy brzusznej, wywołujące tylko miejscową bolesność i napięcie powłok brzusznych, (n. p. zapalenie okołowyrostkowe, kamica żółciowa) wywołują także tem samem tylko częściowe, ograniczone do zajętej strony, zniesienie lub zmniejszenie odruchu. *Wilczyński.*

Prof. Lichtheim. **O torbielach móżdżku.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, 28). Torbiele móżdżku nie są wcale rzadkie, a spotyka się je zazwyczaj w wieku młodym. Są to albo 1) wypuklenia czwartej komory, albo 2) jakiekolwiek nowotwory z następowem dopiero tworzeniem się torbieli, albo 3) zwykłe surowicze torbiele, albo wreszcie 4) dawne ogniska krwotoczne i rozmiękczynowe. W klinice królewieckiej spostrzegał Lichtheim 2 przypadki, w których na podstawie objawów klinicznych rozpoznano guz móżdżku; gdy próbne nakłucie rozpoznawcze wykryło w głębi móżdżku płyn barwy bursztynowo-żółtej, krzepliwy, bogaty w białko, — przystąpiono do operacyi (Garrè), zakończonych pomyślnie. Lichtheim uważa próbne nakłucie móżdżku za bardzo ważny środek pomocniczy w rozpoznawaniu chorób móżdżku zarówno co do ich przyrody, jak i siedziby. Doszczętnego zabiegu chirurgicznego nie należy długo odwlekać, aby tarcza zastoinowa nie przeszła w zanik nerwu wzrokowego. *Wilczyński.*

Prof. Bollinger. **Tasiemiec eliptyczny** (*taenia cucumerina*) **u człowieka.** (*D. Archiv f. klin. Med.*, 1905, T. 84). Obok spotykanego najczęściej u ludzi tasiemca przewierconego (*taenia saginata*), samotnego (*t. solium*) i bróździgłowca (*botriocephalus latus*) zdarza się wyjątkowo w jelicie ludzkiem jeszcze i inny pokrewny pasorzyt — tasiemiec eliptyczny (*t. cucumerina s. elliptica = Dipylidium caninum*), którego właściwym gospodarzem jest pies i kot. U zwierząt tych spotyka się go zazwyczaj bardzo często (według statystyki Krabba w więcej niż połowie wszystkich zwierząt); niekiedy jelito cienkie dotkniętego zwierzęcia wypełnione bywa prawie samymi czerwiami, których ilość dochodzić może do kilkuset sztuk. Właściwy cykl rozwoju tasiemca eliptycznego jest następujący: Najstarsze, końcowe członki tasiemca odchodzą ze stolcem psa lub kota, przyczem pewna ich ilość przylepia się do sierści w okolicy odbytu; zawartemi w członach dojrzałemi jajami karmią się zamieszkujące w sierści pchły (ludzka i psia) i w ich wnętrzu przekształcają się jaja w bąblowce; podług Grassiego jama brzuszna pchły psiej zawiera czasem i 500 sztuk bąblowca tasiemca eliptycznego. Psy, liżąc się lub gryząc, połykają pchły, a razem z niemi wprowadzają do swego przewodu pokarmowego zarodki tasiemca; w jelicie psa tasiemiec dojrzewa bardzo szybko. Człowiek zakażać się może w rozmaity sposób, stykając się ciągle z psem; niewykluczonem jest także, że bardzo ruchliwe pchły, zawierające wągry, skacząc, dostają się n. p. do mleka i z niem połknięte zostają. Ogółem opisano dotychczas (ostatni Zschokke w Zentralbltt f. Bakteriologie, 1905) zaledwie 39 przypadków tasiomca eliptycznego u człowieka, z czego 31 przypada na dzieci, a 8 na dorosłych; tę przewagę dzieci tłomaczy się bliższem ich stykaniem się podczas zabawy z psami; być może, że na stolce u dzieci większą zwraca się uwagę; z drugiej strony u dorosłych niewątpliwie częściejby notowano obecność tasiemca eliptycznego, gdyby lekarze umieli dokładnie i ściśle odróżniać go od tasiemca samotnego (*t. solium*). Najmłodsze dziecko, u którego stwierdzono tasiemca eliptycznego, liczyło dni 40; fakt ten dziwić nie może wobec tego, że jaja tasiemca, dostawszy się do przewodu pokarmowego, nadzwyczaj prędko się rozwijają tak, że n. p. u szczeniąt miesięcznych spotykano już wyrosłe i płciowo dojrzałe tasiemce. Co się tyczy geograficznego rozmieszczenia tasiemca eliptycznego, to zależnie od kosmopolitycznego głównego swego gospodarza — psa, znajdowano go we wszystkich krajach Europy. Jak więc widzimy, pies, który w jelicie swojem ukrywać może tasiemca bąblowcowego (*taenia echinococcus*) i eliptycznego, jest dla człowieka i zwierząt domowych (bydło, owce, nierogacizna) podwójnie niebezpiecznym. *Wilczyński.*

B. Wagner. **O sporadycznym gnilcu** (*scorbutus*). (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 36 i 37). Autor opisuje dwa przypadki gnilca, dotyczące dwóch służących (lat 40 i 21), które prawie równocześnie zgłosiły się do kliniki w Rostoku. W obu przypadkach nie zdołano znaleźć przyczyny cierpienia, gdyż obie służące żyły w hygienicznych warunkach, dobrze się odżywiały i dlatego autor za przyczynę uważa zakażenie. Obie chore wysoko gorączkowały, u obu była znaczna liczba krwinek białych (75.000, i 31.000). Krwinki czerwone tylko w drugim przypadku były zmienione (poikilocytoza, mikrocyty). W obu przypadkach wielka bladość powłok i błon śluzowych. Badania bakteryologiczne krwi z wynikiem prawie ujemnym; — w drugim przypadku wyhodował się prątek, podobny do prątka okrężnicy. W obu przypadkach śmierć wskutek niedomogi serca. Wszelkie próby leczenia — stosowano także adrenalinę — bez skutku. Autor omawiając oba przypadki godzi się na zapatrywanie Littena (Nothnagel, T. VIII), że poszczególne postacie rumieni nie mają zasadniczych różnic, ale tylko stopniowe, co do nasilenia sprawy chorobowej. Autor nazwał swoje przypadki „sporadycznym gnilcem“, bo jak wiadomo, gnilec zdarza się głównie epidemicznie lub endemicznie. *Stahr.*

Oswald Moritz. **Przypadek plamicy Werlhofa.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 36, 1905). Praca zawiera opis przypadku choroby Werlhofa, dotyczący 18-letniego praktykanta handlowego. Przypadek ten wyróżnia się tem, że wybroczyny podskórne miały skłonność do rozpadu. Na miejscu wszystkich wybroczyn potworzyły się wrzody, niesklonne do gojenia się (ziarniny). W miejscach uciskanych (łokcie, plecy, pośladki, biodra), powstały głębokie ubytki z rozpadu. Zgorzel gardła była punktem wyjścia posocznicy, która skończyła się śmiercią. Autor w końcu pracy omawia rozpoznanie różniczkowe rumienia krwotocznego i gnilca i dochodzi do wniosku, że to nie są różne postacie chorobowe, ale tylko odmiany tego samego cierpienia. *Stahr.*

Rosenberg. **Zakres trawienia białek w żołądku ludzkim w warunkach normalnych i chorobowych.** (*Zschft. für klin. Medicin*, 1095, LVI, 5 i 6). Badania ilościowe nad wytworami trawienia w żołądku zdrowym i chorym, z myślą, czy tych wyników nie możnaby użyć do celów rozpoznawczych, doprowadziły do następujących wyników: Ilość białka przechodzącego w roztwór jest w różnych sprawach chorobowych jednakowa, więc jako czynnik rozpoznawczy nieda się użyć. Przy braku soku żołądkowego n. p. tak jest znaczną, że autor przypuszcza działanie zastępcze pseudopepsyny lub działanie trawiące śluzu żołądkowego, które mu niektórzy przypisują.

Z badania wytworów trawienia, stojących poniżej albumoz, wynika, że żołądek nader szybko rozkłada białko na ciała, stojące już poniżej właściwych peptonów, a zatem przypuszczalnie kwasy di- i monoaminowe i to znowu zarówno żołądek prawidłowy, jak chorobowo zmieniony. W żołądku prawidłowym lub przy nieznacznych zmianach wydzielniczych ilość produktów, niżej albumoz stojących, należy od stopnia kwaśności, w innych sprawach chorobowych tej zależności nie zauważono. Jedyną wartością, mogącą być, zdaje się, użytą jako czynnik rozpoznawczy, jest znaczna ilość azotu resztkowego (niedającego się stracić kwasem fosforowolframowym) przy raku żołądka. Odczyn tryptofanowy (różowe zabarwienie po dodaniu kropli wody bromowej do zakwaszonej treści) niema znaczenia rozpoznawczego dla żadnej sprawy chorobowej. *Mostowski.*

Docent Gabritschowsky. **Swoiste leczenie gorączki powrotnej.** (*Zschft. f. klin. Medicin*, 1905, LVI. 1 i 2). W roku 1896 wykazał autor, że krew chorych na gorączkę powrotną działa w okresie bezgorączkowym zabójczo na krętki (*spirochaete Obermeyeri*) i że przez szczepienie konia lub psa krwią, zawierającą te krętki, można uzyskać surowicę, która wstrzykiwana ludziom w pierwszym okresie bezgorączkowym działa częściowo zapobiegawczo w tem znaczeniu, że znaczniejszy odsetek chorych nie ulega nawrotowi choroby, niż przy pozostawieniu choroby bez leczenia, a ewentualny, znacznie rzadziej występujący drugi napad skraca się, okres zaś bezgorączkowy przedłuża.

W roku 1903 powtarzał autor swe doświadczenia na 20 chorych z surowicą uodpornionego muła, z wynikiem bezwarunkowo dodatnim, gdyż przy stosowaniu swoistego leczenia napad nie powtórzył się w 5 prc., raz się powtórzył w 40 prc. przypadków — bez leczenia zaś niebyło nawrotu tylko w 27 prc., jeden nawrót był w 64 prc. przypadków. Obok stosowania swoistego leczenia starał się autor uodparniać swych chorych przed nawrotem, szczepiąc ich w okresie bezgorączkowym ich własną krwią, którą upuszczono poprzednio w czasie najwyższej gorączki i w której zabito krętki przez półgodzinne ogrzewanie surowicy do 58° C. Pewnych wyników autor nieotrzymał. *Mostowski.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Labhardt. **Uwagi nad biologicznemi teoryami drgawek porodowych.** (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* T. LIV, Z. 2, 1905). Autor roztrząsa trzy biologiczne teorye drgawek porodowych: 1) Veita, który, opierając się na zdaniu Schmorla, iż komórki łożyskowe mogą dostać się do obiegu krwi matki i na zdaniu Ehrlicha, który stwierdził, iż dostanie się do krwi obcych komórek wywołuje przemiany chemiczne, twierdzi, iż pod wpływem nagłego dostania się komórek łożyskowych do krwi matki wytwarza się trucizna, której zbyt wielka ilość wywołuje drgawki porodowe; 2) Ascoliego, który twierdzi, iż obce komórki, dostawszy się do krwi matki, sprawiają tworzenie się nowego ciała zwanego lizyną, która ma za zadanie rozpuszczać obce komórki i zobojętniać ich trujące działanie; skoro więc dostaną się liczne komórki łożyskowe do obiegu krwi matki, wytwarza się nadmiar lizyny i ta wywołuje drgawki porodowe; 3) Weichhardta, który dowodzi, iż przy rozpuszczaniu się komórek łożyskowych powstaje t. zw. syncytyotoksyna, tę zobojętnia równocześnie wytworzona antytoksyna; w pewnych przypadkach antytoksyna się nie wytwarza i wówczas pod wpływem syncytyotoksyny powstają drgawki porodowe. Autor sądzi, iż każda teorya chorobowa, jeżeli ma być uznana za słuszną, powinna odpowiedzieć na trzy pytania, t. j. czy stoi w zgodzie ze zmianami anatomiczno-patologicznemi, jak również z biologicznymi i patologicznymi objawami; 2) czy stoi w zgodzie z objawami klinicznymi; 3) czy doświadczenia są identyczne z rzeczywistymi objawami. Otóż, zdaniem autora, żadna z wyżej wymienionych 3 teoryi na te pytania nie odpowiada. I tak, co do pytania pierwszego udowadnia autor, iż zazwyczaj niewiele komórek łożyskowych dostaje się do krwi matki, natomiast dostanie się znacznej ich ilości, n. p. przy ręcznych wyjęciach łożyska przy łożysku przodującem lub pęknięciu macicy bardzo często wcale nie wywołuje drgawek. Co do teoryi Weichhardta, to dotąd nie wykryto ani toksyny, ani antytoksyny; gdyby zaś toksyna nawet rzeczywiście istniała, to dlaczegóż u jednych osobników antytoksyny się wytwarzają, u drugich zaś nie? Tej teoryi nie można porównać z chorobami, wywołanemi przez bakterye, gdzie ustrój w różny sposób i w różnym stopniu oddziaływa przeciw bakteryom. W chorobach tych same bakterye są nieprzyjacielem, przeciw któremu ustrój się broni, przy drgawkach porodowych natomiast nieprzyjaciela nie znamy, więc nie można też twierdzić, że ustrój zdolny jest z nim walczyć. Następnie dlaczego komórki łożyskowe miałyby mieć działanie trujące? Kosmki łożyskowe zawierają tkankę łączną, komórki naczyń, warstwę Langhansa i syncytyum. Nie wiemy, które z tych składników mają mieć to trujące działanie. Syncytyum nie może działać trująco, bo jeżeli ono pochodzi z tkanek matki, to własne komórki ustroju matczynego nie mogą na ten ustrój działać trująco; jeżeli zaś syncytyum należy do płodu, to im późniejsza ciąża, tem komórek tych jest mniej, częstość zaś drgawek porodowych przy późnych ciążach przeciwnie — zwiększa się. Czy zaś wogóle komórki łożyskowe są ustrojowi matki obce, to jeszcze pytanie, bo przecież kosmki są wytworem komórki jajowej matki i jako takie nie mogą mieć działania trującego. Trudno zaś przypuścić, iżby mały współudział nasienia pociągał za sobą tak znaczne trujące działanie; wreszcie nasienie bądźcobądź nie są to komórki rodzajowo różne, jeżeli zaś nie są obce, to nie mogą wywoływać tworzenia się lizyny. Dlaczego dalej nie zdarzają się drgawki porodowe u zwierząt, których łożysko podobne jest do ludzkiego? Przypadki t. zw. drgawek porodowych u suk nie są podobne do drgawek u ludzi, bo u suk powstają drgawki toniczno-kloniczne przy utrzymanej przytomności. Wreszcie według tej teoryi miałyby działać trująco oderwane komórki łożyskowe; nie mamy jednak żadnego dowodu, że komórki oderwane różnią się chemicznie od będących »in situ«. Chemiczne zmiany zależą od odżywienia tych komórek. Jeżeli są one odżywiane przez krew matki, otaczającą kosmki, to wszak po oderwaniu się nadal w niej pozostają. Jeżeli zaś są odżywiane przez krew płodu, to musiałyby wszystkie matki z płodami nieżywymi zapadać na drgawki porodowe, wówczas bowiem kosmki również nie byłyby odżywiane. Atoli drgawki porodowe nie zdarzają się częściej u matek z płodami nieżywymi, niż u matek, których płody żyją; co więcej, często drgawki porodowe ustępują, gdy płód umiera. Na pytanie drugie również w wielu punktach żadna z wymienionych trzech teoryi nie odpowiada. I tak: drgawki porodowe zdarzają się najczęściej u pierwiastek, chociaż według wspomnianych teoryi powinnyby pierwiastki mieć większą zdolność wytwarzania antytoksyn. Jeżeliby zaś przypisać mniejszą częstość drgawek porodowych u wieloródek zapasowi antytoksyn w ustroju, to dlaczegóż przypadki drgawek, zdarzające się u wieloródek, są zazwyczaj bardzo ostre, chociaż właśnie powinnyby być łagodniejsze. Następnie fakt, iż drgawki zdarzają się najczęściej przy miednicach ścieśnionych, nic przecież nie może mieć wspólnego z dostaniem się komórek łożyskowych do krwi matki lub z niedostatecznem wytworzeniem się antytoksyn. Żadna z tych teoryi nie zdoła też wytłómaczyć znanej zależności drgawek porodowych od zmian atmosferycznych. Wreszcie, jak wytłómaczyć pojawianie się drgawek w 14, 15, 24 dni, a nawet w 8 tygodni po porodzie, wówczas, gdy łożyska już niema i o zawleczeniu komórek łożyskowych do obiegu matczynego mowy być nie może? Dlaczegoż wreszcie nie powstają drgawki n. p. przy poronieniach trąbkowych, przy których tak znaczna ilość kosmków dostaje się do jamy brzusznej i ulega zmianom chemicznym. To właśnie świadczy, że ani łożysko, ani płód sam nie są wobec matki rodzajowo różne. Co do pytania trzeciego, to doświadczenia nie dały wyniku dodatniego. U zwierząt bowiem nie zdołano wywołać drgawek porodowych. Wprawdzie Weichhardt, który wstrzykiwał królikom zawiesinę z łożyska ludzkiego, a następnie surowicę tych zwierząt, zmieszaną z ludzką miazgą łożyskową, wstrzykiwał innym zwierzętom, wywołał w 3 na 9 przypadków zatrucie tych zwierząt przez wytworzoną syncytyotoksynę ze zmianami anatomiczno-patologicznemi i z klinicznymi objawami drgawek porodowych; ale też wstrzykiwania takiej mieszaniny nie można porównać z zawleczeniem komórek łożyskowych do krwi matki. Po pierwsze 5—6 wstrzyknięć nie da się porównać z ilością zawleczonych komórek u kobiety, gdyż taka stosunkowo ilość zawsze wywołałaby u kobiety zatory; po drugie jakość wstrzykniętej mieszaniny różni się swym składem, a przytem mieszanina taka jest dla królika zupełnie rodzajowo różna. Że na to królik oddziaływa, to z tego nie wynika jeszcze, by w podobny sposób musiał i człowiek oddziaływać. Wreszcie przygotowanie całej mieszaniny musi wywoływać różne zmiany chemiczne; natomiast zawleczone komórki dostają się zupełnie nienaruszone do krwi matki. Następnie fakt, iż po wstrzyknięciu królikom łożyska króliczego zamiast ludzkiego żadnych objawów chorobowych nie było, świadczy, że komórki łożyskowe tego samego zwierzęcia nie są dla niego trujące. Na podstawie tych i wielu innych jeszcze krytycznych poglądów na biologiczne teorye drgawek porodowych, dochodzi autor do przekonania, że teorye te wcale nie tłómaczą powstawania drgawek porodowych. *Dr. Gustaw Wierzbicki.*

C. Heller. **Samozatrucie jelitowe po cięciu brzusznem.** (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* Tom LV). W 2 do 3 dni po operacyi rozwijają się czasem objawy, przypominające niedrożność jelit, jak: wzdęcie brzucha bez bolesności, zaparcie stolca, wymioty, przyspieszone i osłabione tętno, ciepłota podwyższona lub obniżona poniżej poziomu prawidłowego. Stan taki trwa 4—10 dni, a w przypadkach, kończących się śmiercią, sekcya nie stwierdza ani zakażenia ogólnego zapalenia otrzewnej, ani żadnej przeszkody w drożności jelit; jelita cienkie bywają ogromnie rozdęte i napełnione cieczą kałową. Autor uważa za przyczynę tego stanu porażenie jelit, a zatrucie produktami gnilnymi za przyczynę śmierci. Jakie mogą być powody tego porażenia? Ochłodzenie, obeschnięcie, może nieznaczne uszkodzenie jelit przez ucisk, zmiana warunków ciśnienia i krążenia w wyjętej części jelit, nawał przy wysokiem ułożeniu miednicy (Trendelenburg) podczas operacyi dają podstawę do przyjęcia samoistnego porażenia jelit, gdyż w wielu przypadkach badania bakteryologiczne otrzewnej, jakoteż samej rany i jej otoczenia wypadły zupełnie ujemnie, a przypuszczenie, że drobnoustroje mogły się dostać przez ścianę jelita, odpiera brak jakiegokolwiek odczynu. Za powód zatrucia ustroju produktami gnilnymi przyjmuje autor także upośledzenie działania narządów, które usuwają lub przetwarzają substancye trujące: w pierwszej linii wątroby. Ilość glikogenu może być już przed operacyą zmniejszona, konieczna po operacyi dyeta nie przyczynia się do zwiększenia jej, a wreszcie uśpienie chloro-

formowe podczas operacyi oddziaływa szkodliwie na czynności wątroby. Autor opisuje dwa przypadki takiego samoistnego porażenia jelit, wyleczone po 6 dniach zupełnie przy leczeniu senesowym 12·5: 100 i lewatywami, które jednakowoż w takich przypadkach działają z powodu niedowładu jelit słabo i niepewnie.

Dr. Gustaw Wierzbicki.

Prof. W. Stoeckel. **Dalszy przyczynek w sprawie cieczenia macicznego u ciężarnych.** (*Hydrorrhoea uteri amniclis*) (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LIV, Z. 3, 1905). Autor wspominając pokrótce, na czem polegają dwa kliniczne obrazy cieczenia macicznego ciężarnych t. j, *hydrorrhoea decidualis*, będąca następstwem zmian zapalnych w błonie śluzowej macicy ze wzmożonem wydzielaniem z gruczołów i *hydrorrhoea amnialis*, będąca następstwem pęknięcia pęcherza płodowego, omawia dokładnie tylko *hydrorrhoea amnialis*. W przypadkach tych mniej więcej w III. miesiącu ciąży lub wogóle w pierwszej połowie ciąży pęka pęcherz płodowy, odpływają wody, błony płodowe ześlizgują się poza płód, tak, że płód rozwija się w takich warunkach przez szereg miesięcy aż do prawidłowego lub przedwczesnego końca ciąży. Przypadki te opisują autorowie francuscy, jak Bar, Maygrier, Dubrisay, Glaize, Bonnaire, Perret, nazywając takie przypadki ciąży »*grossesse extramembraneuse*«. Autor spostrzegał 2 takie przypadki. W jednym u wieloródki w III. miesiącu ciąży odeszło przy skoku nagle dość dużo wód żółtawych, poczem z krótkiemi przerwami wody wciąż odchodziły. Mimoto ciąża trwała dalej. W VI. miesiącu nastąpiło silne krwawienie po spółkowaniu, które powtórzyło się z końcem VII. miesiąca. Z powodu znacznej utraty krwi przyspieszono poród przy pomocy balonu. Objawy kliniczne mało różnią się od *hydrorrhoea decid.* Jedyną główną różnicą jest to, że przy *hydr. decid.* nigdy niema tak silnych krwawień, powtóre różnicę stanowi wybitne pomniejszenie się objętości macicy po odpływie wód płodowych, a wreszcie różnicę mogłoby wykryć badanie chemiczne wód, które jednakowoż jest trudne z powodu nieuniknionych w tych przypadkach zanieczyszczeń. Natomiast po porodzie różnicę można stanowczo stwierdzić. I tak, przy *hydrorrhoea amnialis* wielkość jamy, objętej pęcherzem płodowym, jest niestosunkowo małą w porównaniu do wielkości płodu, następnie brzegi otworu po pęknięciu są gładkie, nieco zgrubiałe, wreszcie oddzielenie owodni od kosmówki jest niemożliwe z powodu zbyt ścisłego związku. Wreszcie elastyczność błon jest znacznie zmniejszona. Te cechy, świadczące o wstecznej sprawie w pękniętym przedwcześnie pęcherzu w połączeniu z klinicznymi objawami, jak odejściem wód w ciąży, wybitną małością macicy, brakiem pęknięcia pęcherza przy porodzie, pozwalają stanowczo twierdzić, iż jest to *hydrorrhoea amnialis*. Powody, wywołujące pęknięcie błon płodowych, mogą być rozmaite. Najprawdopodobniejszem jest zbyt wielkie napięcie pęcherza płodowego przy stosunkowo zbyt dużej ilości wód płodowych. Pojawienie się krwotoku stoi też w związku z pęknięciem pęcherza. W przypadku, opisanym przez autora, odklejony dość duży płat łożyska zwisał ku jamie płodowej. Prawdopodobnie przy pierwszym krwotoku odkleiła się część łożyska, a na brzegu jego nastąpiło pęknięcie pęcherza. Czasem jednakowoż naprzód odpływają wody, a potem powstaje krwotok. Holzapfel przypuszcza, iż zmiany zapalne doczesnej są przyczyną *hydr. amn.* Byłaby to więc kombinacya *hydrorrhoea decid. i amnialis*. Twierdzenie to jednak jest niepewne, gdyż zmiany zapalne mogą dopiero następczo pojawić się wskutek połączenia jamy macicy z pochwą po odpływie wód płodowych. Jeżeli jednakowoż znajdziemy po porodzie wybitne łożysko obrzeżone (*placenta circumvallata*), będące wynikiem zmian zapalnych, to wówczas z wielkiem prawdopodobieństwem przypuścić trzeba łączność tych zmian z *hydrorrhaea amnialis*. Prawdopodobnem jednakowoż jest, że *hydr. amn.* wywołuje więcej czynników, które dopiero powoli badać należy. Co do rokowania, to dla matki *hydr. amn.* jest o tyle niebezpieczne, o ile powstają zbyt silne krwotoki. Zakażenia obawiać się nie trzeba. Dla dziecka natomiast rokowanie jest złe. W całym szeregu przypadków zaledwo 4 dzieci udało się utrzymać przy życiu. Leczenie polega na unikaniu wszelkich podrażnień, wywołujących bóle porodowe. Makowiec odgrywa tu dość zbawienną rolę. Drugi spostrzegany przez autora przypadek przebiegał zupełnie podobnie do pierwszego, jednakowoż zmian pęcherza płodowego nie można było stwierdzić z powodu zbyt silnego poszarpania błon podczas ręcznego wydobycia łożyska. Autor, podając swoje uwagi co do etyologii *hydrorrhoea amnialis*, przypuszcza, iż dla zupełnego wyjaśnienia tej sprawy dużo jeszcze należy badać przypadków i bardzo być może, że wreszcie badanie wykaże, iż jedynym powodem *hydrorrhoea amnialis* są zmiany w doczesnej. *Dr. Gustaw Wierzbicki.*

W. Orłowski. **Zapalenie miedniczek nerkowych podczas ciąży.** (*Ginekologia* 1905, Nr. 4). O. przytacza 3 własne przypadki, dwa w VII. a jeden w VI. miesiący ciąży; wszystkie z zajęciem miedniczki prawej. Przyczyna choroby niejasna. Objawy typowe: bóle w okolicy nerkowej, duże wahania ciepłoty, dochodzącej do 40°, zmniejszenie się ilości moczu, wysoki ciężar gatunkowy moczu, obecność w nim ciałek ropnych i śluzu (krwinki czerwone i białkomocz nie są objawami stałymi), niekiedy wytworzenie się guza bolesnego wskutek rozszerzenia się miedniczki, czemu towarzyszą objawy żołądkowe i jelitowe. Po kilku dniach ciepłota spada, nastaje polyurya (do 5500 gramów), a ciężar gatunkowy obniża się. W piśmiennictwie zebrał O. 70 przypadków, sądzi jednak, że cierpienie to nie jest tak rzadkie, lecz w lżejszych postaciach bywa łatwo przeoczone. U ciężarnych często zdarza się ucisk moczowodów, szczególnie prawego, wskutek przechylenia macicy ku tej stronie. Mocz pozostaje w moczowodach pod ciśnieniem nizkiem, nie przekraczającem 10 mm. Utrudnienie odpływu moczu wywołuje rozszerzenie dróg moczowych i zmiany w nerkach, ułatwiające także rozwój drobnoustrojów i powstanie zapalenia, jak o tem świadczą liczne doświadczenia z podwiązaniem lub zwężeniem jednego moczowodu. Zakażenie miedniczek odbywa się wyjątkowo drogą naczyń chłonnych; częściej jest to zakażenie wstępujące wskutek stwierdzonej w pewnych warunkach fali wstecznej moczu z pęcherza do moczowodu, lub też z przewodu pokarmowego drogą naczyń krwionośnych. U wieloródek cierpienie to spostrzegano częściej, co się tłómaczy przebytemi chorobami narządów płciowych. Przebieg choroby rzadko tylko bywa przewlekły. Zapalenie miedniczki nerkowej pozwala dobrze rokować, o ile można wykluczyć równoczesne zapalenie nerki. Co do sposobu leczenia różnią się autorowie. Jedni polecają natychmiastowe przerwanie ciąży, Navas woli wykonać nefrotomię, inni wreszcie, a do tych i O. się zalicza, zajmują stanowisko wyczekujące. O. poleca ułożenie na boku zdrowym, z nieco uniesionymi pośladkami (dla zmniejszenia ucisku macicy), ogrzewanie chorej okolicy, dyetę lekką, wody alkaliczne, środki odurzające. Albarran radzi nagło rozszerzenie pęcherza 200—300 gramami płynu, (co dobrze wpłynąć może albo przez przemieszczenie macicy, lub też przez wpływ odruchowy na miedniczki nerkowe), a w razie wyniku ujemnego cewnikowanie moczowodów i przepłukiwanie kwasem borowym, nadmanganianem potasowym lub azotanem srebra.

B. Wojciechowski.

A. Czyżewicz (junior). **Kilka uwag w sprawie leczenia drgawek porodowych.** (*Ginekologia* 1905, Nr. 3, 4). Statystyka lwowskiej szkoły położnych, obejmująca 33 lat, w którym to okresie na 25.567 osób przyjęto 85 przypadków (0·33 prc.) drgawek porodowych. Stosownie do panujących w danej chwili pojęć w nauce, stosowano bardzo rozmaite leczenie. W pierwszym okresie (do 73. przyp.) walczono z objawami choroby rozwiniętej, bez względu na zachowanie się czynności porodowej, a jeżeli wkraczano czynnie, to dlatego, że istniały wskazania i warunki, uznane także przy każdym innym porodzie, nie powikłanym drgawkami. W okresie drugim (od przyp. 74) panowała zasada, aby po stwierdzeniu napadu natychmiast matkę rozwiązać, bez względu na stopień istniejących trudności. Śmiertelność w I. okresie 30·14 prc. spadła w okresie II. na 0. Być jednak może, że w II. okresie nawinął się szereg lekkich przypadków. Stosownie do okresu i warunków porodu stosowano przy główce przerzynającej się episiotomię, w II-gim okresie i z końcem I-go kleszcze lub obrót i wydobycie płodu, przy ujściu nierozwartem rozszerzenie narzędziem Bossiego, które nawet u ciężarnej pierwiastki pozwalało na rozszerzenie szyi w ciągu 30—40 minut i nie wywołało nigdy zbyt daleko idących pęknięć. Operacye cięższe wykonywano zawsze w chloroformie. Po wydaleniu płodu, tego źródła zatrucia, dążono do szybkiego wydalenia jadu z ustroju matki i zobojętnienia go. Stosowano więc środki moczopędne, napotne, przeczyszczające, upust krwi, zawijania w koce, ogrzewanie ciała, pilokarpinę, (którą w końcu zarzucono), wlewania roztworu fizyologicznego, w razie możności połykania podawano dużo płynów przez usta. Na wielką skalę stosowany dawniej chloroform zarzucono dziś zupełnie, natomiast morfinę i chloral stosuje się dotąd, aczkolwiek w znacznie mniejszych, niż dawniej, dawkach.

B. Wojciechowski.

G. Pisarzowski. **O znieczuleniu skopolaminowo-morfinowem.** (*Ginekologia* 1905, Nr. 4). G. wstrzykiwał u 3 rodzących mięszankę z 0·003 *scopolamini hydrobrom. Merck* i 0·007 *morphii muriat.* Wrażliwość pomiędzy bólami ustawała, bóle występowały rzadziej, przytem były może mniej silne, lecz trwały dłużej. Działanie trwało do 2 godzin. W jednym przypadku stwierdzono, że chora po wstrzyknięciu skopolaminy usnęła już po nadzwyczaj małej dawce chloroformu. *B. Wojciechowski.*

J. Neumann. **Cięcie cesarskie w klinice Schauty.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 29). W ciągu ostatnich 20 lat 175 przypadków. Operowano z powodu ścieśnienia miednicy bezwzględnego 47, względnego 111 razy, z powodu zwężenia dróg miękkich 6,

z powodu guzów przydatków i miednicy 4, drgawek porodowych 5, *endometritis sub partu* 2 razy. Technika bardzo różna, stosownie do przypadku. W 141 przypadkach zachowano zdolność rozrodczą, w 15 przypadkach wykonano operacyę Porro, raz wycięto całą macicę od strony brzucha, 18 razy zapobieżono rozmaitymi sposobami dalszym ciążom. Cięcie poprowadzono 141 razy podłużnie przez dno (zrosty), 31 razy poprzecznie przez dno. Operowano 160 razy po raz pierwszy, 15 razy po raz drugi. Śmiertelność bezwzględna 8 prc., zredukowana 4·7 prc. 111 przypadków cięcia ces. z powodu względnego ścieśnienia miednicy dały tylko 2 prc. śmiertelności. Urodzono 165 dzieci żywych, 4 nieżywych (przy ścieśnieniu bezwzględnem) i jedno omdlałe, które zmarło po ½ godziny (również przy ścieśnieniu bezwzględnem). *B. Wojciechowski.*

A. Mueller. **Cięcie cesarskie zachowawcze przy bębnicy macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 29). M. wykonał powyższą operacyę u karliczki z bezwzględnie ścieśnioną krzywiczą miednicą, a to nie dlatego, by chciał wbrew ogólnie przyjętym zasadom postąpić, lecz że chora, przeznaczona oddawna do cięcia cesarskiego, zgłosiła się dopiero wśród silnych bólów partych i podawała mylnie, jakoby przed paru godzinami stwierdził inny położnik ruchy. W wielkim pośpiechu nie zbadał M. rodzącej bezpośrednio przed operacyą. Błony były zielone, płód zmacerowany. Ponieważ udało się atoli uniknąć zetknięcia się treści macicy z powłokami i otrzewną, wytarł M. energicznie wnętrze jamy macicznej wyskokiem, przeprowadził seton, napojony wyskokiem, z jamy macicy do pochwy, wytarł zewnętrzną ścianę macicy wyskokiem, zeszył ścianę macicy, a szyjąc powłoki, stworzył kieszonkę otrzewną dokoła linii szwów macicznych, przyszywając otrzewnę ścienną do dna macicy i po bokach. Od tej kieszonki przeprowadził seton do dolnego kąta rany. Powłoki zeszył 3 piątrami grubego katgutu. W 3. dniu połogu 38·2, potem cuchnące odchody, lecz po wyjęciu setonów i przestrzykaniu macicy formaliną przebieg dalszy był pomyślny. *B. Wojciechowski.*

Laubenburg. **W sprawie skrobania macicy.** (*Zentr. f. Gynaekologie* 1905, Nr. 26). Aby ułatwić wyskrobanie dna i rogów macicy obmyślił L. łyżeczkę, której ostrze ustawione jest prostopadle (nie skośnie) do kierunku rączki. Małe okienko łyżeczki i poniżej umieszczona szeroka rynienka mają zapobiegać owinięciu się strzępów tkanki około ostrza, przez co unika się kilkakrotnego wyjmowania narzędzia podczas skrobania. Do wydobycia resztek po poronieniu służy łyżeczka tegoż samego kształtu, oczywiście z brzegami stępionymi. *B. Wojciechowski.*

PEDYATRYA. Mogilnicki. **Błonica w przebiegu płonicy.** (*Czasopismo lekarskie*, Z. 4, 1905). Rozprawa autora dotyczy powikłań płonicy nalotami błoniczymi, będącymi wyrazem równoległego zakażenia płonicy zarazkiem błonicy nie paciorkowcowej, lecz prątkiem Löfflera. Przytoczywszy dość obszerne piśmiennictwo tego przedmiotu, daje autor wskazówki, jak należy postępować, by bakteryologiczne sprawa została bezwzględnie wyjaśnioną; kładzie on tem większy nacisk na konieczność pewnego rozpoznania, że chorych tych należy oddzielić od chorych na płonicę, nie powikłaną błonicą Löfflera; w tych zaś przypadkach, w których istnieje podejrzenie, a badanie drobnowidowe dla jakichkolwiek powodów nie może być przeprowadzone, należy bezwzględnie wstrzyknąć surowicę przeciwbłoniczą. Do cech klinicznych błonicy, przebiegającej równolegle z płonicą, autor zalicza: charakterystyczny nalot w połyku, obrzmienie gruczołów szyjnych, głównie podszczękowych, gryzący wyciek z nosa, przelotny białkomocz i objawy zwężenia krtani. W końcu doradza autor, ażeby dzieci, przynoszone do szpitala jako chore na płonicę, były zbadane drobnowidowo przed wyznaczeniem im sali, a to w celu nie narażania chorych na płonicę, którzy nie ulegli powikłaniu tej choroby błonicą Löfflera. *Hekim.*

Hüsler. **Przyczynki do nauki o nowotworach pęcherza moczowego w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, sierpień, 1905). Autor podaje dwa własne przypadki z dokładnym opisem przebiegu klinicznego, badania anatomiczno-patologicznego i histologicznego. Z piśmiennictwa przytacza zestawienie Steinmetza 32 przypadków i 12 zebranych przez siebie spostrzeżeń. Na podstawie 14 nowych przypadków dochodzi do następujących wniosków, zgodnych w zasadzie z wnioskami Steinmetza: Co do przyrody nowotworów, to najczęściej zdarzają się różne mięsaki, zresztą zaś nowotwory łagodne: włókniaki, włókniako-gruczolaki, śluzaki, brodawczaki, mięśniaki prążkowano-komórkowe i t. d. Ulubionem miejscem wyjścia jest okolica szyjki pęcherza, trójkąt Lieutauda. Obraz kliniczny jest stosunkowo wcale znamienny, różni się jednak od obrazu klinicznego u dorosłych. Bez objawów zwiastunowych pojawiają się u dziecka, przedtem pozornie zupełnie zdrowego, dolegliwości przy moczeniu w postaci parcia na mocz, powoli wzmagającego się, lub odrazu występującego gwałtownie. Często choroba rozpoczyna się ciągłem cieczeniem moczu, lub niemożnością jego zatrzymania, lub też częściowem lub zupełnem zatrzymaniem moczu: wszystko t. zw. racyonalne objawy kamienia pęcherzowego. Pojemność pęcherza jest w stosunku do jego rozmiarów mała. Mocz zawiera białko, ropę, nabłonki pęcherzowe, śluz. Towarzyszą cierpieniu zawsze bóle różnego natężenia, pojawiające się często napadowo i rozpromieniające się u chłopców często do żołędzi; stąd często pociąganie za prącie. Ważnem jest pojawienie się krwawień. Jednakże u dzieci w przeciwieństwie do tego, co się spostrzega u dorosłych, mocz krwawy pojawia się tylko wyjątkowo. Niekiedy pojawiają się w moczu cząstki nowotworu, lub też można przy napieraniu na mocz dostrzedz wypustki nowotworu jako czerwonawe, mięsiste twory u wyjścia cewki moczowej (u dziewcząt). Przy użyciu zgłębnika natrafia się w okolicy szyjki pęcherza na opór, łatwo dający się przezwyciężyć, gdyż nowotwory są z reguły szypułkowe. Po zgłębnikowaniu może nastąpić poprawa skutkiem odsunięcia nowotworu od wejścia do cewki, nie trwa ona jednak długo. Początkowy okres, w którym brak objawów, tłómaczy się także tem, że objawy wtedy powstają dopiero, gdy nowotwór zaczyna częściowo lub całkowicie zamykać cewkę moczową. Co do rozpoznania, trzeba zawsze przy objawach kamienia pęcherzowego pamiętać o możliwości nowotworu i w tym kierunku badać. Obmacanie przez odbytnicę, u dziewcząt także przez pochwę często niestety nie daje pewnych wyników, a cystoskopia u dzieci zwykle jest niemożebną. Rozpoznanie wczesne byłoby bardzo ważne, gdyż jedyne skuteczne leczenie polega na wykonaniu zabiegu chirurgicznego; wysokie cięcie pęcherza jest jednak bardzo trudnem. Otrzymanie krótkiego dźwięku zgłębnikiem nie rozstrzyga na korzyść kamienia, bo powierzchnia nowotworu może być inkrustowaną. Przebieg po pojawieniu się pierwszych objawów jest bardzo szybki, i to bez względu na przyrodę nowotworu. Śmierć następuje w przeciągu najwyżej paru tygodni, najczęściej skutkiem powikłań: zapalenia pęcherza, nerek, mocznicy, posocznicy, przypadkowych zmian w narządzie oddechowym lub sercu, charłactwa. W paru przypadkach udało się uratować życie chorego zapomocą operacyi. *Lewkowicz.*

Finkelstein. **Mleko krowie przyczyną ostrych zaburzeń odżywienia u osesków.** (*Monatschrift f. Kinderheilk.* B. XIV. Nr. 2, 1905). Że mleko krowie nie zastępuje należycie pokarmu matki i że w znacznej części przypadków żywienie niem wiedzie — mimo, że przeprowadzone bez zarzutu — do rozlicznych chorób przewlekłych przewodu pokarmowego i następowych zboczeń w odżywieniu dziecka, jest rzeczą zbyt dobrze wiadomą. Na inny jednak rodzaj zaburzeń zwraca autor uwagę, na mało dotąd uwzględniane zaburzenie ostre, mające jakby cechę zatrucia. Przed opisem swoich spostrzeżeń wspomina F. o stwierdzonem pojawianiu się leukocytozy u niemowląt, zmieniających pokarm matki na mleko krowie (Moro), dalej o spostrzeganiu znaczniejszych wahań ciepłoty w różnych porach dnia u takich niemowląt (Weil i Tiberius). Autor przytacza kilka historyi chorób, dołączając krzywe ciepłoty i wagi ciała. Widać z nich, że nie już dłuższe karmienie sztuczne, lecz jednorazowa mała dawka (2 razy po 5 kropli) mleka krowiego wywoływała u dziecka, karmionego dotąd piersią, cały szereg zaburzeń: wymioty, biegunkę, podniesienie się ciepłoty ciała, szybsze, drobniejsze tętno, niepokój, znaczne osłabienie. Także objawy podrażnienia nerek miały rzekomo tu swoją przyczynę. Na uwagę zasługuje przypadek, w którym zejście śmiertelne uważa autor za bezpośredni skutek podania mleka krowiego. Było to dziecko kilkotygodniowe, u którego próby zastąpienia mleka matki mlekiem krowiem wywoływały groźne objawy choleryczne; wśród nich śmierć. Sekcya wykazała prócz małego stopnia »*enterocolitis*« stłuszczenie wątroby, przyćmienie istoty korowej nerek i lekki obrzęk płuc. Ze spostrzeżeń tych wysnuwa F. wniosek, że w każdym przypadku „odłączania“ dziecka od piersi należy być bardzo ostrożnym, przeprowadzać je systematycznie, gdyż u żadnego z osesków nie można z góry wyłączyć owego, jakoby indywidualnego wstrętu do mleka krów. Rozważając powyższe zjawiska, F. nie przyłącza się do zdania (Hamburger, Moro i Schlossman), jakoby należało szukać dla nich wyjaśnienia w trującem działaniu obcego gatunkowo białka. Raczej przypuszcza, że mamy do czynienia z drobnoustrojami przewodu pokarmowego, w stosunkach prawidłowych (u oseska przy piersi) „drzemiącymi“, a obudzonymi do życia wskutek dostania się do ustroju czynnika obcego (mleka krowiego). *A. Gettlich.*

Hohlfeld. **O mleku surowem, jako pożywieniu dla osesków.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* T. 62, lipiec, 1905). Autor przedsięwziął to doświadczenia, zachęcony dobrymi wynikami Monrada. Rozpoczął, ze względu na możliwe niebezpieczeństwa, trzema przypadkami zaniku osesków, prawie zupełnie beznadziejnymi. Wynik był nadspodziewanie korzystny. Podobnie dodatnie wyniki otrzymał

także w innych przypadkach. Być może, że w przyszłości okaże się, iż tylko w niektórych przypadkach można mlekiem surowem osiągnąć poprawę, w każdym jednak razie z doświadczeń autora wynika wskazanie, by podjąć próby z mlekiem surowem w każdym przypadku, gdy dziecko jest skazane na żywienie sztuczne, a przy niem dobrze się nie rozwija. Trudności polegają tu jednak na dostarczeniu mleka surowego bez zarzutu i uchronieniu go od zepsucia. U dzieci żywionych mlekiem gotowanem zdarzają się wymioty, które ustępują tylko wtedy, jeżeli się mleko odstawi, lub podaje je jako surowe. *Lewkowicz.*

Risel. **Zachorowania na odrę po płonicy.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* T. 62, lipiec, 1905). Wnioski autora są następujące: Zakażenie odrą może nastąpić w każdym okresie płonicy. Osutka odrowa, występująca po płonicy, ma wielką skłonność do przebiegu nietypowego. Odosobnione nietypowe plamki zjawiają się w wielu przypadkach wcześnie, pełna jednak wysypka niekiedy bardzo późno. Rozpoznanie wczesne może być bardzo trudne; ważnym objawem rozpoznawczym są plamki Koplika. Krzywa ciepłoty odry nie zmienia się pod wpływem poprzedzającej płonicy, przeciwnie przejście płonicy w stan bezgorączkowy, jeżeli przypada na okres wylęgania się odry, ulega opóźnieniu. Odra następowa jest ciężkiem powikłaniem, a śmiertelność tych przypadków jest znaczna i wynosi 20 prc. *Lewkowicz.*

Gillard. **Epidemia odry o typie żołądkowo-kiszkowym.** (*Pediatrie pratique* 1905, Nr. 10). Epidemia odry, opisana przez autora, miała niezwykłe cechy wskutek przewagi objawów ze strony przewodu pokarmowego. Z 25 przypadków, w 18-tu towarzyszyła chorobie gwałtowna biegunka o wypróżnieniach zielonych i bardzo cuchnących; w ośmiu przypadkach biegunka ta była połączona z żółciowemi wymiotami. Objawy te występowały najczęściej w 1—2 dni po pojawieniu się wysypki, w kilku przypadkach później, około 8—10 dnia. Większość przypadków miała łagodny przebieg, natomiast 4 zakończyły się śmiercią wśród gwałtownych objawów kiszkowych, lub z powodu powikłania zapaleniem płuc. *Żeleński.*

Marfan i Le Play. **Badania nad patogenezą posurowiczych przypadłości.** (*Revue des mal. de l'enf.*, 1905, maj). Według Hamburgera i Moro w razie przypadłości seroterapeutycznych można zawsze stwierdzić we krwi dziecka obecność precypityn, dających strąty z surowicą końską. Autorowie na podstawie badań kontrolnych dochodzą do następujących wniosków: W przypadkach, w których wstrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej nie wywołało żadnych przypadów, nie można stwierdzić precypityn. Także w przypadkach o przypadach, które obecnie klinicznie nie są uznawane za posurowicze, n. p. po rumieniach płonicowatych lub odrowatych ogólnych gorączkowych, niema precypityn. Jeżeli po wstrzyknięciu występują przypadłości, niewątpliwie posurowicze, n. p. pokrzywka, rumienie miejscowe przelotne, bole w stawach lub mięśnjach, wtedy należy odróżnić dwa rodzaje przypadków. Albo przypady są lekkie, przelotne, bezgorączkowe, nie stwierdza się wtedy strącania surowiczego, (być może jednak jedynie tylko dlatego, że sposoby badania są zbyt grube), albo chodzi o przypady gwałtowniejsze, ogólne, gorączkowe. Wtedy stwierdza się precypityny zwykle równocześnie z chwilą pojawienia się przypadów. Wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej, powtarzane w różnych odstępach, nie wywołują u człowieka podobnego odczynu zapalnego miejscowego, jak go spostrzegał Arthus u królika przy powtarzaniu wstrzykiwań surowicy końskiej, chyba że przy pierwotnem wstrzyknięciu były przypady ogólne gorączkowe, połączone z wytworzeniem się precypityn. Wtedy może się wytworzyć przed upływem doby w miejscu wstrzyknięcia rozległy obrzęk z bolesnością, podniesieniem ciepłoty, zaczerwienieniem, niekiedy podbiegnięciem krwawem i zajęciem odpowiednich gruczołów chłonnych. Obrzęk ulega wessaniu w ciągu paru dni. Zależy on widocznie od strącenia natychmiastowego surowicy w oczkach tkanki podskórnej. Gdy on się wytwarza, nie powstają nigdy ogólne wysypki, ani przypady posurowicze. Wyjątkowo po wielokrotnem wstrzykiwaniu, bez wytworzenia krążących precypityn można spostrzegać powstanie takiego obrzęku: trzeba wtedy przyjąć wytwarzanie miejscowe precypityn.

Pewne zatrucia pokarmowe możnaby w sposób analogiczny tłómaczyć, jak powstanie przypadów posurowiczych, mianowicie wessaniem pewnych istot bez przeprowadzenia ich z różnogatunkowych w równogatunkowe, odbywającego się w warunkach prawidłowych w przewodzie pokarmowym. Tak tłómaczyłoby się pojawienie się pokrzywki u pewnych osób po spożyciu poziomek, raków (Mya). *Lewkowicz.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Fibrolizyną, nowym związkiem tiosinaminu, równie jak tamten posiadającym własność rozluźniania blizn, zajmował się Mendel (*Ther. Monatsh.*, 1905, IV) i doszedł do wniosku, że lek ten najlepiej jest wstrzykiwać w mięśnie, przyczem działa on lepiej, niż po wstrzyknięciu podskórnem, a niewiele słabiej, niż po wstrzyknięciu do żył. Wstrzykiwanie w mięśnie nie jest zgoła bolesne, a łatwiejsze, niż wśródżylne. Dawka pojedyncza, zawarta w jednej ampulce, odpowiada 0,2 tiosinaminu. Hirschland (*Arch. f. Ohrenhk.* 1905, Z. 2, 3) stosował oba te środki w szeregu przypadków otologicznych i rynologicznych. Przedewszystkiem zaś próbował ich H. w głuchocie rozmaitego pochodzenia; nie mając jednak ścisłych wskazań do takiego leczenia, w wielu przypadkach skutku żadnego nie uzyskał. Za nienadające się do leczenia tymi środkami uważać należy głuchotę z powodu zmian w błędniku i głuchotę u osób starych, dotkniętych miażdżycą, u których przypuszczać można znaczne zwapnienia. W innych natomiast przypadkach można jeszcze spodziewać się skutku, a w każdym razie należy próbować leczenia fibrolizyną wobec tego, że inne środki są niemal bezskuteczne. *M.*

Lygosin-natrium zaleca Ferrua (*Therapist.* 1905. Styczeń-Luty) do leczenia wiewióra u kobiet. Przytoczywszy szczegółowo 10 historyi chorob, kończy F. swą pracę następującemi wnioskami: 1) Wczesne wykrycie dwoinek wiewiórowych dozwala zapobiedz zakażeniu szyjki i wnętrza macicy. 2) Przypadki zaniedbane można nawet po miesiącach wyleczyć wstrzykiwaniami lygosin-natrium do pochwy i macicy, tylko leczenie trwa wtedy dłużej. 3) Lek ten ułatwia cofanie się zmian chorobowych w tkankach pochwy i macicy i 4) zmniejsza odrazu wypływ ropny, oraz ilość gonokoków. 5) Lygosin-natrium jest niedrażniącym środkiem zastępczym za azotan srebrowy, protargol i t. p. 6) W przewlekłem zapaleniu błony śluzowej macicy zapobiega lek ten potrzebie skrobania. 7) Skuteczność leku jest pewna, jeżeli tylko został właściwie użyty. Leku używa się w postaci wkraplań 1 cm. sz. 5 prc. roczczynu do macicy (zapomocą strzykawki Brauna) i przepłukiwań pochwy 3 prc. roczczynem. *Zm.*

Sanguinal podawał w szeregu przypadków błednicy i niedokrwistości Kern (*Pester med. chir. Presse* 1905, 14) i na podstawie swych spostrzeżeń potwierdza korzystną opinię, jaką dotychczas ma ten przetwór. Zaletą sanguinalu jest to, że zawiera on żelazo i mangan w łatwo przyswajalnym organicznym związku; doświadczalnie stwierdzono, że u zwierząt wcielania się z sanguinalu do 17 prc. Hb. Nadto odznacza się sanguinal tem, że nietylko nie wywołuje żadnych zaburzeń trawienia, ale że nawet poniekąd podnieca wydzielanie żołądkowe wskutek zawartości świeżo speptonizowanego białka mięsnego. Skład sanguinalu odpowiada odsetkowemu składowi krwi, a jedna pigułka sanguinalowa odpowiada 5 gr. krwi. K. podaje dziennie 3 razy dnia 2 pigułki. *Kr.*

Validol (związek mentolu z kwasem kozłkowym z dodatkiem 30 prc. wolnego mentolu) stosował Krogh (*Pharm. Tids. f. Kem. Farm.* 1905, 1) po 10—15 kropli na cukrze ze skutkiem przeciw napadom zawrotów, kołatania serca i t. p. w neurastenii, histeryi, oraz przeciw chorobie morskiej. *Zm.*

Wiewiórowe zapalenie najądrza leczy Brindel (*Monatschrift f. Harnk. und sex. Hyg.*, 1905, 2) zewnętrznie maścią Credego i 25% maścią gwajakolową. Podobnież postępuje Frauenthal (*Med. News.* 1905, 13/V.) wobec wiewiórowych zapaleń stawów. *H.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 11/24 Marca 1905 r.

Obecnych członków 15, gość jeden.

I. Protokół z poprzedniego ogólnego posiedzenia przyjęto.

II. Dr. Sowiński odczytuje rzecz pod tytułem: „Przypadek rzeżączki powikłanej wielolicznem zajęciem stawów i rzeżączkowem zapaleniem naczynia chłonnego z zejściem w zropienie“ (Drukowane w „Przegl lek.“ Nr. 22 z r. b.)

Dyskusya. Doc. dr. W. Orłowski: Zajęcie wielu stawów, jak również ta okoliczność, że objawy zapalne bardzo łatwo przemijają,

cechuje ostry gościec stawowy; rzeżączkowe zapalenie stawów cechuje się tem, że zapalenie zajmuje zazwyczaj bardzo mało stawów, najczęściej tylko jeden, mianowicie kolanowy; zapalenie naczynia chłonnego w przypadkach prelegenta wskazuje na drogę wchłaniania się do krwi dwoinek rzeżączkowych; wobec tego można przypuścić, że i zapalenie stawów było wywołane przez dwoinki wiewiórowe. Mnogość więc zajętych stawów stanowi osobliwość przypadku prelegenta; dla zupełnej pewności należało jednak wykonać odpowiednie badanie bakteryologiczne treści stawów, które w pierwszych dniach zapalenia mogłoby wykryć dwoinki wiewiórowe.

Dr. Sowiński wobec braku badania bakteryologicznego stawów nie orzeka stanowczo, iż pochodzenie zapaleń stawów w jego przypadku było rzeżączkowe, uważa zaś swój przypadek za bardzo rzadki i pouczający ze względu na powikłanie ze strony skóry; wielooguiskowe zajęcie stawów jest, zdaniem mowcy, cechującem dla rzeżączkowego zapalenia.

Prof. dr. Ziemacki wygłasza zdanie, że przerzuty do stawów podczas rzeżączki są nader częste i liczne; w lżejszych przypadkach, w których zapalenia stawów są tylko nieżytowe, rozpoznanie pochodzenia choroby jest bardzo trudne, ponieważ próbne nakłucie zwykle nie wykrywa dwoinek. Inaczej rzecz się ma w razie zropienia stawów. Niedawno mowca spostrzegał przypadek zapalenia stawu mostkowo-obojczykowego, w którym badanie otrzymanego przez nakłucie płynu surowiczego dało wynik ujemny; tymczasem po upływie tygodnia, gdy sprawa pogorszyła się, ponowne nakłucie wykryło w wysięku, tym razem ropnym, obfite dwoinki rzeżączkowe; u 9-miesięcznego dziecka, które karmiła ta chora, również utworzyło się wkrótce ropne zapalenie stawu łokciowego z obecnością dwoinek w wysięku. Wbrew zdaniu prelegenta, rzeżączka tworzy przerzuty nie w stawach mniejszych, lecz w dużych, najczęściej w stawie kolanowym, potem w biodrowym i mostkowoobojczykowym; przebieg zwykle jest nadzwyczaj ostry; bardzo często przerzuty zdarzają się w torebkach śluzowych; niedawno mowca spostrzegał u sportsmena cyklisty podczas ostrej rzeżączki zajęcie wszystkich torebek z zejściem w stan przewlekły i z utworzeniem się mnóstwa torbiaków *(hygroma)*, które trzeba było kolejno wycinać; badanie wysięku, dokonane w okresie późniejszym, nie wykryło dwoinek rzeżączkowych. Rzeżączka tworzy również przerzuty w innych narządach n. p. w opłucnej, co mowca spostrzegał w jednym przypadku z zejściem śmiertelnem, w którym badanie ropnego wysięku wykryło mnóstwo dwoinek. Wreszcie mowca przytacza bardzo ciekawe spostrzeżenie, w którem toksyna rzeżączkowa wywarła dodatni wpływ na ciężką postać liszaja czerwonego *(lichen ruber)*. Przypadek dotyczy chorego, którego cała skóra była usiana blaszkami płaskiego liszaja czerwonego, pomimo to, że chory wciąż się leczył w ciągu 16 lat; zadziwiającem było to, że gdy chory zapadł na ostrą rzeżączkę, wysypka zupełnie znikła na pewien czas; po 6 latach mowca widział znowu chorego z obfitą wysypką; ponowne zakażenie się rzeżączką miało w następstwie zupełne ustąpienie wysypki; gdy po kilku latach chory znowu zgłosił się do mówcy wskutek wznowienia się liszaja, który zajął całą skórę, mowca zaczął wstrzykiwać pod skórę bardzo słaby glicerynowodny wyciąg z czystej hodowli dwoinek rzeżączkowych; po 6—7 wstrzykiwaniach w ciągu 3 tygodni skóra oczyściła się zupełnie z wysypki; wstrzykiwaniu towarzyszyło podniesienie ciepłoty do 40°.

Dr. Sowiński: Dwoinki rzeżączkowe wykryć można w stawach tylko we wczesnym okresie zapalenia, ponieważ pod wpływem wysokiej ciepłoty giną; zapalenie zaś nadal podtrzymują, jak dowiodły doświadczenia mowcy, toksyny, zawarte w ciele dwoinek.

Dr. Kozłowski Kazimierz zaznacza, że, by uzyskać dodatni wpływ gonotoksyny na choroby skórne, które spostrzegał prof. dr. Ziemacki, należy przeładować ustrój toksyną rzeżączkową, co jest niebezpieczne.

Dr. Sowiński: Dwoinki rzeżączkowe wolnej toksyny nie zawierają; warunkiem przeładowania ustroju tą toksyną jest ogólne zakażenie dwoinkami; doświadczenia Molczanowa dowiodły, że wstrzykiwania wyjałowionej hodowli dwoinek rzeżączkowych wywołują zmiany w mózgu i rdzeniu kręgowym. Ponieważ liszaj czerwony jest chorobą, rozwijającą się na podstawie zmian w układzie nerwowym, trudno zrozumieć, w jaki sposób zmiany, wywołane gonotoksyną, mogłyby dodatnio wpłynąć na zaburzenia już istniejące i sprowadzające wysypkę na skórze.

Prof. dr. Zaleski zaznacza, że rzeżączkowe zajęcie stawów było znane pierwej, niż wykryto dwoinki wiewiórowe.

Dr. Kossowski na podstawie swoich spostrzeżeń wygłasza zdanie, że w obecnym czasie nie można odróżnić ostrego gośćca stawowego od rzeżączkowego zapalenia stawów, ponieważ bakteryologia nie wyświetliła jeszcze czynników, wywołujących gościec; laseczników Achalmea mowcy nie udało się wyhodować ani razu; przypadki, przytoczone przez prelegenta, w których w wysięku stawowym stwierdzono dwoinki rzeżączkowe, nie są żadnym dowodem, bo ich opisy pochodzą z tych czasów, gdy dwoinek Neissera jeszcze nie odkryto.

Dr. Sowiński twierdzi, że we wczesnym okresie zapalenia stawu można odróżnić ostry gościec od rzeżączkowego na podstawie bakteryologicznego badania wysięku, które, według danych piśmienniczych, wykrywa w zapaleniu rzeżączkowem obecność dwoinek rzeżączkowych; wbrew zdaniu dr. Kossowskiego wykrył Neisser dwoinki w ropie już w r. 1879; w r. 1882 dowiódł on, że ten drobnoustrój pojawia się zawsze w rzeżączkowem zapaleniu cewki i nie może być wykryty w zapaleniach innego pochodzenia, wreszcie Bumm pierwszy otrzymał go w czystej hodowli.

Doc. dr. Witold Orłowski: Znaczenia laseczników Achalmea nie stwierdziły nowsze badania; nad etyologią ostrego gośćca stawowego pracowało i pracuje wielu badaczy; stan tej sprawy nie jest tak smutny, jak go wystawił dr. Kossowski. Istotnie, z wysięku stawowego podczas gośćca wyhodowano paciorkowca, przez którego wstrzykiwanie udało się niejednokrotnie wywołać u zwierząt ostre zapalenie stawów, nawet z powikłaniem zapaleniem wsierdzia; wyświetlono, że ten paciorkowiec wkracza do ustroju najczęściej przez migdałki podniebienne i błonę śluzową gardła; wreszcie zapomocą hodowli tego paciorkowca uzyskano surowicę, która działa dodatnio na przebieg ostrego gośćca stawowego.

Dr. Kossowski pozostaje przy swem zdaniu co do etyologii ostrego gośćca stawowego i rzeżączkowego zapalenia stawów i niemożliwości ich bakteryologicznego odróżnienia.

Dr. Wierciński nie przykłada wagi do drobiazgowego rozpoznania, czy zajęcie stawów jest na tle rzeżączkowem, czy też jest to ostry gościec, ponieważ leczenie jest w obydwóch razach jednakowe.

Dr. Sowiński nie może pogodzić się z podobnem rozumowaniem: jak staramy się wyświetlić szczegółowo rodzaj wady serca, jakkolwiek leczenie zwykle jest jednakowe, tak i w zapaleniu stawów należy wyjaśnić etyologię.

Doc. dr. Witold Orłowski: Rozpoznanie tła, na którem powstało zapalenie stawów, ma wielkie znaczenie dla rokowania: ostry gościec stawowy prawie w 50% wikła się ze zmianami w sercu, które powstają nawet w lekkich przypadkach; w rzeżączkowem zapaleniu stawów spotykamy te powikłania stosunkowo bardzo rzadko.

Dr. Karnicki Aleksander: Różnica istnieje i w następstwach choroby: rzeżączkowe zapalenie stawów wiedzie zwykle do zesztywnienia stawów, co w ostrym gośćcu stawowym zdarza się rzadko. Z różnych stawów, według spostrzeżeń mowcy, najczęściej podczas rzeżączki bywają zajęte *art. radio-carpalis* i staw kolanowy.

Dr. Piotrowicz zapytuje prelegenta, dlaczego powikłania w stawach występują w rzeżączce rzadko?

Dr. Sowiński: Dwoinki rzeżączkowe należą do najsłabszych z drobnoustrojów ropotwórczych, ponieważ giną już przy znaczniejszej gorączce; więc rozpoczynające się zakażenie ustroju może mijać i nie dochodzi do zajęcia stawów; dla zakażenia ich potrzebne są oczywiście jeszcze warunki sprzyjające.

Dr. Wolański: Rzeżączkowe zapalenie stawów zdarza się w 2—2,5% wszystkich przypadków rzeżączki; pojawia się tylko w ostrym i ostrawym okresie, które spostrzegamy o wiele rzadziej, niż przypadki przewlekłej rzeżączki; najczęściej zapaleniu ulega staw kolanowy, następnie staw stopowy i stawy biodrowe. Wbrew zdaniu doc. dr. W. Orłowskiego objawy zapalne szybko przechodzą z jednego stawu na drugi; przetwory salicylowe zwykle słabo działają; gdy sprawa podstawowa polepsza się, objawy zapalne w stawach łagodnieją. Ponieważ przypadek prelegenta posiada przytoczone przed chwilą cechy, mówca jest zdania, że w przypadku prelegenta było rzeżączkowe zapalenie stawów, nie zaś ostry gościec. Zakażeniu stawów mogą sprzyjać podrażnienia cewki podczas cewnikowania.

Zdaniem dr. Kossowskiego, bezgnilne cewnikowanie cewki nie może mieć wpływu na stawy: w ambulatoryum Guyona codzień widział wielu chorych, którym wprowadzono ze względów leczniczych narzędzie do cewki, tymczasem chorych z zapaleniem stawów nie widział ani razu.

Dr. Sowiński, potwierdziwszy spostrzeżenia dr. Kossowskiego u Guyona, zaznacza jednak, że brak wśród cewnikowanych — chorych na zapalenie stawów może zależeć od tego, że chory taki nie zgłasza się już do ambulatoryum z przyczyn łatwo zrozumiałych; narzędzie wprowadzone może być jałowe, lecz cewka u chorego na rzeżączkę nigdy nie jest jałową; uszkodzenie więc narzędziem błony cewki stwarza warunki, sprzyjające ogólnemu zakażeniu.

Dr. Strawiński przytacza przypadek, dotyczący kobiety, chorej na upławy rzeżączkowe, w którym po jednokrotnem nieostrożnem zgłębnikowaniu wystąpiły ostre objawy zapalenia otrzewnej i wewnętrznych narządów płciowych i zapalenie wsierdzia, zakończone śmiercią.

III. Prof. dr. Ziemacki przedstawia:

1) Chorą, której przed 2 laty wyciął na szyi w okolicy gruczołu tarczowego mięsak gruczołu chłonnego wielkości jaja gęsiego; w styczniu bież. roku zgłosiła się chora ponownie z nowotworem w okolicy kąta lewej żuchwy, między nim a większym rogiem kości gnykowej i z guzem między łukami podniebiennymi na zewnątrz od lewego migdałka, skąd nowotwór przedostawał się do jamy gardłowej, stykając się z nowotworem na szyi. Prelegent wykonał *pharyngotomiam subhyoidcam*, lecz ponieważ w ten sposób nie było można wydostać guza z jamy gardłowej, prelegent wykonał *dissectio labii inferioris et diaphragmatis oris* i przepiłował dolną szczękę; w ten sposób rozszerzywszy pole operacyjne, doszedł do gardła, wygarnął nowotwór i wyciął go. Przebieg pooperacyjny dobry. Badanie wykazało mięsak gruczołu chłonnego.

2) Chorą, której wytworzył nos przez wstrzykiwanie parafiny. Wskutek kiły, przebytej w dzieciństwie, chora miała znaczny ubytek nosa; prelegent wstrzyknął kilka razy strzykawką Pravatza bardzo małą ilość parafiny; gdy już wytworzył u podstawy nosa tamę, przeszkadzającą możliwemu dostaniu się parafiny płynnej w stronę oczodołu, wstrzyknął odrazu większą ilość i nadał nosowi odpowiednie kształty. Operacya powinna być dokonaną nader szybko, ponieważ już po 10 sekundach parafina zastyga; używa się zwykle parafiny, zastygającej przy 40°.

Dr. Wolański, zaznaczywszy, że tak wyśmienitego skutku operacyi dotychczas nie spostrzegał, zaleca przyrząd Pflügka, w którym parafina zastyga nie tak szybko, jak zwykle.

IV. Odczyt doc. dr. W. Orłowskiego pod tytułem: „Zapalenie miedniczek nerkowych podczas ciąży“ odłożono na następne posiedzenie.

Na posiedzeniu administracyjnem obrano w poczet członków Koła dr. Sowińskiego i dr. Bronisława Orłowskiego.

Witold Orłowski.

Posiedzenie w dniu 8/21 kwietnia 1905 r.

Obecnych członków 16.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

II. Dr. Sowiński przedstawia chorego, który przed 8 laty zakaził się kiłą: objawy występowały tylko przez pierwsze 2 lata; pomimo dobrych warunków życiowych i sumiennego leczenia, dwa lata temu utworzył się kilak na podniebieniu twardem, który wywołał ubytek podniebienia średnicy, wynoszącej 6 ctm., i zupełne zniszczenie nosa, jakkolwiek w ciągu ostatniego roku chory wciąż leczył się w szpitalu Ałafuzowskim.

Dyskusya: Dr. Wolański: Pomimo ogromnego zniszczenia nie należy tracić nadziei, że sprawa się zatrzyma. Mowca przytacza spostrzegany przez siebie przypadek kiły dziedzicznej z zajęciem mnóstwa kości, w którym po roku leczenia sprawa zatrzymała się i chorej nawet przybyło 32 kilo. W podobnych złośliwych przypadkach nieraz wybitną poprawę wywołuje stały pobyt chorego w ciepłym klimacie.

Prof. dr. Zaleski sądzi, że Buskie wody siarczane mogłyby być dla chorego wielce pożyteczne.

Dr. W. Rudzki: Doświadczenia wykazują, że wody siarczane przeszkadzają wchłanianiu się rtęci, tworząc połączenie siarki z rtęcią. Tradycyjne wysyłanie chorych do wód siarczanych straciło obecnie podstawę.

Dr. Sowiński, potwierdzając zdanie dr. Rudzkiego, przytacza na dowód tę okoliczność, że podczas leczenia wannami siarczanemi chorzy znoszą bez objawów zatrucia podwójne i nawet potrójne dawki szaruchy. Do tegoż zdania przyłącza się dr. Wolański.

Prof. dr. Zaleski: Spostrzeżenia kliniczne dowodzą jednak, że wanny siarczane działają wyśmienicie u chorych na kiłę. To można widzieć we wszystkich zdrojowiskach siarczanych, nawet w zdrojach Turkińskich nad Bajkałem, gdzie klimat jest bardzo surowy. W stepach Kirgizkich mowca widział wyśmienite wyniki leczenia kiły przez leżenie chorych, zakopanych w szlamie, na słońcu — *horribile dictu* — w ciągu 6 godzin. Ci, co boją się trującego wpływu siarkowodoru kąpieli siarczanych, zapominają, że te kąpiele zawierają oprócz SH_2, związki siarki z metalami, których działanie nie jest jeszcze zbadanem. W każdym razie te kąpiele podnoszą wymianę materyi i sprzyjają przez to zniszczeniu zarazka.

Prof. dr. Ziemacki na podstawie 2-letnich spostrzeżeń w Pjatigorsku dochodzi do wniosku, że kąpiele siarczane działają wyśmienicie na różne sprawy zapalne nietylko pochodzenia kiłowego; podnosząc wybitnie wymianę materyi, pobudzają one do wessania wysięki. Z różnych spraw chorobowych, w których leczeniu uważano dotychczas kąpiele siarczane za przeciwwskazane, spostrzegał mowca bardzo dobre wyniki przy miażdżycy tętnic, nawet w tych przypadkach, gdzie były już objawy zgorzeli kończyn dolnych; poprawa wyrażała się tem, że kończyny dolne stawały się znów ciepłe, a w 2 przypadkach mowca spostrzegał nawet powrót tętna w zatkanych już tętnicach. Wpływ taki zależy od współdziałania wielu czynników, mianowicie ciepłego klimatu, t^0 wanny i różnych jej składowych części i t. d.; rozstrzygnąć, w jakiej mierze działa każdy z tych czynników, niepodobna. Wanny siarczane działają wreszcie nieraz uderzająco w wiądzie rdzenia, zatrzymując dalszy rozwój bezładu.

Prof. dr. Zaleski, przytaczając pracę Filipowicza, dotyczącą stosowania kąpieli szlamowych u chorych na wady serca, tłómaczy dodatnie działanie kąpieli siarczanych w miażdżycy tętnic tworzeniem się kwaśnego siarkanu wapnia, nieco rozpuszczalnego, zwłaszcza przy współdziałaniu kwasu węglowego, który zawiera się we krwi.

III. Dr. Sowiński przedstawia chorego, który zapadł na kiłę przed 16 laty; wtórne objawy były słabe; 6 lat temu zaczęły powstawać kilaki na kończynach, prąciu i w różnych narządach; pomimo energicznego leczenia sprawa posuwała się naprzód i wywołała zniszczenie ciał jamistych prącia aż do moszny. W klinice stosowano kąpiele gazowe, jodek potasowy i ostatnio odwar Zittmanna; chory wypił 24 funty słabego i 24 funty mocnego odwaru. Wynik tego leczenia jest ten, że kilaki zaczęły się goić, lecz w ostatnich dniach na powstałych już bliznach zaczynają pojawiać się nowe kilaki. Ta okoliczność zmusza odwlec operacyę plastyczną, mającą umożliwić czynności prącia, aż do czasu, gdy odżywianie chorego znacznie się poprawi i chory przejdzie jeszcze leczenie przeciwkiłowe. Przypadek ten uważa prelegent za pouczający i z tego względu, że zmiany prącia takie, jak u tego chorego, nieraz mylnie uchodzą za wrzód miękki fagedeniczny. Podobną pomyłkę spostrzegł prelegent 2 razy; w jednym z tych przypadków kilaki na prąciu o cechach fagedenicznych leczono w ciągu całego roku, jako wrzód miękki, lecz bezskutecznie; gdy chory wstąpił do kliniki, z prącia został kawałeczek długości 2 ctm.; leczenie przeciwkiłowe zatrzymało sprawę.

W *dyskusyi* prof. dr. Ziemacki podziela w zupełności zdanie prelegenta w sprawie dalszego leczenia chorego, sądzi jednak, że operacya w danym przypadku jest niemożliwą.

IV. Doc dr. Witold Orłowski wygłasza rzecz pod tytułem: „Zapalenie miedniczek nerkowych podczas ciąży“. (Ogłoszono drukiem w „Ginekologii“ 1905 r., kwiecień). Przytoczywszy własne spostrzeżenia i dane piśmiennicze, prelegent omawia warunki, sprzyjające powstaniu zapalenia miedniczek nerkowych podczas ciąży, przebieg kliniczny, rokowanie i leczenie. Z czynników usposabiających uważa prelegent za rzecz najważniejszą ucisk moczowodu, najczęściej prawego, przez ciężarną macicę, wskutek czego prąd moczu w moczowodzie znacznie się zwalnia, i zakażenie moczowodu z pęcherza moczowego lub drogą naczyń krwionośnych z narządów trawienia. Wbrew danym piśmiennicczym prelegent jest zdania, że zapalenie miedniczek nerkowych często się zdarza podczas ciąży; przeważnie dotyczy ono prawej miedniczki i występuje po 5-tym miesiącu ciąży, jakkolwiek zdarza się także już w pierwszej połowie. Pod względem objawów klinicznych zapalenie miedniczki podczas ciąży nie różni się od obrazu klinicznego tej choroby wogóle. Dla ciężarnej i płodu to powikłanie nie grozi zwykle niebezpieczeństwem. W leczeniu jest prelegent zwolennikiem metody zachowawczej, nie zaś chirurgicznej w postaci przerwania ciąży lub nefrostomii.

Dyskusya: Prof. dr. Ziemacki spostrzegał kilka przypadków zapalenia miedniczek nerkowych, wywołanych ciążą; powikłanie to rozwija się zwykle w 22—23 tygodniu ciąży i przejawia się bolami w krzyżu, parciem na mocz, rozwojem wodonercza, gorączką lub prawidłowym stanem t° i t. d. Za przyczynę tej sprawy uważa mowca ucisk moczowodów przez główkę płodu w płaszczyznie wchodu do miednicy w linii bezimiennej, nie zaś przez ciężarną macicę, jak przypuszcza prelegent. Swoim chorym zalecał mowca położenie na brzuchu z podniesionymi pośladkami i leki, zwykle używane w zapaleniu miedniczek nerkowych; wyniki były zawsze dodatnie.

Dr. Wierciński zaznacza, że sprawa jest interesującą i dla położników i dla internistów; wobec tego, że dotychczas mało zajmowano się sprawą zapalenia miedniczek nerkowych podczas ciąży, należy żałować, że prelegent nie mógł spostrzegać dalszego przebiegu choroby i płodu w drugim swym przypadku. Wbrew zebranej przez prelegenta statystyce, zdawałoby się teoretycznie, że zapalenie miedniczek nerkowych powinno częściej powstawać u pierwiastek, niż u wieloródek.

Prof. dr. Ziemacki: Jeśli zważymy, że wieloródek jest wogóle więcej, niż pierwiastek, to dane statystyczne, przytoczone przez prelegenta, przemawiają właściwie za tem, że istotnie zapalenie miedniczek nerkowych częściej zdarza się u pierwiastek, niż u wieloródek.

Dr. Wierciński: Podwiązanie moczowodu niezawsze wywołuje wodonercze; czasami w następstwie powstaje zanik nerki, jak to było w przypadku prof. dr. Fenomenowa, w którym podczas operacyi przez pomyłkę przecięto, a następnie podwiązano moczowód.

Prof. dr. Ziemacki spostrzegał również przypadki zaniku nerki po podwiązaniu moczowodu, lecz takie zejście zdarza się bardzo rzadko.

Dr. Strawiński: Zapalenie miedniczek nerkowych podczas ciąży zdarza się istotnie często, objawiając się bolami w krzyżu; ma zwykle przebieg łagodny; leczenie powinno być, zgodnie ze zdaniem prelegenta, zachowawcze; w żadnym z przypadków mowcy o przerwaniu ciąży nie było mowy. Wreszcie mowca zapytuje prelegenta, czy jego chore przechodziły zapalenie miedniczek nerkowych lub wogóle choroby układu moczowego przed ciążą?

Doc. dr. Orłowski w odpowiedzi wyjaśnia, że ma na względzie tylko zapalenie miedniczek nerkowych, wywołane przez ciążę, więc powstające u kobiet, które przed ciążą tej choroby nie przechodziły, jakkolwiek mogły przebyć inne choroby narządu moczowego, n. p. nieżyt pęcherza moczowego. Statystyka jest jeszcze zbyt ubogą, żeby z niej wnosić stanowczo, czy pierwiastki, czy wieloródki są więcej narażone na powikłanie ciąży zapaleniem miedniczki nerkowej. Zapalenie miedniczki nerkowej zdarza się i przed 5-tym miesiącem ciąży, kiedy mechaniczny ucisk moczowodu przez główkę płodu nie jest jeszcze wyraźny; w późniejszym zaś okresie ten czynnik niewątpliwie ma wielkie znaczenie. Podwiązanie moczowodu w przeważnej liczbie przypadków wiedzie pierwotnie do wodonercza i dopiero ostatecznie do zaniku nerki; zwężenie moczowodu ma natomiast zwykle w następstwie moczonercze. *Witold Orłowski.*

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* *Otrzymujemy następujące odezwy:*

C. k. Namiestnictwo. L. 119588. Lwów, 31 sierpnia 1905.

I. W czasie od 2 do 7 października b. r. odbędzie się w Paryżu międzynarodowy Kongres dla gruźlicy. Na prośbę Komitetu przygotowawczego i stosownie do reskryptu c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 29 lipca b. r. l. 34.543 zwraca się uwagę interesowanych na ten Kongres celem wzięcia w nim udziału. W załączeniu przesyła się 2 egzemplarze odbitki w języku niemieckim programu tego Kongresu, ogłoszonego w Nrze 28 z b. roku „Oesterr. Sanitätswesen", z wezwaniem zwrócenia uwagi interesowanych kół zawodowych na ten Kongres i zachęcenie ich do wzięcia w nim udziału.

O nazwiskach uczestników Kongresu zechce Redakcya donieść zawczasu c. k. Namiestnictwu.

L. 130.155. Lwów, 4 września 1905.

II. Galicyjskie c. k. Namiestnictwo, chcąc zapewnić sobie na wypadek potrzeby odpowiednią ilość sił lekarskich do tłumienia grożącej krajowi epidemii cholery i przeprowadzania rewizyi podróżnych i pakunków, pochodzących z krajów, chorobą tą zapowietrzonych, wzywa niniejszem tych PP. lekarzy, którzyby byli chętni podjąć się tych obowiązków, ażeby zgłosili się w najbliższym czasie osobiście lub piśmienie do departamentu sanitarnego c. k. Namiestnictwa, celem złożenia odpowiedniego oświadczenia. Na wynagrodzenie za takie czynności wyznacza się dla lekarzy, nie pozostających w służbie państwowej, dyety w kwocie 20 K dziennie i zwrot kosztów podróży z miejsca zamieszkania do miejsca przeznaczenia i z powrotem. Przy tem zastrzega sobie jednak c. k. Namiestnictwo prawo dowolnego wyboru zgłoszonych lekarzy i miejsca ich służbowego przeznaczenia.

C. k. Namiestnik: *Potocki.*

Międzynarodowy Kongres przeciwgruźliczy (2—7/X 1905) w Paryżu. Zarząd kolei francuskich zniżył dla członków tego Kongresu cenę jazdy od granicy francuskiej o połowę z warunkiem, że podróż ta odbędzie się między 30/IX a 10/X tą samą drogą. Ostatni już czas do wpisania się na członka. Opłata wynosi 25 franków. Wszelkich wiadomości udziela austryacki Komitet Kongresu (Wiedeń, Alserstrasse, 4. Klinika prof. Schröttera). *Schrötter.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 14 września.

* Minister oświaty w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych mianował na r. szkolny 1905/6 członkami komisyi egzaminacyjnej przy egzaminach lekarskich ścisłych w Uniwer. lwowskim: komisarzem rządowym — Radcę dworu dr. J. Merunowicza, jego zastępcą — Radcę ces. dr. J. Barzyckiego. Egzaminatorami przy II-gim egzaminie ścisłym — profesorów: J. Raczyńskiego, H. Halbana, doc. J. Wiczkowskiego; przy III-cim egzaminie ścisłym — profesorów: W. Łukasiewicza, G. Ziembickiego, H. Schramma i doc. W. Bylickiego.

* Cholera w powiecie mieleckim, dzięki zarządzeniom władzy, została zlokalizowaną; nowych przypadków niema i zapewne w niedługim czasie Galicya będzie ogłoszoną, jako wolna od epidemii. W Niemczech nie zdołano jeszcze zapanować nad tą zarazą, chociaż niewielka liczba nowych przypadków zdaje się wskazywać, że szerzenie się jej straciło pierwotny rozmach. W Krakowie zarząd miasta poczynił wszelkie możebne przygotowania na wypadek pojawienia się cholery, a jednocześnie wspólnemi siłami gminy i starostwa zarządzono możebnie ścisłą asanizacyę miasta i przedmieść. Z sprawozdań, złożonych na posiedzeniu miejskiej Komisyi sanitarnej w d. 9-go b. m., można nabrać otuchy, że gdyby epidemia cholery nawiedziła Kraków, nie zastałaby na prawdę naszego miasta nieprzygotowanem, a z drugiej strony — już sama obawa cholery, wywołując szereg zarządzeń, przyczyni się do uzdrowotnienia Krakowa.

* Na sobotniem posiedzeniu Komisyi sanitarnej m. Krakowa oświadczył p. wiceprezydent miasta, że wkrótce ma nastąpić reorganizacya miejskiej służby zdrowia.

* Minister oświaty, dr. Hartl, opuszcza swoje stanowisko. Szkolnictwo w Austryi traci w nim znakomitego kierownika oświaty, który bezstronnością i sprawiedliwością może najwięcej ze wszystkich swoich kolegów narodowości niemieckiej zbliżył się do ideału ministra państwa wielojęzycznego, jakiem jest Austrya. Za jego rządów stanął w Galicyi szereg szkół średnich i instytutów uniwersyteckich; on wydał akt, uznający Uniwersytet lwowski za instytucyę wyłącznie polską, a jego udział w obchodzie 500-tnej rocznicy odnowy Uniwersytetu Jagiellońskiego i pełne taktu, ciepła, szczerości przemówienie podczas tej uroczystości, pozostaną na zawsze we wdzięcznej pamięci Polaków.

* „Gazeta lwowska" zawiadamia, że uzupełniające wybory w obu Izbach lekarskich galicyjskich odbędą się 30 września.

* Wiec Izb lekarskich rakuzkich odbędzie się w Insbruku 3-go października.

* Statut warszawskiego Towarzystwa dentystycznego został zatwierdzony. Towarzystwu zostało udzielone prawo wydawania własnego organu, wysyłania delegatów na Zjazdy naukowe, zakładania bibliotek, muzeów, miewania odczytów, wyznaczania stypendyów i t. d.

* Ukaz carski zarządza reformy w dotychczasowej organizacyi uniwersytetów rosyjskich: stanowiska rektorów będą w przyszłości obsadzane drogą wyborów uniwersyteckich, a nie na podstawie mianowań przez rząd.

* Prof. Babiński, znakomity neurolog paryski, bawi w Zakopanem. O ile nam wiadomo prof. Babiński po raz pierwszy stanął na polskiej ziemi.

* Berlińskie czasopisma donoszą o sądowo-karnej sprawie jednego lekarza i jego żony, oskarżonych o kradzież drzewa rąbanego ze składu. Obwinieni wyznali, że ostateczna nędza, a z drugiej strony litość nad drobnemi dziećmi, którym chłód srodze dokuczał (było to w m. lutym), popchnęły ich do kradzieży. Sąd uznał okoliczności łagodzące i skazał na 2-tygodniowy areszt męża, a żonę na 1 tydzień. Lepsze mieliśmy wyobrażenie o organizacyi samopomocy lekarzy w Niemczech.

* W Saksonii na 2031 lekarzy przypada 1001 partaczy; są okręgi, w których liczba tych ostatnich jest bardzo wysoka; mężczyźni stanowią 68,6% i rekrutują się przeważnie ze stanu kupieckiego; następnie idą kolejno: tkacze, golarze, szewcy, stolarze, krawcy, rzemieślnicy, piekarze, nauczyciele, rolnicy i t. d.

* Między 20 a 26 sierpnia zaszedł jeden przypadek ospy w Oświęcimiu. Dur osutkowy stwierdzono w powiatach: brzeżańskim, borodeńskim, przemyskim i rawskim (po 1 gminie), w nadwórniańskim w 2 gminach. W tymże czasie zaszedł jeden przypadek zapalenia opon mózgowordzeniowych w powiecie czortkowskim, a z dawniejszych chorych zmarło 7 osób w 7-miu gminach.

Mianowania: Dr. Schlossmann — mianowany profesorem pedyatryi w Düsseldorfie. Doc. Peter — prof. nadzw. anatomii w Gryfii.

Nekrologia. Dr. Leon Szelągowski zmarł w Warszawie. Prof. Karg z Zwickau zmarł wskutek wypadku w jeździe samochodem.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 9. Barczewski: Projekt regulacyi zdrojowiska Krynicy. Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (dok.).

— *Medycyna* Nr. 35. Mutermilch: Kilka uwag o teoryach odporności (c. d.). Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliznie w r. 1903.

— *Gazeta lekarska* Nr. 34. Kijewski: Przyczynek do chirurgii płuc. Bartkiewicz: Bliznowate zwężenie odźwiernika po oparzeniu kwasem karbolowym. Gastroenteroanastomosis.

— *Przegląd okulistyczny* Nr. 7. Reis: Ropne zapalenie całej gałki ocznej (panophthalmitis), ropień w mózgu i śmiertelne zapalenie opon mózgowych (dok.) Bol. Wicherkiewicz: Trądzik różowaty i kilka słów w sprawie równorodnych przejawów chorobowych skórnych na spojówce i rogówce.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 11. Zanietowski: O kąpielech elektrycznych z wody siarczanej i zwykłej. Skórczewski: Wspomnienia historyczne w drodze do Krynicy.

— *Kronika lekarska* Zesz. 17. Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy (mycosis) górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.).

— *Przegląd kąpielowy* Nr. 11. Dłuski: Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od 1/V 1904 do 1/IV 1905 r.

— *Sbornik klinický* Č. 6. Pelnař: Orthostatická albuminurie (c. d.). Winter: Nepříjemna instituce.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 36. Nový: O mimoděložním těhotenství (c. d.). Scherer: Vrozené vady srdeční ve věku dětském (c. d.). Kimla: Latentní hypoplasie vrozené složitých organů žlazových při vrožene příjici (c. d.). Slavik: Zločin vraždy dle § 134. Hysterie. Polehčujici okolnosti.

— *La Presse médicale* Nr. 69. Desfosses i Santos: Gimnastyka oddechania i postawy. Terrien: Leczenie osesków leniwo-rosnących.

Nr. 70. Letulle: Lecznica przeciwgruźlicza paryska. Lecznica Jouye-Taniès. J. Voisin i R. Voisin: Reguła żywienia padaczkowych. Dyeta jarska i dyeta podazotowa.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36. Beneke: O wzroście fizyologicznym i patologicznym. Strauss: Doświadczenia z wziernikowaniem zagięcia esowatego jelita. Bonhoff: Prątek krowianki. Mulzer: O znajdowaniu się krętka w wytworach kiły i chorób innych. Salge: Czy matka chora na płonicę może karmić? Herz: O wykazaniu zbitych utworów pod obojczykiem. Pöppelmann: Leczenie suchot prątkową zawiesiną Kocha.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 36. Schade: Katalityczny wpływ spalania cukru. Kölliker: Biodro koślawe. Hermann: Rumień guzowaty na tle wywióru u dziecka, wyleczony śródżylnemi wstrzykiwaniami kolargolu. Neumeister: Przypadek pierwotnego płaskokomórkowego raka płuca z przerzutem na staw łopatkowy. Axmann: Leczenie ran promieniami pozafiołkowemi. Schinzinger: Rak sutka. Schüssler: Uporczywy skurcz odźwiernika; gastroenterostomia; wyleczenie. Wengler: Potrzeka oznaczania ciężaru gatunkowego w leczeniu tuczącem i odtłuszczającem. Schütz: Badania nad wydzielaniem śluzu w jelicie (dok.). Schottmüller: O nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 36. Passini: Istota jadu w hodowlach prątka ropowicy gazorodnej. Hoffmann: Doświadczenia z choliną. Merk: O „cytoryktes Luis'a“ Zirkelbach: Niebezpieczeństwo nakłucia torbiela bąblowcowego.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 36. Sahli: Spożytkowanie metody miareczkowania cukru Pavy'ego w klinice i praktyce prywatnej, oraz niektóre techniczne modyfikacye tej metody. Blum: Przypadek pierwotnej róży krtani. Żebrowski: W sprawie badania wypociny opłucnowej na prątki gruźlicze. Bergell: Chemizm nowotworów rakowych. Stotzer: Alypina, nowy lek miejscowo znieczulający. Uffenorde: Przypadek ropienia ucha środkowego. Nigris: Krętek blady i „refringens“ znajdujące się obok siebie we krwi chorych na kiłę. Lengefeld: Leczenie nadmiernego pocenia się lenicetem.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 36 (od dnia 3/IX do 9/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 26, dziew. 16; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 19, kob. 22; zamiejscowych: męż. 9, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 9, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. 1. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 7, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. 1, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2 ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem**: miejscowych 41, obcych 19.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIV. Kraków 23 Września 1905. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej Dra Serkowskiego w Łodzi.

Telluryn potasowy *(Kalium tellurosum)* w medycynie i higienie.

Podał

Roman Gloger.

Jak wiadomo, drogą witalistyczną lub zapomocą wytworów swej przemiany materyi bakterye wytwarzają z podłoża różne ciała chemiczne, jako to: kwas węglowy, wodór, metan, siarkowodór, amoniak i t. d.; dalej wywołują najrozmaitsze fermentacye; biorą czynny udział przy takich zjawiskach, jak utlenienie, odtlenienie, nitryfikacya; wreszcie zmieniają odczyn podłoża. Bakteryologia posiłkuje się tymi i innymi przejawami życia drobnoustrojów w celach ich odróżnienia, a środki, jakich używa do wykrycia tych lub innych wytworów, nazywa wskaźnikami (indykatorami). Liczba takich wskaźników jest bardzo wielka: że wymienimy tu octan ołowiowy, żelatynę z winianem żelazowym, kwas izotynosiarkowy, serwatkę lakmusową, lakmus, błękit metylowy, kwas rozolowy, metodę bioskopową, czerwień neutralną, chlorek żelaza i żelazicyanek potasu, sól indygokarminową i bardzo wiele innych. Każdy z tych związków służy wprost lub jako dodatek do podłoża do wykrycia tego lub innego wytworu bakteryi. Pracując od dłuższego czasu nad zastosowaniem wskaźników, a głównie tellurynu potasowego (*kalium tellurosum*) do celów lekarskich i higienicznych, spotkałem się w ostatnich dniach z dwiema pracami B. Gosio [1]) w tym przedmiocie; różnica wyników, do jakich doszliśmy, oraz niektóre, nieuwzględnione przez Gosio zagadnienia skłaniają mnie do podania wytycznych punktów i wyników mojej pracy.

W ostatnich czasach do liczby wskaźników zaliczono telluryn i selenin sodu i potasu (Scheurlen i Klett). Tellurynowi i seleninowi potasowemu przypisuje Gosio o wiele szerszą rolę: uważa je „prawie zawsze" za samoistny sposób sprawdzania obecności w badanej substancyi żywych i czynnych bakteryj, za wskaźniki wogóle życia bakteryj, które pokrywają się w obecności danego związku czarnym (telluryn) lub czerwonym (selenin) osadem.

Główne zastosowanie — jego zdaniem, może znaleźć telluryn potasowy przy wyrobie szczepionek [2]) przeciwmorowych, w których związek ten w bardzo małej, nieszkodliwej dla bakteryj, ani dla ustroju człowieka dawce (1:100.000—200.000) wskazuje, czy wszystkie prątki moru zostały zabite i czy nie nastąpiło przypadkowe zanieczyszczenie wogóle bakteryami z zewnątrz. W tym podwójnym charakterze zachowuje telluryn potasowy swoją działalność, jako wskaźnik biologiczny, w ciągu wielu miesięcy.

Sprawa, poruszona przez Gosio, t. j. znalezienie wskaźnika obecności wszelkich żywych bakteryi, jest bezwątpienia nadzwyczajnie ważną i żywotną. Gdybyśmy posiadali taki wskaźnik, zastosowaćby go można nietylko do celów, wskazanych przez Gosio (zastosowanie do szczepionek przeciwmorowych i innych, sprawdzanie jałowości podłoża i czy bakterye są żywe lub zabite, zastosowanie do środków spożywczych i konserw — dla określenia ich trwałości), ale i do wielu innych, jako to: sprawdzania działalności komór odkażających, odkażania, kontroli przyrządów i płynów odkażających, filtrów do wody, sprawdzania bakteryomoczu, jałowości krwi i soków ustroju i t. d.

Moje osobiste spostrzeżenia nad zachowaniem się tellurynu potasowego w szczepionkach przeciwcholerycznych, w czystych hodowlach wymienionych poniżej odmian bakteryi, wreszcie w pozbawionych bakteryi lub wyjałowionych środowiskach, doprowadzają mnie do odmiennych wniosków, a mianowicie:

1) Tworzenie się ciemnego zabarwienia i osadu pod wpływem tellurynu potasowego w podłożach lub płynach, następuje, jak się przekonałem, tylko przy udziale takich bakteryi, które wydzielają z organicznych związków podłoża siarkowodór H_2S; zjawisko to objaśnić można działaniem siarkowodoru na związki tellurowe i ich redukcyą. Wydzielanie się H_2S może być wynikiem życia bakteryj — sprawą witalistyczną, jak również może zależeć od ich wymiany materyi. Gosio pomija i nie wspomina zupełnie o wpływie H_2S na omawiane zjawisko, wiążąc je z wydzielaniem się metalicznego telluru; tymczasem tu wchodzi w grę siarczek telluru. Opadający szary, brunatny lub czarny osad stoi w związku z nasyceniem użytego tellurynu potasowego, ale również z właściwościami danej hodowli [3]), z odczynem i składem podłoża. Telluryn potasowy nie daje odczynu w obecności ukrytych, choć żywych bakteryj, i ta to właśnie okoliczność zmniejsza zastosowanie tego środka. Zaś co do szczepionki przeciwcholerycznej, to obecność w niej żywych przecinkowców nie zagraża żadnem niebezpieczeństwem, ponieważ one pod skórą i we krwi szybko giną.

2) Sprawdziłem odczyn z tellurynem potasowym wielokrotnie z następującemi hodowlami na płynnych i stałych środowiskach w probówkach i płytkach: *Vibrio cholerae as.*,

[1]) Zeitschr. f. Hygiene und Infectionskrankheiten. 1905. t. 50, z. 3, str. 519 i t. 51, z. 1. str. 65.

[2]) S. Serkowski. Epidomiologia i profilaktyka cholery. Wyd. II. 1905 str. 45.

[3]) N. p. nie we wszystkich szczepach prątka okrężnicy *(bac. coli commune)* tworzy się jednakowy osad, pomimo wszelkich jednakowych warunków *(ceteris paribus)*.

proteus vulgaris, *bact. coli commune*, *bac. typhi abdom.*, *vibrio Miecznikow*, *bact. anthracis*, *bac. tetani*, *bac. botulinus*, *bact. subtilis*, *vibrio berolinensis*, *v. phosphorescens*, *bac. cholerae gallinarum*, *bac. lactis aerogenes*, *bac. cyanogenus* (odczyn słaby), *b. fluorescens non liquefaciens* (odczyn słaby), *bacillus proteus Zopfi*, *b. typhi murium*, *b. pyocyaneus*, *sarcina lutea*, *bact. paratyphi A*, *bact. suipestifer*, *b. suisepticus*, *b. rubefaciens*, *b. pyogenes*, *micrococcus pyogenes*, *aureus*, *citreus*. Wszystkie one dają z tellurynem potasowym dodatnie, mniej lub więcej wyraźne wyniki.

Dodatni odczyn dają też: *Pennicillium glaucum*, *oidium albicans*, *aspergillus fumigatus*, *mucor mucedo*.

Ujemne wyniki otrzymałem z następującemi: *B. tuberculosis hominis*, *pseudotuberculosis Pfeiffer*, *bacillus acidi lactici*, *spirillum rubrum*. Oprócz tego *bac. diphteriae*, *pseudodiphteriae*, w pierwszym okresie (w ciągu tygodnia) ich rozwoju z tellurynem potasowym dawały wynik ujemny. Dlatego też w żaden sposób nie możemy zgodzić się na zdanie Gosio[4]). „Rozkład tellurynu potasowego następuje w obecności ogromnej większości odmian bakteryi tak, iż w tym przypadku można twierdzić, że jest to prawidłem; wyjątki, jeżeliby się znalazły, nie szkodzą w praktycznem zastosowaniu, do którego dąży ta metoda, ponieważ wogóle poszukujemy odczynu tylko dla zwykłych zanieczyszczeń". „Płyny, w których nie ma ani śladu brunatnego osadu, można uważać za jałowe, choćby były mętne".

Jak widzimy, moje wyniki niezupełnie są w zgodzie z wynikami Gosio, który otrzymał nieraz i silny odczyn tam, gdzie ja słaby, słaby lub średni tam, gdzie ja nie spostrzegłem żadnego odczynu, co, być może, zależy od niejednakowych i niestałych właściwości hodowli i podłoża. Dla zestawienia podaję niżej tablicę, w której można porównać wyniki Gosio z moimi, jak również wskazuję w niej te bakterye, które wydzielają H_2S. Stały stosunek między dodatnim odczynem, a wydzielaniem H_2S potwierdza moje twierdzenie; ten odczyn w obecności żywych bakteryi powstaje wtedy, kiedy dane bakterye wydzielają siarkowodór z organicznych związków podłoża.

	Odczyn z tellurynem potasowym		
	w doświad. Gosio	w doświad. moich	H_2S
Staphyl. pyog. aureus	silny	takiż	+
„ „ citreus	słabszy	silny	+
„ „ albus	silny		+
B. pyocyaneus	„	średni	+
B. prodigiosus	„	słaby	+ (ślady)
B. syncyaneus (cyanogenes)	„	„	+
B. subtilis	„	silny	+
B. acidi lactis	„	żaden	—
B. coli commune	„	silny	+
B. typhi abdom.	„	„	+
B. aquatilis	silny	niektóre odmiany dają H_2S i odczyn dodatni, inne — ujemnie.	
B. mesentericus vulg.	silny	nie przerabiałem	ślady
Proteus vulgaris	silny	silny	+

[4]) Zeitschrift f. Hygiene und Infectionskr. 1905. Tom 51, z. I, str. 76 i 124.

	Odczyn z tellurynem potasowym		
	w doświad. Gosio	w doświad. moich	H_2S
B. pyogenes foetidus	silny	nie przerab.	
B. megatherium	„	„	De Bary + Matsuschita —
B. ozaenae	„	„	niewiadomo
B. cholerae gallinarum	„	silny	+
Streptotrix lingualis	„	nie przerab.	?
„ odorifera	„	„	?
B. suisepticus	„	średni	+
B. suipestifer	„	silny	+
Vibrio cholerae asiaticae	„	silny!	+
Vibrio Mietschnikow	„	„	+
Vibrio berlinense	nie przerab.	średni	+
Vibrio phosphorescens	silny	silny	+
Bacillus mallei (Rotzbacillus)	„	nie przerab.	+
Vibrio tyrogenes	„	„	+
B. Cubonianus	„	„	?
B. fluorescens liquefaciens	„	„	+
B. luteus	„	„	?
B. fluorescens non liquefaciens	nie przerab.	silny	+
B. proteus Zopfi	„	średni	
B. typhi murium	„	„	+
Sarcina lutea	silny	silny	+
Micrococcus rosaceus	„	nie przerab.	
B. violaceus	„	średni	?
Penicillium glaucum	„	silny!	+
Mucor mucedo	„	silny	+
Penicillium breviculare	„	nie przerab.	
Aspergillus varians	„	„	
„ fumigatus	„	silny	+
„ flavescens	„	nie przerab.	
„ niger	„	silny	+
B. tetani	„	„	+
B. oedematis maligni	„	nie przerab.	+?
B. botulinus v. Ermengen	nie przerab.	silny	+
B. rubefaciens	„	słabszy	

Z kolei przejdziemy do tych bakteryi chorobotwórczych i innych, przy których telluryn potasowy w moich doświadczeniach nie doznał odczynu:

Wyniki:

	Odczyn z tellurynem potasowym		
	w doświad. Gosio	w doświad. moich	H_2S
Hominis tuberculos.	mniej silny, ale widoczny	ujemne	—
Avium tuberc.	„	„	—
B. diphtheriae	„	„	ślady
B. pseudodiphtheriae	„	„	„
B. pseudotuberculosis Pfeiffer		„	—
Bacillus acidi lactici	silne	„	—
Spirillum rubrum	nie przerab.	„	—

Widzimy zatem, że wszystkie te bakterye, które redukują K_2TeO_3, cechują się równocześnie wydzielaniem siarkowodoru.

Szczepionka choleryczna, przygotowana w naszej pracowni sposobem Kollego i z dodatkiem tellurynu, nie wykazywała żadnego odczynu; odczyn zjawiał się, o ile szczepionka była niedostatecznie wyjałowioną, lub gdy do szczepionki jałowej dodałem 1 uszko hodowli przecinków cholerycznych.

Ponieważ wszystkie powyższe drobnoustroje należą do grupy siarkowodorowych, a zdolność wytwarzania siarkowodoru jest bardzo wśród bakteryi rozpowszechnioną, co jednak zależy nietylko od samych bakteryi, lecz także i od składu podłoża, od organicznych związków siarki, znajdujących się w pożywce (Morris-Stagnitta), więc też siarka musi wywierać wpływ na wyniki odczynu w znaczeniu ilościowem i jakościowem. Ta okoliczność również znacznie ogranicza zastosowanie tellurynu potasowego jako wskaźnika, ponieważ brak odczynu wcale nie upewnia co do jałowości szczepionki, wbrew twierdzeniu Gosio.

Prócz H_2S, wydzielanego przez bakterye, zjawisko redukcyi związków tellurowych może powstać i bez udziału bakteryi, pod wpływem n. p. SO_2, $SnCl$, $FeSO_4$ i Zn; sole ołowiu strącają telluran ołowiu, trudno rozpuszczalny w wodzie. Również bez udziału bakteryj, a jedynie pod wpływem zmiany warunków fizycznych (długotrwałe nagrzewanie) może powstać to samo zjawisko także we wszystkich tych przypadkach, gdy w podłożu jałowem przy tworzeniu się siarkowodoru i bezwodnika kwasu siarkowego następuje redukcya związku tellurynu potasowego, czego nie zmienia nawet dodatek ługu (KOH).

Jakkolwiek dane te znacznie zwężą ramy zastosowania tellurynu potasu, jako wskaźnika obecności bakteryj, to nie mniej związek ten koniecznie, zgodnie ze zdaniem Gosio, powinien być używany przy wyrobie szczepionek i surowic, a mianowicie dlatego, że: *a*) pozwala wykryć obecność żywych i czynnych prątków moru, przecinkowców cholerycznych i bardzo wielu, choć nie wszystkich odmian bakteryi; *b*) zmiany, które mogą wywołać bez udziału bakteryi redukcyę związków kwasu tellurowego i tworzenie się czarnego osadu w surowicach i szczepionkach, te zmiany wskazują na rozpad ciał proteinowych i białkowych i na niezdatność danej szczepionki lub surowicy. Wiele tlenowców i beztlenowców można wykryć zapomocą tellurynu potasowego; jednakowoż istnieje dużo takich, w tej liczbie i chorobotwórcze (prątek gruźliczy i inne, patrz wyżej), które nie wydzielają z podłoża wytworów, redukujących związki tellurowe. Skutkiem tego telluryn potasowy (*Kalium tellurosum*) i technika bezgnilna nie mogą zastąpić w szczepionkach środka przeciwgnilnego, wbrew twierdzeniu Gosio. Dlatego też nie do wszystkich, wymienionych powyżej, różnorodnych celów dadzą się one zastosować (nie można ich użyć do sprawdzania konserw, działania filtrów, jałowości podłoża, bakteryomoczu), lecz tylko do niektórych spraw: do sprawdzenia, czy nie zginęły hodowle, które poprzednio redukowały i dawały odczyn, lub czy w danej substancyi znajdują się bakterye, wydzielające H_2S.

W celu określenia, czy i w jakich granicach zastosować telluryn potasowy do odróżniania bakteryi, wykonałem szereg różnorodnych prób: na stałych podłożach (w płytkach) czerniały kolonie tych tylko bakteryi, które wydzielają H_2S., a inne nie zmieniały swej barwy; słaby roztwór tellurynu potasowego czerniał wprawdzie równomiernie w płytkach z różnorodnemi koloniami, ale pozostawał o tyle jeszcze przeźroczystym, że zawsze można było odróżnić zczerniałe kolonie od niezczerniałych.

Do celów odróżniania bakteryi zarówno w płytkach, jak i w probówkach, nie posiada telluryn potasowy żadnej przewagi nad wszelkiemi innymi wskaźnikami, do tego używanymi.

Używać tellurynu potasowego do sprawdzania komór odkażających, nie można z powodu fizycznego wpływu wysokiej ciepłoty; co do sprawdzania działania środków odkażających to można użyć tellurynu potasowego w hodowli, wydzielającej H_2S (zwłaszcza w hodowli odmieńca), umieszczonej w przestrzeni odkażanej nie przez wysoką t^0, o ile sam środek odkażający nie wywołuje redukcyi tellurynu potasu. Małe znaczenie ma ta metoda przy badaniu bakteryomoczu wskutek tego, że odczyn następuje dopiero po kilku dniach, a bakterye, rozmnożywszy się w moczu już na zewnątrz ustroju, mogą sprawić dodatni odczyn nawet w takich wypadkach, gdy niema rzeczywistej bakteryuryi. Sprawdzenie jałowości podłoża i jałowości środków do podskórnych wstrzykiwań przez dodawanie w czasie ich przyrządzania roztworu tellurynu potasowego nie zawsze da się uskutecznić — wbrew twierdzeniu Gosio — skutkiem wysokiej t^0 przy wyjaławianiu podłoż, jak i wskutek tych chemicznych redukujących związków (płyny do podskórnych wstrzykiwań), jakie się w nich znajdują.

Zgodnie z twierdzeniem Gosio, dodatek cukru gronowego wzmacnia odczyn, który staje się przez to jeszcze wyraźniejszy. Zjawisko to, zdaniem mojem, polega na tem, że cukier pod wpływem fermentacyi w obecności bakteryi rozkłada się, przyczem wytwarzają się kwasy mleczny i etyliden-mleczny, które zamiast kwasu tellurowego wstępują w związek K_2TeO_3. TeO_2 (bezwodnik kwasu tellurowego) redukuje się do Te lub TeS_2, w obecności H_2S wydzielonego z podłoża przez bakterye. Dla uzupełnienia dodać muszę, że odczyn ten występuje lepiej, jeżeli badany płyn (resp. szczepionki przeciwmorowe i choleryczne) wstawić do cieplarki; przy 37^0 odczyn następuje szybciej i obficiej, aniżeli przy t^0 pokojowej.

Nie należy zapominać, że sposób przechowywania szczepionek i surowic jest w praktyce właśnie wprost odwrotnym: przechowują się w chłodnem miejscu, w ciepłocie mało sprzyjającej rozwojowi bakteryj, które mogą zawierać się w danej szczepionce w stanie utajonym, czasowo tylko nie ujawniając życiowych właściwości, a więc i nie wydzielając H_2S. Dalej, że: „sprawność naszego odczynnika zależy od wieku hodowli“ [5]), co stosuje się zarówno do podłóż, jak i do szczepionek.

Co zaś do czasu, rozcieńczenia i t. p. warunków odczynu, to powiedzieć mogę, że osad, znamionujący, ten odczyn (szary, brunatny, stopniowo czerniejący) zjawiał się najczęściej dopiero nazajutrz, na 2-gi lub 3-ci dzień po do-

[5]) Gosio: Zeitschrift f. Hygiene, T. 51, z. 1, str. 92.

daniu tellurynu potasowego, lecz nie zawsze był jednakowo wielki. N. p. jeden szczep prątka okrężnicy w bulionie glicerynowym dawał mniejszy osad, niż w zwyczajnym, a drugi na obydwu podłożach jednakowy. 2) Najwyższe rozcieńczenie, jakie stosowałem, było 1:25000, najniższe 1:2500, najczęściej zaś pracowałem z 1:5000; 1:8000; już rozczyny 1:25000 są nieszkodliwe dla zwierząt, w tem znaczeniu, że ich nie zabijają.

Przy stosowaniu rozczynów 1:5000 spostrzegłem hamujący wpływ na rozwój prątka wąglikowego przy równoczesnym dodatnim odczynie; mniej czułe na działanie tellurynu potasowego były pleśniaki, których rozwoju telluryn w tem samem rozcieńczeniu nie hamował przy również dodatnim odczynie.

Bardzo szybko następuje odczyn pod wpływem odmieńca (*proteus vulgaris*).

Jak widzimy więc, może telluryn potasowy mieć zastosowanie w medycynie, jako dodatek do szczepionek w postaci wskaźnika, ujawniającego często niepożądane zmiany, bądź pod wpływem bakteryi, bądź bez ich udziału; nie jest jednak ten wskaźnik tak pewnym, aby mógł zastąpić w szczepionkach fenol lub inny środek odkażający. Obecność wielu redukujących związków w moczu, sokach ustroju, lekarstwach i t. p. zwęża granice zastosowania tellurynu potasowego, któremu, można wyznaczyć w bakteryologii miejsce wśród wielu innych wskaźników.

Na zakończenie pozwolę sobie w tem miejscu serdecznie podziękować Drowi Serkowskiemu za łaskawą pomoc i cenne wskazówki, jakich mi nie skąpił w ciągu całej mej pracy.

Prócz wymienionych powyżej, posiłkowałem się źródłami z podręczników Mendelejewa, Hollemana (wyd. 1905 r.), Treadwella, Kolle-Wassermanna, Matsuschita, Serkowskiego, Günthera i encyklopedyi Pfeiffer-Proskauera 1905 r.

II. Z zakładu bakteryologii i higieny Prof. Dra Bądzyńskiego i z zakładu medycyny sądowej Prof. Dra Sieradzkiego c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

O tak zwanych zatruciach mięsnych z uwzględnieniem epidemii zatrucia we Lwowie w r. 1904.

Podał

Dr. Ferdynand Stankiewicz,

asystent zakł. med. sądow.

(Ciąg dalszy).

Rozpatrując postać i zachowanie się kolonii na żelatynie, stwierdziłem bez wielkiego trudu, że

1) w studzeninie było kilka rodzajów drobnoustrojów, z których jedne żelatynę rozpuszczały, inne zaś nie;

2) w zwłokach nie było drobnoustrojów roztapiających żelatynę, lecz podobne do siebie drobnoustroje jak gdyby jednego gatunku, w czystej hodowli.

Nadto można było zauważyć, że hodowle, uzyskane ze zwłok, wyglądają zupełnie tak samo, jak niektóre kolonie na płytkach żelatynowych ze studzeniny. Można to było jeszcze lepiej osądzić po oddzieleniu od siebie na płytkach drobnoustrojów ze studzeniny. W ten sposób można było odróżnić trzy rodzaje drobnoustrojów w studzeninie, z których dwa dały się bardzo łatwo rozpoznać z powodu znamiennych cech, jako prątek odmieniec Zopfa (*bac. proteus Zopf*) i prątek krwawy (*bac. prodigiosus*). Trzecim był również prątek, który z powodu, iż kolonie jego były bardzo podobne do wyrosłych również na płytkach kolonii z materyału ze zwłok, zajął nas najwięcej. Na pierwszy rzut oka już miało się wrażenie, że w obu przypadkach gatunek bakteryi jest ten sam. Przypuszczenie, że są to takie same drobnoustroje, zyskiwało na pewności w miarę, jak jedne i drugie jednakie okazywały cechy przy szczepieniu na pożywkach sztucznych i jednakie miały własności chorobotwórcze, stwierdzone doświadczeniami na zwierzętach. Z drugiej znowu strony zachowanie się tych prątków na pożywkach sztucznych, własności ich postaciowe w preparatach mikroskopowych i w kropli wiszącej, przy uwzględnieniu okoliczności i materyału, w jakim je napotkano, budziły przypuszczenie, że jest to jeden z drobnoustrojów, napotykanych we właściwych zatruciach mięsem, a należących do grupy prątków okrężnicy i duru brzusznego. Powierzchowne kolonie tych prątków na płytkach żel. po upływie doby w 22° C., oglądane gołem okiem, wydawały się nie większe od ziarn piasku, były nad powierzchnię nieco wyniosłe, białawe, w powiększeniu około 100 (Zeiss AA, ok. 4) kształtu okrągławego, o brzegu gładkim, w środku niewyraźnie ziarniste, grubsze, o brzegu przeźroczystym bez żadnej budowy. Znamiennie zaczęły one wyglądać po 48 godzinach lub w trzeciej dobie: w tym czasie kolonie powierzchowne miały pod mikroskopem środek wyraźnie grubo-ziarnisty, barwy żółtawo-brunatnej, w obwodzie zaś wązki pierścień bez żadnej budowy, przeźroczysty, lekko-zielonkawy; brzeg kolonii był gładki, czasem lekko zatokowaty, kształt jej zaś okrągły. Gołem okiem oglądane w tym czasie miały one postać guziczków szarawo-białych, okrągławych, wyniosłych, w środku grubszych, ku brzegom coraz cieńszych, czasem jakby krople gęstej śmietany. Wielkość ich dochodziła w 2—3 dniu 2—3 mm., później bardzo mało rosły; wogóle kolonii powyżej 5—6 mm. średnicy nie spotkałem nawet po 3 tygodniach.

Kolonie, w głębi żelatyny leżące, były kształtu okrągłego, owalnego lub oselkowatego, o brzegu ostrym, gładkim, barwy żółto-zielonkawej, drobno-ziarniste. W tem już miejscu nadmienię to, co właściwie dopiero po pewnym czasie dostrzeżono, że zachowanie się powierzchownych kolonii na płytkach żelatynowych ulegało zmianie w miarę przeszczepiania tych prątków z pożywki na pożywkę. Kolonie takie, jak je powyżej opisałem, wyrosły nietylko ze studzeniny i zwłok, lecz także ze zwłok zwierząt, które zginęły przy doświadczeniach z tymi prątkami. Jeżeli jednak kolonie te kilka lub kilkanaście razy przeszczepiono z płytki na płytkę, to ten charakter kolonii powierzchownych zmieniał się; zależnie od upływu czasu, od ilości szczepień na pożywkach sztucznych, powstawały postacie przejściowe od postaci powyżej opisanej aż do postaci kolonii tak zw. liściastej, jakie rozwijają się w hodowlach płytkowych prątka duru brzusznego lub prątka okrężnicy. Mianowicie kolonie które po 48 godz. przedstawiały się jako delikatne, półprzeźroczyste, szarawo-białe plamki lub powłoczki okrągławe, mało nad powierzchnię wyniosłe, w środku nieco tylko grubsze, niż na kraju, pod drobnowidem zarysowywały się jako mniej lub więcej ładnie wykształcone formy liścia winnego o brzegu przeźroczystym, powycinanym, zatokowatym, o środku grubym, żółtawo-brunatnym, drobno-ziarnistym, porysowa-

nego od środka ku brzegom rowkami i żłobkami, rozgałęziającymi się, jak żyłki na liściu; często też w środku można było stwierdzić jądro.

Takie liściaste kolonie wyrastały też niekiedy i na płytkach, na których wysiano materyał ze zwłok zwierząt, wtedy jednak powstawały nierównie częściej kolonie gruboziarniste, śmietankowate.

Liściaste kolonie różniły się wreszcie od grubo-ziarnistych tem, iż miały charakter więcej śluzowy; natomiast tamte były więcej sypkie. Z upływem czasu rysunek liściastych kolonii zacierał się, po upływie tygodnia lub dłużej przedstawiały się one, jako lekko wyniosłe, płaskie guziczki szaro-białe, później z wklęsłością w środku, otoczoną dookoła jakby wałem. Na charakter kolonii powierzchownych na płytkach żelat. wpływały zresztą oprócz wymienionych okoliczności także własności samej pożywki, jej oddziaływanie, ciepłota, w której bakterye te hodowano i t. d. Własności proteolitycznych bakterye te nie miały, nie stwierdzono nigdy nawet w najstarszych hodowlach ani śladu roztapiania się żelatyny. Wzrost ich odbywał się tak w atmosferze tlenu, jak i bez niego; bez tlenu wszakże rosły bakterye nieco słabiej i wolniej.

W kropli wiszącej (sporządzonej tak z hodowli ze zwłok, jak i ze studzeniny) drobnoustroje te miały postać prątków, zwykle 2—3 r. dłuższych od swej grubości, o końcach zaokrąglonych, i wykonywały żywe ruchy.

W preparatach barwionych zdarzały się najczęściej postacie krótkie, grube (1·2—3·2 μ. długości, zaś 1—1·2—1·4 grubości), niekiedy tylko spotkać można było dłuższe nitki. Barwiły się te prątki dobrze rozczynami wodnymi barwików zasadowych, lepiej wszakże ich rozczynami anilinowymi, a wtedy wydawały się znacznie grubsze z powodu zabarwienia otoczki, jaką posiadały. Sposobem Grama się odbarwiały; sposobem Löfflera łatwo można było zabarwić rzęski, obwodowo ułożone, zwykle w liczbie 4—5, niekiedy mniej, często więcej tak, że cały prątek był niemi omszony; długość tych rzęsek przekraczała kilkakrotnie długość ciała bakteryi. W udatnych preparatach, barwionych tą metodą, widziało się wokoło silnie zabarwionego prątka dość szeroki, przeźroczysty pierścień otoczki, której jedynie rąbek zewnętrzny się zabarwił jako delikatny linijny owal, od którego dopiero odchodziły rzęski. Nierównomiernego barwienia się laseczek w starszych hodowlach żelatynowych, jako znamiennej cechy niektórych drobnoustrojów właściwych dla otruć mięsnych — nie zauważono. W bulionie Löfflerowskim po zaszczepieniu tego prątka powstawało już po 24 godz. jednostajne zmętnienie, w tym też zazwyczaj czasie lub później na powierzchni bulionu tworzyła się delikatna, krucha, szaro-biała, matowa powłoczka, która za wstrząśnieniem łamiąc się, częścią opadała na dół, częścią przyczepiała się do ścian próbówki; z czasem tworzył się w dole szaro-biały osad o charakterze śluzowym, bulion zaś sam się wyjaśniał; nawet po dłuższym czasie nie miał on woni gnilnej, lecz przeciwnie dość przyjemną.

Rysowa hodowla w agarze skośnym już po 24 godz. przedstawiała bujną pilśń w kształcie wstęgi szarawo-białej, półprzeźroczystej o brzegach karbowanych, przyczem woda kondensacyjna mętniała i wydzielała osad śluzowy, ciągnący się. Jeśli materyału szczepnego było mało, powstawały na agarze oddzielne kolonie, jako szarawo-białe plamki, lekko wyniosłe, o brzegu półprzeźroczystym, w środku nieco grubsze.

Mleka prątek ten nie ścinał nawet po dłuższym czasie; przeciwnie po 8—10 dniach przechowywania w termostacie było ono przeźroczystszem, żółtawem i silnie alkalicznem. W wodzie peptonowej nie stwierdzono indolu ani w młodych, 1—3-dniowych hodowlach, ani też nawet w 3-tygodniowych [38]). W hodowlach żelatynowych kłutych wzrost odbywał się tak na powierzchni, jak i w kanale szczepnym. Na powierzchni tworzyła się wokoło punktu wkłucia plamka delikatna, szaro-biała, płaska, początkowo okrągła, później o brzegach karbowanych, przybierając kształt liściasty żyłkowany. W kanale szczepnym wzrost odbywał się wzdłuż niego w postaci nitki, najczęściej bez wypustek lub rozgałęzień bocznych w otaczającą żelatynę.

W agarze z 0·3% cukru gronowego już w dobę po zaszczepieniu prątka tworzyły się gazy, które rozrywały i rozpychały pożywkę.

Na ziemniaku prątek ten rósł dobrze: zależnie od rodzaju ziemniaka i stopnia kwaśności tworzył się nalot żółto-brunatny połyskujący, przechodzący w dość gruby i wyniosły pokład pilśni, lub też powłoczka przeźroczysta, mało widoczna, matowa, niekiedy później brunatniejąca. Zazwyczaj ziemniak przybierał ciemną barwę.

W agarze, zawierającym 1% cukru gronowego, zaprawionym czerwienią obojetną (Rothbergera) po wstawieniu do cieplarki przed upływem doby pojawiała się wyraźna fluorescencya z rozerwaniem pożywki przez gazy; w następnej dobie pożywka zaczynała się odbarwiać.

W serwatce lakmusowej (Petruschkyego) powstawała w pierwszym dniu zmiana barwy na czerwoną, która to barwa utrzymywała się przez parę dni, poczem przechodziła w niebieską, a to bądź bezpośrednio lub też po poprzedniem odbarwieniu się całkowitem lub częściowem. Hodowle prątka, dłuższy czas przeszczepiane na pożywkach sztucznych, wywoływały zazwyczaj odbarwianie się pożywki lakmusowej i tworzyły nieco więcej kwasów. Co zaś do rozwoju samej hodowli w serwatce, to w pierwszych dniach serwatka mętniała, tworząc na powierzchni łatwo łamliwą, szaro-czerwoną lub szaro-niebieską błonkę, później w miarę tworzenia się niebiesko zabarwionego osadu, który opadał na dno, serwatka stawała się przeźroczystszą. Do zobojętnienia 10 cm.^{3} tej serwatki potrzeba było w jednem doświadczeniu:

po upływie	24	godzin	0 9	cm.^{3} 1/10 norm. NaHO
„ „	48	„	0·5	
„ „	72	„	0	
„ „	4	dnia	0·3	cm.^{3} 1/10 norm. H_2SO_4.

Aby stwierdzić, czy prątki te wywołują fermentowanie cukrów z wywiązywaniem się gazów, sporządzono hodowle w kolbkach fermentacyjnych na bulionie, przyprawionym cukrami do zawartości 1%. Z wyjątkiem bulionu z cukrem mlecznym, w którym nawet po kilku dniach nie zauważono ani śladu gazów, w innych zresztą kolbkach już po upływie doby wynik był dodatni; mianowicie po upływie 24 godz. otrzymano:

---

[38]) Badanie wykonywano w ten sposób, że do pożywki dodawano mniej więcej połowę objętości 10% H_2SO_4 a następnie ½ cm.^{3} ½% azotynu sod.

w kolbce z cukrem	w I dośw.:	w II dośw.:
gronowym	3·3	3·1
lewulozą	1·6	1·8
maltozą	2	2
mannitem	1·8	

cm.³ gazów, dokładniej zresztą nie badanych W następnej dobie zwiększała się widocznie ilość gazów jedynie w kolbce z cukrem gronowym, dochodząc w I dośw do 4·1, w II dośw. do 3·8 cm.³; natomiast w innych kolbkach przyrost ten był bardzo mały.

Na pożywce Drigalski-Conradiego (agar lakmusowy z nutrozą, cukrem mlecznym i fioletem kryst.) przy przechowywaniu w cieplarce już po upływie doby pojawiały się kolonie powierzchowne jako blado-niebieskie gwiazdki o brzegach zatokowatych, lekko karbowanych, półprzeźroczyste, 2 mm. średnicy, nieco wyniosłe.

Od kolonii prątków durowych kolonie te łatwo odróżnić, bo tamte tego samego wieku są drobniejsze, delikatniejsze, przeźroczystsze, podobne do kropel rosy.

Zarodników prątki te nie tworzyły; wielkość ich zależała od rodzaju pożywki: największe prątki spotykano w preparatach z narządów zwłok, nieco mniejsze (dł 1—1·6—3 μ., gr. 0·6—1 μ.) w (48 g.) hodowlach z ziemniaków, gdzie też zdarzały się tu i owdzie w nitkach, a dość często oba ich końce całkiem się nie barwiły lub słabo, przyczem prątki te na końcach tych były więcej prosto ścięte, nie zaokrąglone. W hodowli z agaru (48 g.) były one daleko drobniejsze, aniżeli z ziemniaków; najdrobniejsze i najcieńsze (dł. 0·5 do 1 μ., gr. 0·2—0·4 μ.) były w hodowlach z surowicy. Prątki w płytkach żelat. dochodziły mniej więcej wielkości prątków z agaru.

Starano się także oznaczyć stopień zasadowości pożywki żelatynowej, przy którym prątki te najlepiej rosną.

W tym celu do 7 próbówek wlano po 10 cm.³ dokładnie przy użyciu papierków lakmusowych zobojętnionej zwykłej 10% żelatyny, którą następnie po wyłączeniu jednej próbówki zaprawiono kolejno z jednej strony 1 cm.³, 2 cm.³, 3 cm.³ 1/10 norm. rozcz. NaHO, z drugiej strony takąż ilością 1/10 norm. rozcz. H_2SO_4, zaszczepiono mniej więcej równą ilością materyału i wylano na płytki. Okazało się, że najwięcej, najlepiej rozwiniętych kolonii było na płytce z żelatyną obojętną, następnie z kolei szły płytka z 1 cm.³ H_2SO_4 1 cm. NaHO, z 2 cm. H_2SO_4; na płytce z 2 cm. NaHO było prawie tyle i to słabo rozwiniętych kolonii, co i na płytce z 3 cm. H_2SO_4, na płytce z 3 cm. NaHO nic nie wyrosło.

Powtórzono jeszcze dwa razy to doświadczenie, ale z pewną zmianą: mianowicie dodawano do obojętnej żelatyny z jednej strony 1/4, 1/2, 3/4 cm.³ rozcz. NaHO, z drugiej takie same ilości rozcz. H_2SO_4 (1/10 normalnych). W obu razach najpiękniejszy i najszybszy wzrost stwierdzono na płytkach z 1/4 i 1/2 cm.³ 1/10 normal. H_2SO_4; wnosić z tego należy, że drobnoustroje te najlepiej rosną na słabo kwaśnych pożywkach.

Usiłowano również zbadać zachowanie się prątków tych w rozmaitej ciepłocie. Już wyżej zaznaczyłem, że jak dla innych pokrewnych drobnoustrojów, tak i dla badanych wynosi optimum ciepłoty 37° C. Co do stopni ciepłoty nizkich, to zdołano stwierdzić, że 3-dniowy pobyt przy 0° C. powstrzymywał zupełnie rozwój prątków, jakkolwiek ich nie uszkodził trwale, bo przeniesione po tym czasie do pokoju o ciepłocie zwykłej lub do cieplarki rozwijały się dalej prawidłowo. W ciepłocie 5—6° C. rozwój prątków był minimalny, po upływie dni 10 wyrosły na płytkach kolonie, zaledwie gołem okiem dostrzegalne, w 9—10° C. po upływie 10—14 dni dochodziły kolonie powierzchowne do wielkości takiej, jaką miewały 2—3-dniowe kolonie, hodowane w ciepłocie pokojowej. Doświadczeń nad wpływem ciepłoty wysokiej przeprowadzono mało, stwierdzono jedynie, że przy ciepłocie 70° C. ginęły te prątki po upływie godziny bez względu na rodzaj pożywki.

Opisane powyżej własności były wspólne dla drobnoustrojów, wykrytych tak w zwłokach, jak i w studzeninie. Gdy tożsamość prątków, otrzymanych ze zwłok i ze studzeniny, została stwierdzoną, nasuwało się przypuszczenie, że one to są przyczyną epidemii, a to tem więcej uzasadnione, że dwa inne prątki, znalezione w studzeninie (*bac. Zopfi* i *bac. prodigiosus*) trudno było o to posądzać. Należało przeto zbadać własności chorobotwórcze opisanego prątka. Aby jednak usunąć wątpliwości co do udziału w spostrzeganych zjawiskach chorobowych prątka odmieńca i prątka krwawego, rozpoczęliśmy doświadczenia na zwierzętach próbą zakażenia zwierząt tymi oboma prątkami. Gdy próby te, jak było zresztą do przewidzenia, dały wynik ujemny, (hodowla prątka krwawego w ilości 1 cm.³ po wstrzyknięciu gołębiowi, oraz w tej samej ilości wstrzyknięta śwince morskiej hodowla odmieńca (*bac. Zopfi*), nie wywoływały po 48 godzinach u tych zwierząt wcale objawów chorobowych), zajęto się zbadaniem zachowania się w tym względzie prątków, które nas tu głównie zajmują. Pierwsze doświadczenie zrobiono, uprzedzając wyniki badania bakteryologicznego, jeszcze w dniu 8/VI z sokiem, wyciśniętym jałowo z mięśnia zwłok ludzkich, a to na zdrowej myszy szarej. Zwierzęciu temu wstrzyknięto strzykawką Pravatza 1 cm.³ soku tego pod skórę. Mysz ta padła w niespełna 12 godz. po wstrzyknięciu. Przy sekcyi nie stwierdzono żadnych zmian anatomiczno-patologicznych, z wyjątkiem przekrwienia narządów wewnętrznych; wstrzyknięty płyn został zupełnie wchłonięty, a tkanka podskórna w miejscu wstrzyknięcia i w otoczeniu nieco zaczerwieniona i przekrwiona. Z narządów tej myszy, z krwi i t. d. zaszczepiono pożywki agarowe i płytki żelatynowe, które stwierdziły obecność drobnoustrojów o powyżej podanych cechach.

Dalsze badania z hodowlami prątków wykonano po kilku tygodniach. Jako materyał służyły hodowle agarowe i żelatynowe prątków, szczepionych na pożywki bezpośrednio z różnych narządów zwłok denata i w wyżej opisanem doświadczeniu z narządów myszy, które to hodowle dla ułatwienia dalszego opisu doświadczeń określimy znakiem L_1, jako też hodowle prątka, wysianego ze studzeniny, które określimy znakiem L_2.

Do doświadczeń służyły myszy szare i białe, świnki morskie, króliki i gołębie Do ustroju tych zwierząt wprowadzano prątki bądź przez szczepienie podskórne, bądź przez wstrzykiwanie do otrzewnej, kilkakrotnie także do żył; czyniono też próby żywienia zwierząt zakażonym tymi drobnoustrojami pokarmem, czy to w ten sposób, że ziemniaki, chleb, pszenicę, maczano w hodowlach, czy też, że karmiono zwierzęta zdrowe mięsem, pochodzącem z trupów zwierząt zakażonych.

Doświadczeń wykonano ogółem około 30, przyczem

użyto do tego około 70 zwierząt. Ze wszystkich tych doświadczeń przytaczam tylko kilka dla przedstawienia sposobu, w jaki postępowano:

I. 1/IV. Wstrzyknięto czterem świnkom morskim (mniej więcej jednakowej wagi 330—360 gr.) po 1 cm³ 11-dniowej hodowli bulionowej, a mianowicie pierwszym dwom hodowli, pochodzącej z płytki żelatynowej, na której zaszczepiono prątki (L_1) ze zwłok (wątroby) denata; dwom drugim z pnia prątków, wyhodowanego ze studzieniny (L_2), dwie z nich (pierwszą i trzecią) podskórnie, dwie zaś (drugą i czwartą) do otrzewnej. Przez pierwsze godziny po zabiegu świnki zachowywały się zupełnie prawidłowo, jednak już pod wieczór jedna z nich (III) stała się ociężałą, siedziała skurczona i niechętnie zmieniała miejsce, chyba zmuszona do tego, z oczyma bez blasku i powiekami na pół opuszczonemi, podawanych przysmaków nawet nie tknęła; na drugi dzień rano znaleziono ją martwą; dalsze trzy były widocznie chore, siedziały nieruchome z zasklepionemi od wydzieliny oczyma i sierścią najeżoną, smutne, w najciemniejszym kącie, pokarmu nie przyjmowały, od czasu do czasu tylko leniwie przesuwały się do naczynia z wodą. Objawów innych, porażeń lub rozwolnienia nic zauważono. Wszystkie te świnki zginęły, a to pierwsza w 8-mym, druga w 9-tym, czwarta już w 3-cim dniu po wstrzyknięciu. Sekcya dała obraz następujący (w streszczeniu):

1) u świnki I po wstrzyknięciu podskórnem: w jamie brzusznej obraz surowiczowłóknikowego zapalenia otrzewnej ze złogami włóknika, usadowionymi głównie w górnej części jamy brzusznej w okolicy wątroby i żołądka; przekrwienie narządów brzusznych, zaczerwienienie jednostajne otrzewnej; w żołądku nieco płynu ciągnącego się; w dolnej części jelit cienkich błona śluzowa zaczerwieniona, treść jelit cienkich płynna, żółtawo-brunatna, w grubych miazgowaty kał; na przednim brzegu wątroby jedno ognisko klinowatego kształtu, żółtawo-białe, twardsze nieco od miąższu wątroby; w miejscu szczepienia zmian żadnych niema

2) U świnki II po wstrzyknięciu do otrzewnej: obraz zupełnie podobny, jak w 1, ale bez ogniska w wątrobie, śledziona przekrwiona, lecz nie powiększona, mięśnie suche, ciemno-czerwone, wychudzenie (waga trupa 180 gr.).

3) U świnki III po wstrzyknięciu podskórnem: w miejscu szczepienia zaczerwienienie i lekki surowiczy naciek w tkankach, liczne wybroczyny pod opłucną, silne przekrwienie narządów brzusznych.

4) U świnki IV po wstrzyknięciu do otrzewnej: włóknikowe zapalenie otrzewnej, nadto wyraźny obrzęk i powiększenie śledziony.

We wszystkich przypadkach porobiono preparaty odciskowe z narządów, nadto założono hodowle na agarze i płytkach żelatynowych z wątroby, śledziony, krwi, nerek, w dwu przypadkach z treści jelita cienkiego, z wysięku włóknikowego i płynu otrzewnej i z tkanki w miejscu szczepienia. Hodowle, założone z narządów zwłok świnki Nr. IV, dały wszystkie wynik dodatni; obecność drobnoustroju, którego hodowle wstrzyknięto, stwierdzono we wszystkich narządach w czystej hodowli (z wyjątkiem płytek z przewodu pokarmowego, gdzie były one wespół z innymi stałymi mieszkańcami jelit). Co się tyczy trzech innych zwłok, to udało się wyhodować drobnoustroje we wszystkich trzech razach z wątroby, dwa razy z krwi, śledziony i włóknikowego wysięku otrzewnej, raz z nerek i tkanki podskórnej. Na preparatach odciskowych, — dość trudnych zresztą do badania, — stwierdzono je również dwa razy w wątrobie, tudzież we krwi we wszystkich przypadkach; leżały one tam zewnątrz ciałek czerwonych pojedyńczo lub po dwa dość skąpo w polu widzenia, rzadko bardzo znajdowały się w ciałkach białych.

II. Dwie myszy szare, 17 i 20 gr. ważące, otrzymały podskórnie po 0·5 cm³ 8 dniowej hodowli bulionowej obu pni L_1 i L_2; obie też padły już następnego dnia. Sekcya tych zwierząt nie wykryła wybitniejszych zmian anatomicznych, tkanki podskórne w miejscu szczepienia bez zboczeń: hodowli nie zakładano, gdyż sekcyę przeprowadzono w kilkanaście godzin po śmierci, kiedy już zwłoki ulegać zaczęły gniciu.

III. Z trzech szarych myszy otrzymały dwie podskórnie 0·5 i 0·1 cm³, trzecia zaś do otrzewnej 0·5 cm³ 48-godzinnej hodowli bulionowej, pochodzącej z soku mięśnia ze zwłok; pierwsza i trzecia mysz padły już po 48 godzinach, druga zaś przez trzy dni była bardzo chorą, skulona w kłębek nie oddziaływała na bodźce zewnętrzne, jak n. p. szczypanie za ogon, nie jadła, miała oczy zamknięte, zlepione wydzieliną i oddawała kał miękki, nieuformowany. Następnego dnia po wstrzyknięciu wyczuć można było w miejscu szczepienia mały jak groch guzek chełboczący (?), który trzeciego dnia ustąpił; zwolna mysz zaczęła przychodzić do siebie i po tygodniu pielęgnowania i dobrego żywienia wyzdrowiała.

Sekcya dwu padłych w tem doświadczeniu myszy prócz przekrwienia narządów wewnętrznych, wybroczyn na opłucnej w obu przypadkach, wykryła u myszy Nr. III zapalenie włóknikowe otrzewnej. Założone hodowle dowiodły obecności drobnoustrojów we wszystkich prawie narządach.

IV. Dwie białe myszy, ważące po 17 gr., otrzymały do otrzewnej po 0·5 cm³ bulionu, przyrządzonego w ten sposób, że w dwu probówkach, zawierających po 5 cm. jałowego bulionu, rozczyniono po jednem uszku (około 1·5 mg.) hodowli *a*) z płytki żelatynowej, otrzymanej przez zaszczepienie materyału z wątroby zwłok; *b*) z płytki żelatynowej ze studzieniny. Pierwsza mysz padła dziewiątego, druga dziesiątego dnia po zabiegu wśród ogromnego wyniszczenia, wstrętu do jadła itp. objawów. Sekcya stwierdziła w obu przypadkach surowiczowłóknikowe zapalenie otrzewnej, w obu też razach drobne jak mak lub ziarna piasku ogniska w liczbie 7—10 na górnej powierzchni wątroby, szarawo-białe, nieco nad powierzchnię wystające, u jednej myszy takie same ogniska także i w nerce. Jelita cienkie były u wszystkich myszy gazami wzdęte, w dolnej ich części znajdował się płyn żółtawy; w tej części jelit spostrzeżono też rozpulchnienie i przekrwienie błony śluzowej; w jelicie grubem miękki kał. Śledziona była może nieco większa. Prócz szczepień i preparatów mikroskopowych odciskowych, które stwierdziły obecność drobnoustrojów, znajdujących się w największej liczbie w płynie z jamy brzusznej, we krwi i w wątrobie, sporządzono także preparaty mikroskopowe ze skrawków narządów, głównie z wątroby i nerek, tudzież z serca. W mięśniu sercowym stwierdzono wybitne zwyrodnienie miąższowe, w komórkach wątrobnych także drobne kropelki tłuszczu.

Powyżej wspomniane ogniska składały się z rozpadłych komórek, kropel tłuszczu i t. p., nie barwiły się i w skrawkach łatwo się rozpadały. Drobnoustroje stwierdzono w wątrobie i to głównie w naczyniach, w większych pojedyńczo lub po kilka; w naczyniach włosowatych były ich kępy większe, każda złożona z kilkunastu prątków wypełniające prawie zupełnie światło naczyń. W wymienionych zapadłych ogniskach leżały one na obwodzie, w środku ich nie dostrzeżono.

V. 20/V. Dwom świnkom (330 i 350 gr.) wprowadzono do kieszonki podskórnej na grzbiecie po łyżeczce hodowli agarowej 48-godzinnej, a to jednej śwince hodowlę, pochodzącą ze studzieniny, drugiej ze zwłok (soku mięśnia), poczem kieszonki te zamknięto i opatrzono w należyty sposób. Obie świnki zginęły prawie równocześnie, bo jednego i tegosamego dnia, jedna nad ranem, a druga w południe, po 7-dniowej chorobie, w toku której obok objawów powyżej opisanych dawał się dostrzedz rodzaj niedowładu kończyn tylnych, któremi zwierzęta powlóczyły po ziemi; objawów porażenia pęcherza nie było; kał mazisty, pół płynny, oddawały zwierzęta często. Przy sekcyi stwierdzono w miejscu zakażenia nacieki guzowate, złożone z masy żółtawobiaławej, w środku miękkie, w obwodzie zbitsze; serowata ta masa dawała się w części wygarnąć łyżeczką. W narządach wewnętrznych zmiany zasadzały się na obrzęku śledziony, wybroczynach na błonach surowiczych, w jednym przypadku przekrwieniu jamy brzusznej; w obu przypadkach spostrzeżono też w wątrobie kilka drobnych ognisk wielkości główki od szpilki, nadto stwierdzono zaczerwienienie i przekrwienie błony śluzowej przewodu pokarmowego, najwybitniejsze w dolnej części jelita biodrowego, w tej też części treść płynną, żółtawą, nieco ciągnącą się. W przypadkach tych założono również, jak w innych, hodowle agarowe i żelatynowe z narządów, a także przyrządzono preparaty odciskowe i skrawki mikroskopowe z narządów, nadto zaś masę, wygarniętą z nacieków, przechowano w bulionie jałowym celem późniejszego zbadania. Ciekawem jest to, że w jednym z tych dwu przypadków masa ta była zupełnie jałową.

VI. Sześć myszy białych żywiono wątrobą z dwu powyższych świnek: trzy myszy otrzymały wątrobę z jednej świnki, trzy zaś z drugiej. Żywione poprzednio samą strawą roślinną, przyjęły tę zmianę bardzo chętnie, ile że wątroby były całkiem świeże. Z wyjątkiem jednej wszystkie te myszy padły po 4—6 dniach (od 27/X do 2/XI). Pomimo, że już następnego dnia stwierdzić u nich można było po najeżeniu sierści, zwiększonej wydzielinie powiek, niepewnym i leniwym chodzie rozpoczynającą się chorobę, niektóre z nich były tak żarłoczne, że zjadły podany kawałeczek wątroby drugiego, a nawet i część z da-

nego trzeciego dnia. Przy sekcyi stwierdzono obraz ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego z przekrwieniem i wybroczynami na błonie śluzowej, u niektórych myszy także i powiększenie śledziony. Jedyna mysz, pozostała z tej seryi przy życiu, przyszła zupełnie do siebie, straciwszy po tygodniu trzecią część ciężaru ciała (z 21 gr. na 15).

VII. 18/IX. Dwom świnkom wstrzyknięto do otrzewnej po 0·5 cm. bulionu, w którym rozczyniono cząstkę z kolonii żelatynowej z myszy pierwszej i trzeciej z doświadczenia, pod III. opisanego. Jedna padła po 6, druga po 12 dniach choroby. Na obraz sekcyjny złożyły się objawy włóknikowego zapaleniaej otrzewn, nadto w jednej wątrobie duże ognisko w kształcie klina, zupełnie odosobnione, wielkości pestki wiśni.

VIII. Wątrobą powyższą żywiono także dwie poprzednio głodzone świnki wagi 270 i 300 gr. Pierwszego i drugiego dnia po spożyciu kawałka wątroby, który zjadły do szczętu, były świnki zupełnie swobodne i nie objawiały niczego szczególnego. Dopiero trzeciego dnia rozpoczęły się pierwsze objawy choroby; świnki nie tknęły wtedy już wcale reszty wątroby z świnki zakażonej, ani też żadnego innego pokarmu. Jedna z nich zginęła już 4/X, t. j. 4 dnia, druga dopiero po 10 dniach. Spadek na wadze u pierwszej wynosił z początkiem trzeciego dnia 60 gr., u drugiej w ciągu 10 dni doszedł do 70 gr. (z 300 na 230 gr.). W obu przypadkach stwierdzono typowy ostry nieżyt żołądka i jelit z wybroczynami, w drugim nadto tłuszczowe zwyrodnienie narządów; wątrobę dużą, kruchą, żółto brunatną, śledzionę nieco powiększoną.

IX. 15/XI. Dwie świnki żywiono chlebem, który zakażono 48-godzinną hodowlą bulionową; na drugi dzień po spożyciu tego chleba świnki nie tknęły już ani tego chleba, ani też innej żywności i dostały silnej biegunki; obie też zginęły silnie wychudłe, po 10 i 12 dniach. Obraz sekcyi był podobny do poprzedniego.

X. 21/XI. Za pomocą cienkiego cewnika wlano śwince morskiej, ważącej 510 gr., do żołądka 2·5 cm.³ 8 dniowej hodowli bulionowej prątków, otrzymanych z narządów z jednej z białych myszy (dośw. VI). Przez pierwsze dwa dni nie spostrzegano żadnych widocznych objawów. 24/XI waga wynosiła 500 gr.; od tego dnia poczęła się widoczna choroba; świnka siedziała skulona, z zakaprawionemi oczyma, nieruchoma i smutna, nie ruszając jadła. Od 25/XI do 3/XII spadła jej waga o 133 gr. Ciepłota była podwyższona, pojawiło się rozwolnienie i widoczne bole w brzuchu, który przy ucisku był bolesny, wzdęty, z chełbotaniem i przelewaniem się cieczy. Pragnienie było wzmożone, zwierzę tuliło się do królika, skubiąc i wyrywając sierść jego, którą połykało. Wycieńczenie było znaczne; świnka ta padła dopiero 3/I. Przy sekcyi stwierdzono nieco wodnistego płynu w jamie brzusznej, w żołądku treść śluzową i ciało wielkości grochu, rozpoznane jako silnie zbity kłębek sierści. Błona śluzowa całego przewodu pokarmowego była jużto mniej, już to więcej przekrwiona i rozpulchniona, w cienkich jelitach treść żółtawo-brunatna, płynna, nieco śluzowa, w grubych rzadki żółto-brunatny kał. Śledziona duża, z licznemi, gęsto obok siebie ułożonemi ogniskami szarawemi, mniej ich daleko w wątrobie. Nadnercza duże, mięśnie suche, ciemno czerwone.

XI. Dwom królikom, wagi 2020 i 1990 gr., wstrzyknięto do otrzewnej w dniu 27/X po jednej kolonii, wziętej z płytki żelatynowej 3-tygodniowej, i rozbełtanej w 3 cm³ bulionu. Choroba zaczęła się drugiego wzgl. trzeciego dnia: króliki siedziały bez ruchu, jeść nie chciały, wzrok miały smutny, oczy bez blasku, zakaprawione, sierść nierówna, częste wolne stolce. Podwyższenie ciepłoty ciała było z początku, na 2—3 dni przed śmiercią nastąpił jednak spadek poniżej poziomu prawidłowego (mierzono w odbytnicy). Pierwszy królik zginął w 10 i drugi w 8 dni po zabiegu. Wynik sekcyi był podobny, jak w poprzednich razach: zapalenie surowiczowłóknikowe otrzewnej, pokłady włóknika przeważnie wokoło wątroby, żołądka i śledziony, przekrwienie narządów jamy brzusznej, kilka wybroczyn na opłucnej, wreszcie parę ognisk szarawo-białych przy brzegu prawym wątroby i na jej górnej powierzchni, takie same i w śledzionie w jednym przypadku. Drobnoustroje stwierdzono w wysięku otrzewnej, we krwi, śledzionie w obu przypadkach; w jednym przypadku w wątrobie, nerce i mięśniach. Z założonych z treści przewodu pokarmowego hodowli płytkowych skutkiem pewnych okoliczności nie było można korzystać.

XII. Gołąb zwykłej rasy i wagi otrzymał 17/XI 0·5 cm³ 48-godz. hodowli bulionowej z myszy pierwszej pod III. do mięśnia piersiowego i zginął po upływie doby. Drugi takiż gołąb w parę tygodni później otrzymał w ten sam sposób 0·2 cm. takiejże hodowli: w miejscu szczepienia utworzył się ropień, wypełniony treścią gęstą, serowatą, zwierzę jednak po kilkudniowej chorobie przyszło do siebie; mimo jednak wygojenia się tego ropnia nie może gołąb ten dotąd (3 miesiące przeszło) używać skrzydła po tejże stronie, wlócząc je opuszczone i obwisłe przy chodzeniu po ziemi.

XIII. Królika, wagi 2800 gr., żywiono kapustą i chlebem, zakażonemi tymi drobnoustrojami. Ponieważ ten sposób zdawał się nie wywierać żadnego wpływu, przeto w 6-tym dniu po rozwarciu pyska pomazano powierzchnię języka łyżeczką platynową, zakażoną tymi drobnoustrojami; w ten sposób wywołano kilka dni trwającą chorobę, wśród której zwierzę leżało osowiałe, bez ruchu, z sierścią najeżoną, bez chęci do jadła, poczem jednak stan szybko się poprawił, a zwierzę wróciło do poprzedniej wagi ciała. Ponieważ i ta próba zakażenia nie miała pełnego powodzenia, spróbowano wprowadzić materyał zakażający do żołądka przez sondę po uprzedniem zobojętnieniu jego treści. Po wprowadzeniu tędy do żołądka słabego rozczynu sody, wlano królikowi przez sondę około 5 cm³ 48 godz. hodowli bulionowej. Zabieg ten powiódł się o tyle, że królik był przez 3 tygodnie tak ciężko chory, iż zwątpiono o jego wyzdrowieniu; po tym jednak czasie przyszedł przecież w końcu do zdrowia. Utrata na wadze wynosiła zwyż 500 gr. (spadek z 2200 na 1670). (Dok. nast.)

III. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Lidmanowski. **O podskórnem stosowaniu salicylanu sodu w reumatyzmie wielostawowym.** (*Czasopismo lekarskie*, *4*). Uwzględniając klinicznie stwierdzony fakt, że salicylan sodowy czasami pozostaje bez wpływu leczniczego na gośćcem zajęte stawy, że wpływa ujemnie na chorych, cierpiących jednocześnie na powikłania sercowe i nerkowe, że wreszcie zdarzają się chorzy, u których przetwór ten wywołuje zaburzenia trawienne, autor zadał sobie pytanie, czy nie byłoby właściwszem stosować salicyl bezpośrednio na miejsce chore, co umożebniłoby posługiwanie się mniejszemi dawkami i oszczędziłoby się przewód pokarmowy. Maść salicylowa i mezotan zawiodły pokładane w nich nadzieje; autor, przejęty pomysłami Boucharda, który zalecał o ile to możebne stosować leki podskórnie, a na pierwszem miejscu doradzał tak używać salicylanu sodowego. Bouchard przeprowadził następujące obliczenie: ażeby osiągnąć wyleczenie z gośćca stawowego człowieka, ważącego 60 klgr., salicylanem sodowym, podanym przez usta, potrzeba podawać 6,0 tego przetworu dziennie, czyli na jeden kilogr. wagi 0,1; jeżeli zaś przyjmiemy, że przy zajęciu stawu, np. kolanowego, części miękkie przez chorobę zajęte ważą 50,0 do 100,0, przeto przy tym sposobie leczenia przypada na 1 kilogr. 5 do 10 mlgr. salicylanu sodowego. Praktyka potwierdziła to wnioskowanie: Bouchard używał z dobrym wynikiem 0,03, a tylko wyjątkowo 0,1 do 0,2 salicylanu sodowego, rozpuszczonych w 2 do 4 ctm. sz. wody przekroplonej. Zachęcony publikacyą Boucharda stosował autor jego metodę w leczeniu gośćca stawowego; wyniki, jakie otrzymał, są nader zachęcające do naśladowania. Streściwszy raz jeszcze strony dodatnie podskórnego wstrzykiwania salicylanu sodowego, autor wymienia i ujemne, do których zalicza ból, szczególnie u osób tkliwych; dodanie 0,01 kokainy tylko opóźnia ból. Tkliwość ta na ból nie jest częstą, skoro na 42 przypadki, leczone tą metodą, autor raz tylko musiał uciec się do kokainy. Autor przyznaje, że przy leczeniu ściśle miejscowem i wpływ leczenia ograniczał się tylko do jednego stawu, a inne wśród leczenia metodą Boucharda ulegały czasem zajęciu gośćcowemu: nigdy atoli nie spostrzegał, ażeby osierdzie lub wsierdzie było śród tego leczenia zajęte. Autor wstrzykuje 6 cnt.³ 3 prc. rozczynu salicylanu sodowego, czyli 0,18 na raz. W końcu rozprawy autor przytacza kilka przypadków, ilustrujących dobitnie wyżej podane jego wnioski.

Hékim.

Stanisław Klein. **O odczynie leukocytów na nastój gwajaku.** (*Folia haematologica*, I. 2. p. 73.). Jeśli do krwi dodamy nastoju gwajakowego i nadto albo olejku terpentynowego albo wody utlenionej, powstaje odczyn van Deena (niebieskawo-zielony albo szaro-niebieski). Po van Deenie podał Vitali (*Chem. Ctlblatt.* 1887), że ropa sama, zmięszana tylko z nastojem gwajakowym (bez olejku terpentynowego lub H_2O_2) barwi się również niebiesko. Następnie Brandenburg (*Mnch. med. Woch.* 1900, Nr. 6) twierdził, że ten sam odczyn, co ropa, daje krew białaczkowa i szpik kostny czerwony lub białaczkowy, że natomiast krew wogóle, a limfocyty w szczególności, tego odczynu nie dają. Przyczyną tego zjawiska mają być neutrofilne leukocyty. Skoro jednak krew prawidłowa zawiera także leukocyty neutrofilne, to wedle autora powinna również

dawać odczyn podobny, może słabszy, a może i daje, tylko barwę odczynu pokrywa czerwień krwi. Wykonawszy odpowiednie doświadczenia, przekonał się autor istotnie, że każda krew daje odczyn gwajakowy i to tem wyraźniejszy, im więcej zawiera neutrofilów. Odczyn jest wyraźniejszy przy użyciu świeżego, niż przy użyciu starego nastoju. Najwyraźniejszy odczyn daje krew w przypadkach białaczki szpikowej, jednak i limfemiczna krew oddziaływa dodatnio, bo zawiera także neutrofile, chociaż w mniejszej liczbie. Różnica w nasileniu odczynu między krwią prawidłową i chorą z jednej strony, a krwią wśród białaczki szpikowej i szpikiem kostnym z drugiej strony jest tylko ilościowa, zależna od ilości leukocytów neutrofilnych.

Jak wiadomo, daje mięsak zielony (*chloroma*) bardzo czuły odczyn; nikt jednak dotąd nie badał krwi z takiego przypadku w tym kierunku. Autor otrzymał z krwią w przypadku mięsaka zielonego bardzo wyraźny odczyn. (W jego przypadku zawierała krew 10—49 prc. wielkich limfocytów, 20—37 prc. małych limfocytów, wreszcie neutrofilnych myelocytów 20—30 i bardzo niewiele wielojądrzastych neutrofilów). Wobec tego, że limfocyty krwi zdają się w takich przypadkach pochodzić z mas nowotworowych mięsaka zielonego, przypuszcza autor, że odczyn wywoływały limfocyty, nie wyklucza jednak, że odczyn dawały obecne we krwi myelocyty i dlatego sprawy ostatecznie nie rozstrzyga. Przypadek ten jednak pozwala na następujące wnioski: Wobec tego, że krew w białaczce gruczołowej, a mianowicie limfocyty małe w tej chorobie nie dają odczynu, a natomiast komórki mięsaka zielonego dają wybitny odczyn, dalej wobec tego, że komórki mięsaka zielonego należą do rzędu wielkich limfocytów, sądzi autor, że tylko wielkie limfocyty mogą dawać odczyn. Skoro zaś limfocyty wielkie są prototypem wszelkich leukocytów (Pappenheim), stąd wniosek, że nie obecność ziarniny, ale raczej młodość krwinek ma wybitny wpływ na zjawianie się odczynu; fakt, że ropa daje ten odczyn, nie przemawia przeciw takiemu wnioskowi; przeciwnie, wszak komórki ropy nie są wcale staremi komórkami.

Ostateczny wniosek, do którego autor dochodzi, brzmi: Każda krew, bez dodatków, może nastój gwajakowy zniebieszczyć, a nasilenie odczynu stoi w stosunku prostym do leukocytów, a raczej neutrofilów, zawartych w badanej krwi. Odczyn jest w ropie z powodu wielkiej ilości krwinek bardzo silny, odczyn we krwi (zdrowej i chorej, ale nie białaczkowej), chociaż da się wykryć, nie ma żadnej praktycznej wartości.

W dopisku wspomina autor o pracy Ericha Meyera (*Münch. med. Woch.* 1903), która się ukazała, kiedy autor swoje uwagi posłał już do druku: Otóż autor twierdzi, że przyczyna, dla której Meyer otrzymał wyniki ujemne, leży w jego metodyce, a mianowicie Meyer postępuje na wzór Brandenburga: Rozcieńcza krew wodą, sączy i potem jeszcze wodą popłukuje. Tymczasem autor postępował tak: krew rozcieńcza wodą i centryfuguje, osad zbiera na sączek z bibuły i dodaje do niego 1—2 kropel nastoju gwajakowego. Autor godzi się z Meyerem, że dodatek wody do krwi ma doniosłe znaczenie dla odczynu, gdyż często bez wody odczyn nie powstaje. Do ropy wody dodawać nie trzeba. *Stahr.*

Erich Meyer: **Przyczynki do sprawy leukocytów.** (*Münch. med. Woch.*, 1903, Nr. 35). Odczyn gwajakowy dają tylko krwinki białe ziarniste, limfocyty zaś nie dają. Dzieje się to przy pomocy zaczynu, który ma utleniające własności i ten zaczyn zamienia kwas gwajaronowy, zawarty w nastoju gwajakowym, na błękit gwajarowy. Zaczynu tego nie zawierają krwinki białe rzędu limfatycznego. (A dlaczegoż mięsak zielony daje odczyn? *Przyp. spr.*). Krew w toku zapalenia płuc i ropienia dawała odczyn; w jednym przypadku białaczki ostrej ze znacznem wzmożeniem się ilości wielkich, jednojądrzastych komórek z bazofilną protoplazmą (wielkie limfocyty) ani krew, ani szpik kostny odczynu nie dały. Szpik kostny czerwony daje odczyn wyraźny. Autor zwraca uwagę, że dla uzyskania odczynu trzeba dodawać sporo wody przekroplonej, aby zaczyn uwolnić z krwinek. *Stahr.*

Weinberger. **O leczeniu digalenem.** (*Zentr. für inn. Med.*, Nr. 27, 1905). Dawka digalenu wynosi 2—3 cm.³ dziennie, a stopniuje się ją aż do wywołania zwolnienia tętna. Digalen ma tę zaletę, że można łatwiej dawkę jego oznaczyć, niż naparstnicy, i że nie drażni przewodu pokarmowego, a można go wstrzykiwać podskórnie i śródżylnie i tym sposobem wywołać w krótkim czasie największy skutek. Szczególnie łatwo przez wstrzykiwania śródżylne duże dawki (3—5 cm.³) wprowadzić do ustroju. *Latkowski.*

Strauss. **O ciśnieniu osmotycznem treści żołądkowej u człowieka i stosunku tego ciśnienia do ilości soli kuchennej.** (*Zeitschr. f. klin. Medicin.*, T. 57). Nowe badania autora dały następujący wynik: W treści żołądka, wydobytej na czczo w przebiegu nadmiernego wydzielania kwasu solnego, stwierdzono w 4 badaniach obniżenie punktu marznięcia od — 0,35° do — 0,39°; pozostałość (takiej treści), nie zawierająca chloru, miała tylko raz punkt marznięcia niższy, niż — 0,05°; w 29 przypadkach niedomogi ruchowej miała treść taka punkt marznięcia od — 0,34° do 0,61°, w tym 2 razy niżej niż — 0,55°; punkt marznięcia pozostałości, wolnej od chloru, był 2 razy wyższy od — 0,15°. Punkt marznięcia treści po śniadaniu próbnem w 28 przypadkach wahał się między — 0,27 a — 0,38°, 3 razy tylko był niższy niż — 0,55°; pozostałość wolna od chloru miała punkt marznięcia 2 razy wyższy, niż — 0,2°, we wszystkich tych przypadkach kwas solny wolny był obecny; w treści po śniadaniu próbnem bez obecności kwasu solnego i mlecznego wahał się punkt marznięcia między — 0,33° a — 0,66°, z tego 2 razy był niższy, niż — 0,55°; treść wolna od chloru miała Δ w 10 przypadkach wyższe od — 0,21°; w 6 przypadkach raka bez HCl, a z obecnością kwasu mlecznego był Δ między — 0,52° a — 0,74°, pozostałość wolna od chloru miała punkt marznięcia między — 0,21° a — 0,51°. Ilość soli kuchennej w treści żołądkowej prawie nigdy nie jest większą od zawartości soli we krwi. Badania autora potwierdzają badania Sommerfelda i Röckera i Justesena; a mianowicie w żołądku następuje rozcieńczenie wprowadzonych rozczynów izotonicznych z krwią na rozczyny hipoizotoniczne. Równocześnie następuje wymiana drobinowa tak, iż na szczycie trawienia w żołądku prawidłowym pozostałość wolna od chloru jest bardzo skąpa, w żołądkach z upośledzoną czynnością wydzielniczą treść nie zostaje rozcieńczoną, a pozostałość miewa wyższe wartości. Przy nadmiernej kwaśności spotyka się już to wydzieliny o wysokim punkcie marznięcia, już to o niskim. Ciśnienie osmotyczne niższe od ciśnienia osmot. krwi nie daje się wytłómaczyć domieszką śliny, za czem przemawiają i badania Justesnea. *Latkowski.*

Jochman. **Mieszane zakażenie krwi odmieńcami i paciorkowcami oraz przyczynek do sprawy aglutynacyi prątków durowych przy zakażeniu odmieńcem.** (*Zeitschr. für klin. Med.*, T. 57). J. opisuje przypadek posocznicy, której początek dało ropienie ucha; z krwi zaś jeszcze za życia wyhodowano dość liczne paciorkowce obok bardzo licznych kolonii odmieńca. Krew aglutynowała prątki durowe jeszcze w rozcieńczeniu 1:160; przez wstrzyknięcie hodowli odmieńca królikowi zwiększała się zdolność zlepiania prątków durowych aż do 1:640. Odwrotnego działania surowicy, odpornej na dur, względem odmieńca, nie można było stwierdzić. Dodatni więc wynik odczynu Gruber-Widala nie może dowodzić duru, gdyż zdolność aglutynowania nie jest odczynem na pewien rodzaj prątków, tylko jest odczynem na pewne szczególne składniki prątka. (Chwytniki aglutynacyjne — *Agglutinationsreceptoren*). *Latkowski.*

Loeb. **Przyczynek do nauki o cukrzycy. Dziedziczna postać cukrzycy.** (*Zentralbl. f. inn. Med.*, Nr. 32, 1905). Dziedziczna postać cukrzycy zdarza się równie często u mężczyzn, jak i u kobiet. Na 1000 przypadków 790 dotyczyło żydów; w przypadkach autora choroba najczęściej zdarzała się między 50 a 60 rokiem życia chorych. Choroba zdarza się najczęściej u ludzi, poprzednio zdrowych, dobrze odżywionych, ale często obciążonych dziedzicznie chorobami nerwowemi. Przebieg choroby jest zwykle łagodny. U chorych swych spostrzegał autor często miażdżycę tętnic (późny wiek chorych); gruźlica była rzadkiem powikłaniem. Śmierć zdarza się najczęściej z powodu chorób przypadkowych. Wedle autora postać dziedziczna cukrzycy nie ma związku ze zmianami trzustki, a raczej polega na zaburzeniu w układzie nerwowym. *Latkowski.*

Hoppe. **Badania doświadczalne nad działaniem leków, pobudzających trawienie, na wydzielanie soku żołądkowego.** (*Berl. klin. Wochenschr.*, Nr. 33, 1905). Do doświadczeń używał autor psów z przetoką żołądkową. *Orexinum tannicum* zwiększało wydzielanie soku żołądkowego i podnosiło kwaśność u psa z przewlekłym nieżytem żołądka; u psa zdrowego nie wywierało działania. Nalewki: chinowa, gorzka (*Tra amara*) i Condurango wzmagały wydzielanie soku żołądkowego u zdrowych psów i podnosiły kwaśność soku. Kwaśności nie podnosiła tylko *Tra Condurango.* *Latkowski.*

CHIRURGIA. I. Israel. **Wpływ sposobów badania sprawności nerek na śmiertelność po wycięciu nerki gruźliczej.** (*Archiv f. klin. Chir.*, T. 77, Z. 1, 1905). Kryoskopia krwi nie może praktycznie wpływać na wskazanie wycięcia nerki, gdyż stwierdzono, że przy zupełnie dobrze działającej drugiej nerce punkt zamarzania może być znacznie niższy, jak znów pomimo zmian drugiej nerki zupełnie prawidłowy. Próba florydzynowa daje również niepewne wyniki w obu kierunkach, a doświadczenie I. poucza, że ilość cukru, wydzielonego w pewnym czasie, nie uprawnia do sądu o stopniu sprawności nerki. Kryoskopia moczu bez dokładnej znajomości ilości moczu niema żadnego znaczenia, gdyż tylko znajomość punktu zamarzania moczu i ilość wydzielonego mo-

czu może dać obraz pracy nerki. Polepszenie wyników operacyjnych w ostatnich czasach polega nie na sposobach badania sprawności nerek, ale na rodzaju wskazań operacyjnych. Obecnie operuje się już w okresach początkowych gruźlicy, gdy dawniej jedynie daleko posunięte zmiany zmuszały do zabiegu, a należy pamiętać, że przy długotrwałej gruźlicy jednej nerki sprawa przenieść się może na drugą, że wpływa ona ujemnie na serce, że zabieg jest znacznie trudniejszy i cięższy, a wreszcie, że stanowi ona ognisko, z którego gruźlica może przenieść się na inne narządy, lub nawet uogólnić się. Cewnikowanie moczowodów o tyle tylko korzystnie wpłynęło na wyniki operacyjne, że zapomocą niego możemy się przekonać o braku, lub zupełnej bezczynności drugiej nerki, a powtóre, że przez szczepienie na zwierzętach moczu z drugiej nerki możemy się przekonać, czy nie jest ona zajęta gruźlicą. *K.*

Barącz. **W sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny odbytu** (*fissura ani*) **na podstawie własnego doświadczenia.** (*Gazeta lekarska*, 1905. Nr. 21, 22 i 23). Na podstawie obszernego doświadczenia i przytoczonych przypadków, autor doszedł do przekonania, że w celu wyleczenia szczeliny rzyci rozszerzenie zwieracza według Récamiera jest metodą najskuteczniejszą, a to ze względu na to, że jest zabiegiem nader prostym, daje się wykonać ambulatoryjnie, czas leczenia trwa krótko, a nawrót tu występuje nadzwyczaj rzadko. Wszystkich tych zalet nie posiada nacięcie szczeliny, bodaj powierzchowne, i z tego powodu autor zaleca zaniechać tej metody. Barącz sądzi, że u ludzi pracujących, mniej wrażliwych na ból, rozszerzenie zwieracza można wykonywać bez ogólnego znieczulenia; natomiast u ludzi przeczulonych, którzy od dłuższego czasu znoszą dolegliwe cierpienia szczeliny rzyci, są wyczerpani i osłabieni, lepiej jest głęboko uśpić operowanego, do czego zaleca bromek, a zwłaszcza chlorek etylu. Autor jest przeciwnikiem używania rozszerzadeł Trelata do leczenia szczeliny rzyci, a to ze względu na niedającą się obliczyć siłę działania i możliwość trwałego porażenia odbytu po ich zastosowaniu. Wreszcie doradza autor, by przy szczelinie o bolach znośnych, zanim chirurg zdecyduje się na wykonanie rozszerzenia, przeprowadzić leczenie bezkrwawe i łagodne, polegające na uregulowaniu wypróżnień, zastosowaniu kąpieli nasiadowych, leków kojących bole i przyżeganiu kamieniem piekielnym; dopiero gdy te usiłowania zawodzą, należy przedstawić choremu konieczność operacyi. *Hekim.*

Garré. **O szwie ran płucnych.** (*Arch. f. klin. Chirurgie*, T. 77, Z. 1). Z 700 zranień płuc (zebranych przez autora z piśmiennictwa), leczonych zachowawczo, osiągnięto tylko w 55—60% wyleczenie. Szczególnie pęknięcia i rany kłute płuc, leczone zachowawczo, dają złe rokowanie. Richter wspomina n. p., że przy pęknięciu płuc na 37 przypadków 23 zakończyło się śmiertelnie, co odpowiada 63% śmiertelności. Rany kłute płuc dają śmiertelność 38%, a postrzały 30%. Najczęściej giną chorzy wskutek skrwawienia się do opłucnej, dalej wskutek uduszenia (pneumothorax) lub z zakażenia. Nakłucie klatki piersiowej celem usunięcia płynu lub i wycięcia żebra w razie ropy wykonuje się jako ostatnia ucieczka, lecz zwykle zapóźno. Wobec tego autor radzi w razie objawów ciężkiego zranienia płuca przystępować do operacyi, a mianowicie zaleca wyciąć żebro i ranę rozciągać hakami, lub nawet zrobić cięcie płatowe, wejść ręką do opłucnej, płuco wyciągnąć na zewnątrz do rany, oglądnąć, zniszczone części wyciąć klinowato i płuco zaszyć. Rany blizko wnęki trzeba tamponować. Autor szyje płuco najcieńszym jedwabiem. W razie obawy zakażenia umocowuje autor płuco przy ranie zewnętrznej i lekko tamponuje. Z piśmiennictwa zebrał 8 przypadków szwu płuc, do tego dodaje swój 9 (wyzdrowiało z tego 6 chorych). Szew płuc, z innych powodów, jak zranień, wykonał już autor 6 razy na 20 przypadków operacyi płucnych. *Dr. Adolf Klęsk.*

Czerny. **O wycinaniu gruczołu krokowego.** (*Arch. f. klin. Chir.*, T. 77, Z. 1). Silne bole, krwotoki, kamienie, zakażenie pęcherza, a w końcu, gdy chory sam się kateteryzować nie może, są według autora wskazaniami do wycinania gruczołu krokowego u prostatyków. Operacya Bottiniego daje zaledwo w $^1/_3$ przypadków dobre wyniki. Mimo zdarzających się czasem po wycięciu takich następstw, jak niedomoga męzka, przetoki kiszki stolcowej i niedomykalność pęcherza, chorzy wolą to wszystko, niż bolesne nieraz cewnikowanie. O ile możności należy każdego chorego cystoskopować, albowiem wpływa to nieraz na wybór metody operacyjnej. Od strony krocza lepiej można drenować pęcherz; wyjęcie znów pozapęcherzowe gruczołu da się wykonać lepiej i łatwiej i pozwala ocalić nieraz zdolność płciową. Czerny stosuje sposób od krocza: cięcie robi łukowate koło rzyci, oddziela mięsień opuszkowo-jamisty od zwieracza rzyci, potem powięź głęboką i kiszkę stolcową wziernikiem odchyla w dół i po przecięciu torebki wycina gruczoł nożyczkami. Następnie katgutem umocowuje gruby dren w pęcherzu. Po kilku dniach usuwa dren i zastępuje go cewnikiem. Operuje w znieczuleniu lędźwiowem (stowainą). Z 143 chorych na gruczoł krokowy (od r. 1897—1904) 72 leczono zachowawczo; 31 razy wykonano operacyę Bottiniego (10 wyleczeń, 6 polepszeń, 2 zgony, 13 razy bez efektu): 1 wytrzebienie i vasectomia (bez skutku); 1 nakłucie nadłonowe; 5 razy wycięcie pozapęcherzowe (3 wyleczenia, 1 poprawa, 1 zgon na mocznicę); 19 kroczych wycięć (2 zgony), z tych 19 w 6 napewno wyleczenie, w 7 poprawa z następstwami (zranienie kiszki stolcowej, niedomykalność). *Dr. Adolf Klęsk.*

Krogius. **W sprawie doszczętnego operacyjnego leczenia przewlekłego wrzodu żołądka.** (*Arch. f. klin. Chir.*, T. 75, Z. 4). Większość chirurgów zaniechała obecnie doszczętnego leczenia wrzodów żołądka (t. j. wycięcia), a stosuje obecnie plastykę odźwiernika lub połączenie żołądka z jelitem. Autor jest zwolennikiem wycinania wrzodu i operuje doszczętnie, usuwa bowiem przy wrzodach ze zgrubieniami nawet odźwiernik, wychodząc z założenia, że często z tych wrzodów tworzą się raki. Po połączeniu żołądka z jelitem spostrzegano przy wrzodach śmiertelne nieraz krwotoki, operacya ta więc nietylko że czasem nie pomaga, ale i szkodzić może. W razie silnych krwotoków autor operuje, wycina mianowicie wrzód lub podwiązuje krwawiące naczynie. To zdecydowane stanowisko zajął autor po stracie 6 pacyentów (wskutek następowego krwotoku i przedziurawienia żołądka), u których wykonał połączenie żołądka z kiszką, względnie plastykę odźwiernika. Podobne nieszczęśliwe zejścia zdarzyć się muszą każdemu operatorowi. Nie trzeba też zapominać o następowych wrzodach, wytwarzających się czasem w dwunastnicy po gastroenterostomii. Autor przytacza 13 przypadków, operowanych doszczętnie, z historyami chorób: umarło z tego 3, co odpowiada 23% śmiertelności. Z 48 chorych, operowanych dla złagodzenia tylko cierpień, wywołanych wrzodami żołądka, umarło 15, co odpowiada 31% śmiertelności. Po odliczeniu przypadków, operowanych w stanie rozpaczliwym (krwotoki, przedziurawienie), śmiertelność po gastroenterostomii wynosi wprawdzie u autora 19%, lecz za to rokowanie u pozostałych przy życiu pacyentów po doszczętnej operacyi jest naturalnie bez porównania lepsze. Zwężenia bliznowate odźwiernika prowadzą często do odnawiania się wrzodów i tu więc też wycięcie daje lepszą nadzieję wyleczenia trwałego. Warnecke obliczył średnią śmiertelność po gastroenterostomii na 18,8 prc., po wycięciu zaś wrzodu lub odźwiernika 39 prc.; nie trzeba jednak zapominać, że ostatnie operacye wykonywano głównie dawniej, w zaczątkach chirurgii żołądka, obecnie zaś ustąpiły one przeważnie miejsca operacyom łagodzącym tylko cierpienia chorego. *Dr. Adolf Klęsk.*

Prof. O. Bier. **Znieczulanie rdzeniowe.** (*Archiv für klin. Chir.*, T. 77, Z. 1, 1905). Starania, by zastąpić kokainę innym środkiem, któryby posiadał jej znakomite własności znieczulające, a mniej przedstawiał niebezpieczeństw, uwieńczył w ostatnich czasach pomyślny skutek. Środkiem tym jest stowaina. Nie sprawia ona, zastosowana do znieczulenia rdzeniowego, niemiłych towarzyszących, ani następowych objawów. Drugiem ważnem ulepszeniem sposobu Biera jest użycie obok środka znieczulającego przetworów nadnercza, przez co unika się drażniącego wpływu na górne części rdzenia. Od czasu wprowadzenia tych ulepszeń znieczulenie rdzeniowe przedstawia inny zupełnie obraz. To też sposób Biera w obecnej postaci powinien znaleźć zastosowanie przedewszystkiem, jeżeli przeciwwskazanem jest ogólne uśpienie, następnie u ludzi wiekowych, wyniszczonych, wreszcie w chirurgii polowej. Sprawa znieczulania rdzeniowego nie jest oczywiście jeszcze zakończoną i może się jeszcze znacznie udoskonalić, o usunięciu jednak wszelkich niebezpieczeństw, tak jak i przy użyciu uśpienia ogólnego, nie może być mowy. Wśród dobrych stron uśpienia ogólnego nie zwraca się uwagi na jedną, bardzo ważną, t. j. że zanarkotyzowany ustrój zdoła znieść znacznie większe urazy, niż w stanie prawidłowym. Korzystną tę właściwość posiada i znieczulenie rdzeniowe. *M.*

Z. Kurzwelly. **Znieczulenie rdzeniowe kokainą w połączeniu z suprareniną.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, T. 78, Z. 1—3, 1905). Zasługą Biera jest nietylko wprowadzenie wstrzykiwań rdzeniowych kokainy, ale i wyjaśnienie, że niebezpieczne uboczne objawy towarzyszące pochodzą nie z ogólnego zatrucia, ale z działania miejscowego kokainy na rdzeń przedłużony. W celu ulepszenia sposobu starano się ograniczyć działanie kokainy. W tym celu Bier polecił początkowo zakładać opaskę elastyczną na szyję, aby przez wywołanie przekrwienia mózgu skierować prąd płynu mózgowo-rdzeniowego ku dolnym odcinkom rdzenia. Obecnie Bier poleca używanie nadnerczyny. K. wstrzykuje roczyn, sporządzony z 1 do 2 kołaczyków, podanych przez Brauna (*Cocain 0·01, Suprarenin 0·0001*) i wypuszczonego płynu mózgowo-rdzeniowego (Kozłowski). Użycie płynu mózgowo-rdzeniowego do rozpuszczenia kokainy uważa K. za bardzo korzystne. W tej postaci

nie przedstawia znieczulenie rdzeniowe niebezpieczeństw, a objawy uboczne, towarzyszące, jak i następowe, są bardzo nieznaczne. Nadzwyczaj dobrze znoszą ten sposób ludzie wiekowi. Znieczulenie utrzymuje się około godziny i sięga zazwyczaj do więzadła Pouparta. K. zauważył, że krwawienie podczas operacyi jest mniejsze, niż przy uśpieniu ogólnem, wytłómaczyć jednak tego spostrzeżenia nie umie. W pewnej części przypadków wstrzykiwanie rdzeniowe chybia celu, znieczulenia osiągnąć nie można. Przyczyną tego prawdopodobnie są stosunki anatomiczne przestrzeni podpajęczej. *M.*

Dr. O. Füster. **Znieczulenie rdzeniowe.** (*Beiträge zur klin. Chir.*, T. 46, Z. 1, 1905). Na podstawie 235 przypadków z kliniki Hackera wysnuwa F. następujące wnioski: Znieczulanie rdzeniowe tropakokainą, rozpuszczoną w płynie mózgowo-rdzeniowym (Kozłowski), przy ścisłem postępowaniu bezgnilnem nie grozi żadnem niebezpieczeństwem. W największej części przypadków znieczulenie, sięgające aż do pępka, jest zupełne i utrzymuje się około godziny. Korzyści tego sposobu w stosunku do ogólnego uśpienia są widoczne, a zwłaszcza u osób wiekowych, wyniszczonych długiemi chorobami i u gruźliczych, gdyż nie pociąga on za sobą tak ciężkich zaburzeń stanu ogólnego i nie wywołuje przykrych następstw. Są jednak przypadki, w których z czysto technicznych powodów wstrzyknięcia wykonać nie można, jak z drugiej strony w pewnej części przypadków nie udaje się osiągnąć znieczulenia. W tych przypadkach uśpienie ogólne, zastosowane następowo, przebiega bardzo łagodnie, bez zwykłych przykrych przypadłości, a narkotyku zużywa się niewiele. Za przeciwskazanie uważa F. wiek poniżej lat 10 i ostre sprawy ropne. *M.*

OKULISTYKA. H. Frachtman. **Przyczynek do kazuistyki jednostronnego drżenia oczu.** (*Nystagmus unilateralis*). (*Wiener klin. Rundschau* 1905, Nr. 36). Przypadki jednostronnego drżenia gałki ocznej należą do rzadszych. Autor miał sposobność spostrzegać u pewnego rekruta drżenie poziome (*nystagmus horizontalis*) lewej gałki ocznej przy zupełnym spokoju prawej. Zarówno przy spoglądaniu oboma oczyma, jak i przy zasłonięciu oka prawego, popadało oko lewe w szybkie poziome ruchy drgające (około 150 wahnień na minutę). Pozornych ruchów przedmiotów chory nie zauważył. Bystrość wzroku oka lewego, zresztą żadnych innych zmian nie okazującego, obniżona była do $^1/_{10}$. Drżenie jednostronne tłómaczą na rozmaity sposób. W przypadkach, w których oko, zmianą tą dotknięte, okazuje ambliopię, uważa A. Graefe drżenie gałki za następstwo niedowidzenia. Oko takie dostarcza korowemu ośrodkowi widzenia wrażeń osłabionych. Z tego powodu z ośrodka wzrokowego przechodzi na ośrodek okoruchowy podnieta, również zbyt słaba, której następstwem ma być zdaniem Graefego drżenie jednego oka. *K. W. Majewski.*

Sulzer. **Skąd się wzięło uprzedzenie publiczności do okularów.** (*Annales d'ocul.* Nr. 7, r. 1905, T. CXXXIV). Okuliści spotykają się często z niepokonanem uprzedzeniem do noszenia szkieł. Uprzedzenie to wychodzi zwykle na szkodę chorych, lub conajmniej pozbawia ich korzyści i przyjemności wyraźnego widzenia. Autor szuka źródeł tego zakorzenionego wśród publiczności przesądu i dochodzi do przekonania, że winę ponoszą sami lekarze, a nawet okuliści z pierwszej polowy XVIII stulecia. W XVII i XVIII wieku, gdy nie miano jeszcze jasnego wyobrażenia o istocie wad refrakcyi, a dobór okularów spoczywał w ręku niefachowych rzemieślników, lekarze przestrzegali swych chorych przed noszeniem szkieł i malowali w czarnych barwach skutki ich używania, wywodząc jako skutki szkodliwego ich działania przyczynę różnych ciężkich chorób. W ten sposób wpajali oni w szerokie warstwy nieufność do okularów. Autor przytacza liczne ustępy z obszernej pracy Sichela z połowy XIX stulecia, w której okulista ten głosi niczem nieuzasadnione przestrogi przed używaniem szkieł, zarówno wypukłych, jak wklęsłych, i twierdzi gołosłownie, że noszenie ich w wysokim stopniu wzrokowi zagraża. Dopiero gdy prace Dondersa rozjaśniły nieznane dawniej stosunki wad refrakcyi i wskazały drogę, jak je zapomocą szkieł należy wyrównywać, powszechne uprzedzenie tak lekarzy, jak i laików, do okularów zostało wreszcie przełamane. Nakoniec wspomina autor o niektórych innych źródłach niechęci do szkieł, zwłaszcza u młodych kobiet, które obawiają się wyglądać w okularach brzydko lub staro. Tego rodzaju przeszkody w należytem postępowaniu wobec wad refrakcyi są w praktyce okulistycznej na porządku dziennym. *K. W. Majewski.*

A. Darrier. **Nowe sole srebrowe, niesprawiające bólu, i ich wyższość nad azotanem srebra w leczeniu śluzoropotoku noworodków.** (*Clin. ophtalm.* 1905, Nr. 2). Autor występuje przeciw używaniu roztworów azotanu srebrowego w śluzoropotoku spojówki noworodków. Już protargol stanowił znaczny postęp w tem leczeniu, bo zarówno zapobiega tej chorobie, jak i leczy ją, jeśli jest odpowiednio zastosowany, a nie sprawia bólu i nie przedstawia tych niebezpieczeństw, co azotan srebrowy, zwłaszcza w rękach niewprawnych. Protargol ma jednak tę ujemną stronę, że jest nietrwały, łatwo się rozkłada i działa wtenczas drażniąco. Tej wady nie posiada nowy związek srebra, zwany argyrolem, zawierający prawie cztery razy tyle srebra metalicznego, co protargol. Argyrol bólu nie sprawia, a zapuszczany często w roztworze 20 lub 25 prc. bez ochraniania rogówki, której nie uszkadza, usuwa w krótkim czasie ropienie i leczy równie szybko, jak protargol. Pod koniec leczenia, gdy cierpienie przejdzie w okres nieżytowy, należy argyrol, podobnie jak i protargol, zastąpić środkiem ściągającym; w tym celu poleca Darier 3 prc. roztwór ichtarganu. *K. W. Majewski.*

Dubarry i Guillot. **Leczenie tarczy zastoinowej zapomocą trepanacyi.** (*Clin. ophtalm.* 1905, Nr. 9). W przypadkach tarczy zastoinowej, świadczącej o nadmiernem ciśnieniu śródczaszkowem, należy wedle powszechnie dziś przyjętych zapatrywań próbować na każdy wypadek energicznego leczenia rtęcią z jodem. (Niema się tu oczywiście na myśli przypadków urazowych). Gdy leczenie swoiste zawodzi, pozostaje do wyboru szereg zabiegów operacyjnych, mających na celu zmniejszenie ciśnienia śródczaszkowego. W tym celu polecane bywają następujące zabiegi: 1) nakłucie lędźwiowe, 2) trepanacya czaszki bez otwarcia opony twardej, 3) trepanacya z otwarciem opony twardej, 4) nakłucie komory bocznej mózgu, 5) założenie sączka do komory bocznej. Autorowie uważają nakłucie lędźwiowe za środek niedostateczny i tymczasowy, nakłucie i sączkowanie komory bocznej za *ultimum refugium*, a jako zabieg, stosunkowo najpewniej działający, polecają trepanacyę czaszki jednostronną i to z otwarciem opony twardej. Zdanie to opierają na danych z piśmiennictwa, a częścią na własnem doświadczeniu. W dwóch przypadkach, niedawno operowanych, po trepanacyi takiej ustąpiły prawie wszystkie objawy wzmożenia ciśnienia mózgowego: w pierwszym z tych przypadków nastąpiło wyleczenie i odzyskanie wzroku, w drugim natomiast śmierć wskutek ropnego zapalenia opon mózgowych. Jak spostrzeżenia te pouczają, rokowanie w przypadkach tych jest niepewne. Autorowie podnoszą niebezpieczeństwo wypadnięcia mózgu i możliwość zakażenia opon. *K. W. Majewski.*

Frenkel H. **O krótkowidztwie urazowem.** (*Annales d'oculistique* Tom CXXXIV, 1905, Nr. 7). Wiadomo, że jedną z przyczyn krótkowzroczności może być także i uraz. Sposób jednak, w jaki pod wpływem urazu zwiększa się stopień łamliwości oka, może być bardzo rozmaity. Temu ważnemu przedmiotowi, dotąd omawianemu najczęściej tylko dorywczo, poświęca autor dość obszerną pracę, w której opiera się na 43 przypadkach, częścią własnych, częścią zebranych z piśmiennictwa. Na podstawie tych spostrzeżeń dochodzi on do wniosku, że uraz może na cztery sposoby wywołać powstanie krótkiego wzroku w oku, poprzednio dobrze widzącem, a to: 1) przez wywołanie skurczu akomodacyi, 2) przez przerwanie choćby kilku tylko włókienek więzadełka Zinna, 3) przez zwichnięcie lub nadwichnięcie soczewki i 4) przez wywołanie przewlekłej sprawy zapalnej w tylnym odcinku gałki ocznej, co z biegiem czasu wiedzie do wydłużenia przednio-tylnej osi oka, a tem samem do wytworzenia krótkowidztwa o znamionach, wielce przypominających zwyczajną krótkowzroczność postępującą. Rokowanie najpomyślniejsze jest w razie skurczu akomodacyi, który zazwyczaj ustępuje pod wpływem atropiny; najgorsze w przypadkach nadwichnięcia, a zwłaszcza zwichnięcia soczewki, grozi bowiem wtenczas wybuch jaskry następowej. Zazwyczaj bywa wskazane usunięcie soczewki, operacya, w tych razach zwykle trudna i nie wolna od niebezpieczeństw. Związek między urazem, a powstaniem krótkowzroczności postępującej, wykazany przez Sulzera, nasuwa jeszcze pewne wątpliwości i wymaga dalszych badań i spostrzeżeń. *K. W. Majewski.*

E. Valude. **Ophthalmia nodosa.** (*Annales d'oculistique* 1905, Nr 7, T. CXXXIV). Nazwę tę nadał Saemisch zbiorowi objawów ocznych, wywołanych przez wniknięcie do tkanek gałki ocznej lub powiek włosków pewnego rodzaju gąsienic. Według Blancharda gąsienice te, szaro-żółtawej barwy, silnie uwłosione, należą do gatunku *Cnethocampa pityocampa*. Włoski ich, bardzo kończyste i sztywne, są nadto pokryte ostremi szczecinkami, skierowanemi ku końcowi włoska, zdolne są przebić nawet rogówkę i dostać się do wnętrza gałki ocznej. Świadczą o tem doświadczenia Krugera, który w holenderskiem towarzystwie oftalmologicznem pokazywał rogówki królików, przebite na wskroś włoskami wspomnianej gąsienicy. Becker opisał przypadek *ophthalmia nodosa*, gdzie guzki, bardzo do gruzełków podobne z komórkami olbrzymiemi, ale bez prątków gruźliczych, znajdowały się w spojówce, rogówce, tęczówce, a nawet w ciele szklistem. W środku każdego z tych guzków można było stwierdzić włosek gąsienicy. Valude opisuje przypadek typowej *ophthalmia nodosa*, gdzie chory przy rozgniataniu gniazda gąsienic

zaprószył sobie oko. Wywiązało się zapalenie spojówki i rogówki, do których przyłączyło się następnie zażalenie tęczówki. Po kilku tygodniach trwania objawów zapalnych oko uspokoiło się, pozostały tylko tylne zrosty tęczówki i kilkadziesiąt drobnych guzków na powierzchni rogówki. Guzki te autor zeskrobał, a badanie ich drobnowidowe wykryło włoski gąsienic tkwiące głęboko wśród komórek zgrubiałego nabłonka. *K. W. Majewski.*

Chesnau. **O pewnej szczególnej postaci miąższowego stwardniającego zapalenia rogówki** (*keratitis parenchymatosa scleroticans*) **na tle gruźliczem.** (*Annal. d'ocul.* 1905, 6). Autor spostrzegał w szeregu przypadków pewną szczególną postać miąższowego zapalenia rogówki u osób, u których oprócz znamion ogólnej gruźlicy żadnej innej skazy w ustroju, a w szczególności objawów kiły dziedzicznej nie można było stwierdzić. Z tego powodu zmiany rogówkowe uważa on w tych przypadkach za miejscowy objaw gruźliczego zakażenia. Cierpienie w lżejszych przypadkach rozpoczynało się od niewinnej napozór *episcleritis*. W cięższych odrazu bywała zajętą twardówka (*scleritis profunda*). Z biegiem czasu przechodziła sprawa chorobowa na rogówkę, występując w postaci grupy szarych punkcikowatych nacieków, zazwyczaj w sąsiedztwie ognisk twardówkowych na obwodzie rogówki i to w głębszych jej warstwach. Nacieki te powiększały się powoli, miejscami zlewały się ze sobą, tworząc szaro-żółtawe głębokie zaćmienia. W późniejszym okresie pojawiały się także głębokie, pędzelkowato ułożone naczynia. Tęczówka we wszystkich spostrzeganych przypadkach nie uległa zmianie. Do znamion cierpienia zaliczyć należy także mały stopień zadrażnienia gałki ocznej i brak znaczniejszych przypadów podmiotowych, co autor tłómaczy tem, że w sprawie chorobowej ani tęczówka, ani nabłonek rogówki nie uczestniczą. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem jednego o wyjątkowo ciężkim przebiegu, uzyskał autor wyleczenie i przywrócił chorym bystrość wzroku, wystarczającą do pracy, stosując obok ogólnego leczenia dyetetycznego wstrzykiwania podspojówkowe wyjałowionego powietrza. *K. W. Majewski.*

Trusseau. **Operacya kosmetyczna na oku; przecięcie czterech mięśni ocznych z następowem zabarwieniem rogówki.** (*La Clinique ophtalm.* 1905, 1). W przypadku zaniku gałki ocznej u 18-letniej dziewczyny po przebytem w dzieciństwie zapaleniu ropnem przeciął autor ścięgna wszystkich czterech mięśni prostych, przez co ponmiejszona gałka wystąpiła ku przodowi, następnie dla powiększenia szpary powiekowej wykonał autor kantoplastykę, dalej staranną tatuacyę zbliznowaciałej rogówki, a wreszcie tatuacyę skórnej krawędzi brzegu powieki górnej z powodu zupełnego braku rzęs. W ten sposób usunął z zachowaniem gałki ocznej oszpecenie i uzyskał wynik kosmetyczny zupełnie zadawalniający. *K. W. Majewski.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Lepierre. **O ziarenkowcu zapaleń opon mózgowych, o jadzie, uodpornieniu i surowicy.** (*Journal de phys. et pathol. gen.*, Vol. V. 3. p. 547 do 557). Autor odróżnia różne własności dwóch gatunków ziarenkowca: zwykłego i o wzmocnionej jadowitości. Żywe hodowle pierwszego gatunku zabijają zwierzęta w doświadczeniach po części przez jad, zawarty w hodowlach. Obumarłe hodowle, wstrzyknięte w odpowiedniej ilości podskórnie lub do jamy otrzewnej, zabijają zwierzęta, wywołując liczne ropnie. Jad, zagęszczony przy ciepłocie 50° C. z dodatkiem gliceryny lub bez niej, zabija zawsze zwierzęta. Większe zwierzęta, jak kozy, silniej oddziaływają na jad i padają z powodu mocznicy, wywołanej niedomogą nerek. Jad meningokoków podobny jest wogóle do jadu dwoinek wiewiórowych, tylko silniejszy. Silniejszy jad otrzymuje autor z hodowli lub narządów zwierząt, padłych na zapalenie opon mózgowych z bardzo ostrym przebiegiem, i wówczas jad ten jest silniejszy, niż jad, otrzymany z dwoinek zapalenia płuc przez Emmericha i Mosnyego. Rozpuszcza się w bulionie, przechodząc powoli z ciała drobnoustrojów do płynu. Wyskok, dolany do hodowli, wywołuje strąt bardzo jadowity, część zaś rozpuszczalna jadu jest mniej jadowita. Jad można osłabić przez wpływ wyższej ciepłoty 80—100° C.; światło wywiera nieznaczny wpływ na jadowitość; jad meningokoków różni się od tężcowego i błoniczego tem, że środki utleniające ani go nie niszczą, ani nie osłabiają. Próby uodpornienia robiono na zwierzętach małych. Po zaszczepieniu zwykłych meningokoków, większa część zwierząt padała bez uodpornienia, a niektóre, nieco uodpornione, mogą oprzeć się wprawdzie działaniu zwykłych ziarenkowców, jednak ulegają po wprowadzeniu wzmocnionych ziarenkowców do ustroju. Przy uodpornieniu przeciw jadowi zwykłych ziarenkowców pada znaczna liczba zwierząt; chcąc je uodpornić, trzeba wprowadzać małe ilości jadu, gdyż dawki większe działają bardzo szkodliwie na nerki. Uodpornione w ten sposób zwierzęta są uchronione od zabójczego działania zwykłych ziarenkowców i średnich dawek wzmocnionych drobnoustrojów. Łatwo natomiast uodpornić np. króliki zapomocą wzmocnionych hodowli, lub hodowli, zabitych przez ogrzanie albo środkami przeciwgnilnymi. Śmiertelność zwierząt jest mała. Również łatwiej jest uodpornić króliki przeciw jadom, pochodzącym z meningokoków o zwiększonej jadowitości. Surowica królików i świnek morskich, uodpornionych zwykłym meningokokiem, działa antytoksycznie i ochronnie, ale nie przeciw wzmocnionym meningokokom. Surowica zwierząt, uodpornionych toksynami zwykłych meningokoków, działa antytoksycznie i zapobiega zakażeniu zwykłym meningokokiem, działa więc leczniczo. Surowica zwierząt, uodpornionych jadowitym meningokokiem, jest mniej antytoksyczna, niż surowica poprzednia, działa zapobiegawczo i leczniczo, ale nie niszczy meningokoków poza ustrojem (*in vitro*). Własności aglutynujące tych surowic są nadzwyczaj słabe. *Gertler.*

Orth. **Morfologia raków i pasorzytnicza ich teorya.** (*Berlin. klin. Woch.*, 1905, Nr. 11). Autor poświęcił swoją rozprawę wykazaniu, na jak kruchych podstawach opiera się współczesna teorya pasorzytnicza raków. Omówiwszy morfologię rozmaitych rodzajów raków i przytoczywszy cały szereg przykładów, w jaki sposób powstają przerzuty tych nowotworów, wypowiada swój w tej sprawie pogląd: istotną rzeczą we wszelakich rodzajach raków są komórki rakowe, bez których nie mogą powstać przerzuty. Do zrozumienia powstawania przerzutów wystarczają nam zupełnie zdolne do rozwoju komórki rakowe; obejść się więc zupełnie możemy bez teoryi pasorzytniczej. Co się tyczy wreszcie pasorzytów rakowych, to wszystko, co o nich dotąd napisano, jeszcze jest bardzo dalekie od tego, aby służyło za właściwą podstawę teoryi naukowej. *A. Wrzosek.*

Pröscher. **O doświadczalnej limfocytemii u żaby.** (*Folia haematol.* I. 1904, Nr. 10). Wedle dotychczasowych pojęć, opierających się na nauce Ehrlicha, powstają leukocytozy wskutek czynnego przechodzenia białych wielojądrzastych krwinek ze szpiku kostnego do krwi, zaś limfocytoza polega na biernem wypłukiwaniu limfocytów z gruczołów. Ehrlich odmawia limfocytom zdolności do ruchów czynnych, zdolności wędrowania z gruczołów pod wpływem bodźców chemicznych (chemotaksis); nie tworzą zatem limfocyty wedle Ehrlicha ropy, a pochodzą wyłącznie z gruczołów limfatycznych. Za zdolnością poruszania się limfocytów przemawia Pappenheim, Hirschfeld, Wolff, Jolly, Maximow, w ostatnich czasach Wasslow i Sepp (*Virch. Arch.* 1904). Arnold i Pappenheim dowodzą, że limfocyty mogą pochodzić ze szpiku kostnego. Pappenheim nawet twierdzi, że odpowiadają na chemiczne chemotaktyczne bodźce. Aby rzucić światło na tę sprawę, podaje autor spostrzeżenia, które poczynił, badając sztuczną odporność żab na gronkowce. U żab, którym wstrzyknięto 1—2 ctm.³ bulionowej hodowli gronkowców do jamy otrzewnej lub do opon mózgowych, nastawał po 24 lub 48 godzinach wybitny przybytek małych i wielkich limfocytów we krwi. Tak samo działał przesącz bulionowej hodowli gronkowców, nie zawierający drobnoustrojów. Później przekonał się autor, że ten sam skutek wywoływały i inne chorobotwórcze drobnoustroje, jak n. p. gruźlicy, duru, błonicy. Wstrzykując czyste hodowle drobnoustrojów, można było się przekonać, że limfocyty okazywały wybitną fagocytozę: w krótkim czasie wielka ich ilość była wypełniona drobnoustrojami. I dlatego postanowił autor uzyskać u żaby ropę, złożoną z limfocytów. Otrzymuje się ją, szczepiąc żabie gruźlicę w opony mózgowe. Żabę trzyma się potem w wodzie w otwartem naczyniu przy ciepłocie 37° C. Kiedy po 3—4 tygodniach otworzy się opony mózgowe, znajduje się w miejscu szczepienia zamiast mięśni grzbietnych rzadką ropę. Ropa ta składa się prawie wyłącznie z wielkich i małych jednojądrzastych limfocytów z małym udziałem komórek wielojądrzastych bezziarnistych. Autor więc wbrew nauce Ehrlicha dochodzi do wniosku, że limfocyty na bodźce chemiczne oddziaływają i wnikają[1]) do krwiobiegu. Jak wiadomo, wywołują te bodźce u ciepłokrwistych leukocytozę neutrofilną, wyjątkowo tylko wywołują limfocytozę, jednak niewiadomo, czy to wtedy dzieje się drogą bezpośrednią, czy pośrednią, przez substancye tworzące się w ustroju pod wpływem bakteryi, względnie ich jadów. Dalszym wnioskiem jest, że limfocyty żaby mogą tworzyć typową ropę. Dalsze doświadczenia muszą jeszcze dowieść, czy ropa ta tworzy się z limfocytów, które wydostają się z obiegu krwi (*haematogen*), czy z komórek tkanki łącznej (*histiogen*). *Stahr.*

Michaelis. **Dalsze badania nad precypitynami.** (*Zeitschrift f. klin. Medicin* LVI. 5 i 6, 1905). Przez szczepienie kró-

[1]) Dotychczas znaliśmy jedną tylko substancyę, która u ciepłokrwistych wywoływała limfocytozę, t. j. pilokarpinę. (Waldstein, „Berliner klin. Wochenschrift“ 1895, Nr. 12).

lika surowicą krwi konia otrzymał autor precypitynę, która ze składników surowicy najsilniej strąca pseudoglobulinę, słabiej euglobulinę, bardzo słabo białko surowicze, i to tylko przy użyciu jego nadmiaru. Ponieważ przez szczepienie królika roztworem białka surowiczego można otrzymać precypitynę, strącającą białko surowicze, a nieco słabiej także ciała globulinowe, widocznie globuliny przeszkadzają białku surowiczemu wytworzyć swą precypitynę, przy użyciu do szczepienia pełnej surowicy. Ponieważ zaś każde białko obok swych swoistych chwytników (receptorów), zawiera chwytniki białek pokrewnych, więc i globulinowa precypityna znajdzie w roztworze białka surowiczego, gdy go użyjemy w nadmiarze, dostateczną ilość chwytników, by powstał słaby strąt, jak w doświadczeniach. Omówiona precypityna nie dawała strątów w surowicy poddanej trawieniu. Przez szczepienie natomiast królika surowicą nadtrawioną otrzymał autor precypitynę, strącającą surowicę nadtrawioną, a ze składników świeżej surowicy najsilniej strącającą euglobulinę i białko surowicze, słabiej pseudoglobulinę, t. j. odwrotnie, jak poprzednia. Przy tworzeniu się tej ostatniej precypityny muszą w grę wchodzić inne chwytniki, niż przy użyciu świeżej surowicy, bo precypityna świeżej surowicy nie strąca surowicy strawionej. Chwytniki te istnieją jednak i w świeżej surowicy, skoro precypityna strawionej surowicy strąca składniki surowicy świeżej. Wiązanie precypityn z ciałem precypitowanem uważa autor za odczyn niezupełny, odwracalny. Strąt jednak, wywołany przez precypitynę, ma tak różny skład, że ująć praw wiązania się precypityny z ciałem precypitowanem w prostą formułę jest niemożebne. *Mostowski.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Jothionu używa się, jak wiadomo, tylko n a s k ó r n i e. Użycie wewnętrzne i podskórne jest wprost przeciwwskazane, jak to uzasadnia Prof. D r e s e r (*Berliner klin. Wochenschrift* 1905, 23). Najważniejszą ze względów leczniczych właściwością jothionu jest to, że lek ten, zwolna wchłaniając się przez skórę, ulega zmydleniu, przez co związek jodu z zasadą (podawany zazwyczaj dotąd wewnętrznie), tworzy się dopiero w samych tkankach. W miejscu wtarcia jest przez to *maximum* koncentracyi jodu, która w miarę jego wnikania w tkanki staje się coraz mniejszą. Trujące działanie, jakieby mógł jothion wywrzeć na ustrój po podaniu wewnętrznem, zobojętnia się właśnie przy użyciu naskórnem przez zmydlenie leku. Przeciw użyciu podskórnemu przemawia jeszcze jego działanie drażniące, zaznaczające się na wrażliwszych miejscach skóry. Nawet jednak i przy użyciu naskórnem jothionu wskazaną jest pewna ostrożność; z doświadczeń bowiem na zwierzętach wnosi Dreser, że wtarcie 18 gr. jothionu mogłoby u człowieka, ważącego 60 klgr. wywołać śmiertelne zatrucie. Zaleca przeto Dreser używać jothionu raczej częściej, ale w mniejszych dawkach: dziennie nie więcej nad 4 gramy. W y s z y ń s k a (*Monatschrift f. prakt. Derm.* 1905, 11) używała 50 prc. lanolinowej maści jothionowej, dziennie po 4·0. Nawet bez wcierania, tylko po posmarowaniu, można jod już po 3 godz. stwierdzić w moczu. Skóra znosi jothion dobrze, jedynie czują chorzy lekkie pieczenie. Jothion nadaje się dla chorych, nie znoszących jodu wewnętrznie i skłonnych do jodzicy, aczkolwiek zaprzeczyć nie można, że i po jothionie zdarzają się przypadki lekkiej jodzicy. Zapatrywania W. potwierdzili w rozprawach nad jej wykładem w moskiewskiem Towarzystwie dermatologicznem B o g r o w i C z l e n o w. *L.*

Za najlepszy **lek ściągający,** a zarazem lekko przeciwgnilny w n i e ż y t a c h j e l i t u d z i e c i uważa A r c e l l i (*Gaz. degli osp.* 1905, 4) t a n n i g e n, zalecając u dzieci podawać dziennie około 1 grama, u dorosłych 2 gramy, podzielone na 4—5 dawek. *L.*

V. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Piissima medicorum desideria.

Żądaniem lekarzy, którego wypełnienie jest sprawą piekącą, a przepisami państwowymi jest dozwolone, jest sprawa t. zw. „rady pracy“ (*Arbeitsbeirat*). A na pewno bardzo wielu lekarzy nawet nie wie, co to jest za instytucya i że wogóle coś takiego istnieje. Tej właśnie okoliczności, że bardzo wielu rzeczy, które blizko nas dotyczą, wcale nie znamy, że z przysługujących praw nie korzystamy, lub o nie się nie upominamy, przypisać należy, że coraz bardziej stan lekarski podupada. Jedną z instytucyi, do której należeć lekarz ma prawo, a gdzie mimo to nie należy, chociaż w bardzo wielu sprawach, n. p. higienicznych, powinien mieć głos rozstrzygający i gdzie niejednokrotnie mógłby bronić skutecznie interesów całego zawodu lekarskiego, — jest t. zw. „rada pracy“.

Otóż co to jest ta „rada pracy“?

Na podstawie obwieszczenia ministerstwa handlu z dnia 25-go lipca 1898, Dz. u. p. p. 132, powołano do życia w ministerstwie handlu t. zw. statystyczny urząd pracy (*arbeitsstatistisches Amt*), którego zadaniem wedle §. 1 tegoż obwieszczenia jest zbieranie, opracowywanie i peryodyczne ogłaszanie danych, odnoszących się do statystyki pracy w celach gospodarczego i społecznego ustawodawstwa. Instytucya ta podlega ministerstwu handlu, na zewnątrz jest jednak ciałem samodzielnem. Dla popierania tej instytucyi w jej pracy utworzono t. zw. „stałą radę pracy“, do której należą: przewodniczący statystycznego urzędu pracy, jego zastępca, po jednym przedstawicielu ministerstwa spraw wewnętrznych, finansów, rolnictwa, handlu, ministerstwa kolejowego, i prezydent centralnej komisyi statystycznej. Nadto mianuje ministerstwo handlu 24 członków wedle swego uznania. Ci mianowani członkowie rady pracy mają się składać w jednej trzeciej z przedsiębiorców, w jednej trzeciej z robotników i w jednej trzeciej z osób, których fachowe współdziałanie w pracach rady jest pożądano, a czynności swoje mają pełnić ci członkowie mianowani przez okres trzechletni.

Już w roku następnym, t. j. 1899, wydaje ministerstwo handlu nowe rozporządzenie pod datą 6 czerwca Dz. u. p. p. 106, które zmienia skład rady pracy. Pokazało się widocznie, że w pracach rady potrzebny jest doradczy głos lekarza, skoro owo rozporządzenie postanawia, że do rady pracy należy powołać i przedstawicieli najwyższej rady zdrowia. Nadto zwiększa ono liczbę mianowanych członków z 24 na 30.

Zdawałoby się, skoro ministerstwo handlu jeszcze w czerwcu roku 1899 rozporządziło, że do rady pracy należy powołać przedstawiciela najwyższej rady zdrowia, to obecnie, skoro minęło już lat 6, na pewno w spisie mianowanych członków rady pracy znajdziemy nazwisko jakiego lekarza. Tymczasem w urzędowym schematyzmie austryackim (*Hof- und Staats-Handbuch der oesterr.-ungar. Monarchie für das Jahr* 1905) na str. 368, gdzie są wymienione nazwiska wszystkich, a więc i mianowanych członków rady pracy, niema wcale lekarza. Między mianowanymi na drugi trzechletni okres członkami znajdujemy 9 przedsiębiorców, 10 robotników i 10 fachowców. Między tymi 10 fachowcami jest 9 doktorów prawa i jeden doktor teologii. Lekarza, przedstawiciela najwyższej rady zdrowia, niema. Rozporządzenie ministerstwa handlu z czerwca 1899 zostało na papierze. Jest to jeszcze jeden z licznych dowodów, że lekarze nie cieszą się zbytnią życzliwością kół rządowych.

A teraz proszę zważyć, że zadaniem rady pracy jest przygotowywać materyały do ustawodawstwa ochronnego robotniczego. Niedawno n. p. obradowała rada w sprawie zatrucia ołowiem w przemyśle i górnictwie. Nie mogąc sprawy załatwić w łonie swej instytucyi, musiało urządzić ankietę. Czyż jednak dla zebrania materyałów, których dostarczyła urządzona ankieta, i wysnucia z nich odpowiednich wniosków, rada pracy nie potrzebuje teraz głosu fachowca, głosu lekarza? Proszę dalej zważyć, że obecnie w Austryi jest na porządku dziennym reforma ubezpieczenia robotniczego, sprawa, bardzo blizko obchodząca lekarzy, a nadto sprawa, zagrażająca lekarzom wprost ruiną, o ileby przeszła w ustawę, t. j. nowela przemysłowa (vide *Przegląd lek.* 1905, str. 342). W sprawach tych ma rada pracy wielki wpływ, ale w radzie pracy niema lekarza, bo głos jego nie jest wygodny ani dla przemysłowców przedsiębiorców, n. p. co do zatruć, czy wogóle co do ochrony robotników, ani władzy, n. p. co do ubezpieczenia robotników, w której to sprawie chce się rząd zabawić w filantropa kosztem zawodu lekarskiego.

Jednak to samo ministerstwo, które mianuje członków rady pracy, rozporządziło, że zamianować należy i lekarza. Prawo jest po naszej stronie, a więc nie prosić, ale żądać należy, i to jak najrychlej, tak w interesie własnym, jak i ogółu pracujących.

Drugą niemniej ważną sprawą jest ustawa z dnia 22 grudnia 1891, powołująca do życia Izby lekarskie. §. 12 orzeka, „że obwinionym służy prawo odwołania się przeciw naganie, skazaniu na karę pieniężną, lub odebraniu prawa wyborczego, do władzy administracyjnej krajowej, gdyby Izba przekroczyła zakres swego działania, lub postąpiła sobie w sposób, niezgodny z ustawą i przepisami. Władza ta ma prawo nalegać, żeby nieprawidłowości zostały uchylone, a w razie potrzeby zarządzić rozwiązanie Izby i rozpisanie nowych wyborów“. A więc przeciw orzeczeniu Izby, udzielającej nagany, służy lekarzowi prawo odwołania się do Namiestnictwa. Izba orzekła, że jeden z jej członków postąpił w pewnej

sprawie niegodnie, niehonorowo, a Namiestnictwo, które się przecie kieruje nie względami na godność zawodową, (trudnoby nawet było żądać czegoś podobnego od referenta-urzędnika), — ale względami na ustawę i przepisy, obowiązujące w państwie, może dojść do wręcz odmiennego wyniku. A to tylko dlatego, że inną miarą mierzy sprawę Izba, a inną Namiestnictwo. Izba względami na godność zawodową, Namiestnictwo ustawą. Tak już nieraz bywało w praktyce, a chodziło w takich sprawach nieraz nie o honor, lub też byt jednostki, ale o honor i byt całego zawodu. Wszak głośny był niedawno spór między Izbą lekarską wiedeńską a Namiestnictwem Austryi Niższej. Kiedy ajenci handlowi protokołowanych firm postanowili założyć zarejestrowaną Kasę zapomogową, rodzaj Kasy chorych, Izba lekarska wiedeńska, stając na straży godności stanu lekarskiego, zabroniła lekarzom swojego okręgu przyjmować posady w tych Kasach. Wychodziła z tego punktu widzenia: Zarejestrowane Kasy zapomogowe nie mają ustawowego obowiązku leczyć bezpłatnie swych członków, mają tylko obowiązek udzielać zasiłków pieniężnych. A skoro tak jest, i gdy nadto przyjmowanie posad w tych Kasach grozi uszczerbkiem całemu stanowi, — Izba zabrania lekarzom pracować w tych Kasach, a opornych będzie ścigać. I cóż się stało? Znaleźli się tacy lekarze, którzy posady przyjęli. Izba nałożyła na nich kary — a Namiestnictwo, do którego lekarze się odwołali, zniosło i kary i całe wogóle orzeczenie Izby, bo wedle zdania Namiestnictwa stanowisko Izby nie pozwala Kasom dokonać tego, na co ustawa Kasom pozwala, (ale do czego nie zmusza). Izba się rozwiązała — nowe wybory i dalej to samo błędne koło.

Instytucyą, która przypomina naszą Izbę lekarską, jest Izba adwokacka. Władzą nadzorczą Izby adwokackiej jest jednak nie władza administracyjna krajowa, ale najwyższy trybunał państwa. Jeśli więc jakiś w Izbie skazany adwokat, czy cała Izba odwołuje się do trybunału państwa, to się zwraca do ludzi, którzy tak samo myślą, tak samo na rzeczy patrzą i tą samą miarą mierzą. Członek trybunału państwa na pewno takie same ma pojęcia o honorze i godności zawodowej adwokata, jak Izba. A oficera dlaczegoż nie sądzi sąd cywilny? Bo ludzie cywilni inne mają pojęcia o honorze, jak wojskowi: to co nie razi cywilnego, może być bolesnem dotknięciem honoru wojskowego. Czyżby się kiedykolwiek zgodziło państwo, żeby w sprawach honoru sądził oficerów sąd cywilny? Ale godzi się spokojnie na to, że sprawy honoru lekarzy sądzi prawnik.

A więc Izby domagać się powinny w celu ratowania godności własnej i całego zawodu, w celu rozpętania sobie rąk do pracy, — ustanowienia władzy nadzorczej, składającej się z lekarzy — a więc ludzi, którzy zrozumieją skarżącego się i jego położenie w społeczeństwie. Wtedy Izby lekarskie skutecznie będą mogły bronić interesów swego zawodu.

Wreszcie bardzo doniosłą dla całego stanu byłoby rzeczą, gdyby lekarze, szczególnie starsi, zatem doświadczeńsi i już praktyką nie tak bardzo się zajmujący, brali jak najszerszy udział w życiu publicznem, a więc kandydowali do rad miejskich, powiatowych, sejmu, parlamentu i t. d. Kandydującego lekarza powinni koledzy zawodowi popierać przed wszystkimi innymi i za to obowiązywać do obrony interesów i godności zawodu. Kandydaci zaś, osiągnąwszy mandat, powinni zabierać głos zawsze, kiedy mowa o zdrowiu publicznem i lekarzach, powinni z mównic publicznych wykazywać społeczeństwu, jak wielkich ofiar wymaga od lekarzy i jak w zamian za to nic im nie daje. W ciałach ustawodawczych dałoby się popierać skutecznie bardzo wiele spraw, jak zaopatrzenie wdów i sierót po lekarzach, którzy padli ofiarą w wykonywaniu obowiązków swoich, w walce z zarazą, zaopatrzenie lekarzy na starość, choćby na wzór zaopatrzenia na starość robotników i t. d. i t. d.

Stahr.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21 września.

* Nowowybrana Izba lekarska wschodnio-galicyjska odbyła posiedzenie dnia 16 b. m., na którem ukonstytuowała się na następne trzechlecie. Prezydentem Izby wybrany został dr. Festenburg, wiceprezydentem dr. Tatarczuch, członkami wydziału: dr. Kowalski, dr. Mikołajski, dr. Papée i prof. dr. Sieradzki; zastępcami wydziałowych: dr. Mehrer i dr. Moszkowicz. Delegatem do krajowej Rady zdrowia wybrany został dr. Piaskiewicz, a jego zastępcą dr. Smolarski. Do komisyi kontrolującej weszli: dr. Zasacki i dr. Żukowski.

* Dnia 10 października prof. Bujwid rozpoczyna w zakładzie higieny kurs dwutygodniowy dla lekarzy „O cholerze“. Dla lekarzy rządowych wszelkich kategoryi jest rzeczą wielkiej wagi zapoznać się z najnowszemi metodami rozpoznawania zarazka cholerycznego i sposobami zapobiegania epidemii cholery; w tym celu prof. B. zamierza poświęcić szczególną uwagę rozpoznawaniu zapomocą aglutynacyi, oraz szczepieniom ochronnym. O tych zamierzonych wykładach prof. Bujwid uwiadomił ministra oświaty: rządowi powinno bardzo zależeć na szybkiem i pewnem rozpoznawaniu cholery, przeto byłoby rzeczą uzasadnioną, ażeby lekarze rządowi, udający się na ten kurs, otrzymali odpowiednie dyety. Zapisywać się na kurs należy w zakładzie higieny (ul. Strzelecka, 7).

* Prof. Bujwid zawiadamia, że posiada w zakładzie surowicę wysokowartościową do rozpoznawania cholery zapomocą aglutynacyi, oraz szczepionki przeciwcholeryczne.

* Dr. Ryszard Urbanik, dyrektor szpitala w Tarnobrzegu (Galicya), uprasza autorów prac polskich z zakresu chirurgii o łaskawe nadsyłanie mu odbitek, jako sprawozdawcy z polskiego piśmiennictwa chirurgicznego do „Roczników Hildebranda“.

* Cholera w Galicyi ograniczyła się na razie do znanych paru przypadków w powiecie mieleckim. Po zarządzonych przygotowaniach i ostrożnościach możnaby było śmielej patrzeć w przyszłość, gdyby nie nowe ognisko niedaleko granic Galicyi, mianowicie nad Bugiem na Wołyniu, gdzie według „Kuryera warszawskiego“ zapadło na urzędownie stwierdzoną cholerę 10 osób. „La Semaine médicale“ wytyka rządowi rosyjskiemu, że rozwiązywał Zjazdy lekarskie, poświęcone cholerze, nie dopuszczał lekarzy do żadnej akcyi zapobiegawczej i przygotowawczej; a „Deutsche medic. Wochenschrift“ (Nr. 37) zestawia paragrafy międzynarodowej paryskiej konwencyi sanitarnej z grudnia 1903, zobowiązującej państwa podpisane do wzajemnego cotygodniowego zawiadamiania o wydarzonych przypadkach chorób zakaźnych, z biuletynami rządowymi ros. z r. bież., stanowczo twierdzącymi, że „w Rosyi nie było ani jednego przypadku cholery“. Te kłamliwe zapewnienia stały się istotną przyczyną zawleczenia epidemii do środkowej Europy i dalszego wytwarzania się jej ognisk w rozmaitych punktach. „Deutsche medic. Wochenschrift“ zapytuje kanclerza, co uczyni, ażeby Rosya wypełniała międzynarodowe zobowiązania.

* „Centralny związek galicyjskiego przemysłu fabrycznego“ podaje do wiadomości, że w Białej powstanie za parę miesięcy fabryka przetworów chemicznych, leczniczo-sanitarnych i technicznych. Na czele Stowarzyszenia udziałowego z ograniczoną odpowiedzialnością stanęli: Eug. Świątkowski magister farmacyi aptekarz w Białej, Bol. Bednarski dr. filozofii, chemik, spółwłaściciel firmy A. Manduk w Warszawie i Wład. Brodacki dyrektor powiat. Towarzystwa zaliczkowego i filii Banku kraj. w Białej. Fabryka pod firmą „Beskid“ wyrabiać zamierza tylko najnowsze środki antyseptyczne i desinfekcyjne, dokładnie zbadane co do dobroci i wartości. Drugim rodzajem artykułów, które „Beskid“ zamierza wytwarzać, są przetwory chemiczne, mające zastosowanie w aptekarstwie. By wyroby „Beskidu“ wchodzące w zakres środków leczniczych, stały zawsze na poziomie wskazanym przez postęp naukowy, organizatorowie przedsiębiorstwa postanowili przyciągnąć zawodowe siły naukowe do udziału i zapewnić sobie ich pomoc: a w ten sposób przez nieustanne ulepszenia swych wyrobów i przez ścisłą kontrolę nad wytwórczością uzyskać trwałe podstawy rozwoju. Ponadto organizatorowie weszli w układ z firmą „A. Manduk“ w Warszawie, której przetwory chemiczno-farmaceutyczne są już rozpowszechnione w Królestwie i Rosyi; firma ta oddaje „Beskidowi“ reprezentacyę i wyłączną sprzedaż na Galicyę i resztę krajów koronnych. Wreszcie „Beskid“ będzie wyrabiać cały szereg środków technicznych do konserwowania drzewa, oleje wiertnicze, tłuszcze i pasty do pasów, lin; dalej wyskok, naftę w stałej postaci do palenia i do prania itd. — Wysokość kapitału zakładowego oznaczono na 100,000 K. — Udziały po 500 K są imienne, płatne w powiatowem Towarzystwie zaliczkowem w Białej. Statutem zastrzeżono minimalne $4^{1}/_{2}$ oprocentowanie. — Na przedsiębiorstwo to, pierwsze nie tylko w Galicyi, lecz i w całej Austryi, zwracamy uwagę czytelników, a o puszczeniu fabryki w ruch doniesiemy w swoim czasie.

(S.) Bezpłatne leczenie zębów u dzieci szkolnych postanowiła wprowadzić Rada miejska w Milhuzie. Wogóle na polu higieny szkolnej Rada tego miasta dowodzi niezwykłej ruchliwości: już w r. 1903 powołała do życia instytucyę lekarzy szkolnych, a jeszcze przedtem zaprowadziła udzielanie dzieciom szkół miejskich kąpieli, a uboższym prócz tego środków naukowych, jak książki, zeszyty i t. d.

* Między 27/VIII a 2/IX zaszedł jeden przypadek ospy w Chrzanowie, oraz stwierdzono dur osutkowy w powiatach: brzeżańskim, brzozowskim, kamioneckim, nadwórniańskim, sokalskim, stryjskim (po 1 gminie). Nowych przypadków cholery w Galicyi nie stwierdzono.

Mianowania: Dr. Burger mianowany profesorem nadzw. otyatryi w Amsterdamie. Dr. Rusca — profesorem chirurgii w Barcelonie. Prof. Podwysockij — kierownikiem medycyny doświadczalnej — w Petersburgu.

Nekrologia. Dr. Schaper, nadzw. prof. przy anat. Instytucie w Berlinie, zmarł we Wrocławiu w 41 r. życia. Dr. Kohlschütter, prof. wewn. medycyny, zmarł w Halli, licząc lat 67.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Nr. 9. Męsowicz: Przyczynki do nauki o sprawach septycznych.

— *Głos lekarzy* Nr. 18 zawiera: Dla wdów i sierót po lekarzach. — Rozwój Kas chorych w Austryi. — Dziesięciolecie Izb lekarskich (c. d.). — Historya sporu lekarzy z technikami dentystycznymi w Austryi (c. d.). — Odcinek.

— *Medycyna* Nr. 36. Flatau i Koelichen: O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym. Mutermilch: Kilka uwag o teoryach odporności (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Z. 8 i 9. Pręgowski: W sprawie nowych badań psychologicznych. Rzętkowski: Szkoła pielęgniarstwa. Lachs: Kilka wiadomości o Jakóbie, lekarzu Władysława Jagiełły.

— *Zdrowie* Z. 9. Milewska: Śmiertelność u dzieci wiejskich i jej przyczyny. Puławski: Kąpiele tanie im. Bol. Prusa w Nałęczowie. Przyrzychowski: Statystyka zakładu kąpielowego przy fabryce braci Pfeifer. Szlenker i Temler. Polak: Kwestyonaryusz w sprawie higieny wsi.

— *Gazeta lekarska* Nr. 35. Gluziński L.: Wpływ dziedziczności na występowanie zapalenia płuc. Kijewski: Przyczynek do chirurgii płuc (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 37. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých organů žlazových při vrožene přijici (dok.). Scherer: Vrozéne vady srdečni ve věku dětském (c. d.). Nový: O mimoděložnim těhotenstvi (c. d.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 9. Matković: Tektonična conjuctivalna keratoplastika. Thierry: Ulcera crusis. Marković: Što očekuje kriminalista od liječničkog vještaka? Belohlavek: Styptol i liječenje krvavenja maternice.

— *La Presse medicale* Nr. 71. Landouzy: Medycyna społeczna. Uwagi nad zastosowaniem i doniosłością ustawy, odnoszącej się do obowiązkowego zaopiekowania się starcami, kalekami i nieuleczalnymi, pozbawionymi środków do życia. Lew: Szczepienie przeciwcholeryczne i przeciwmorowe Haffkina. — Nr. 72. Eskat: Groźny krwotok z nosa u miażdżycowych. Topografia ognisk. Leczenie miejscowe. Weil i Clerk: Białaczka u zwierząt.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 37. B. Baginsky: Ocena wypadku w otyatryi. Meyer: Doświadczenia z bezpośredniem badaniem górnych dróg oddechowych. Curschmann: Częściowa myotonia z pozorami zawodowej nerwicy i porażenia. Wassermeyer: Przyczynek do działania nasennego przetworu — izopralu. Moreschi: Przyczynek do nauki a „antykomplimentach“. Schläpfer: Światłotwórczość krwi. Beneke: O wzroście fizyologicznym i patologicznym (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 37. Kraus i Prantschoff: O stałem znachodzeniu się krętka bladego w tkance kiłowej człowieka i małpy. Merk: Pierwotny rumień lombardzki w Oberintalu. Steinbüchel: O powikłaniach włókniaków macicy, osobliwie o skręcie szypuły z ciężkim krwotokiem wewnętrznym. Kirković: O przeciwgośćcowem i przeciwnerwobolowem działaniu maretyny.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 37. Riedel: Cięcie zygzakowate przy operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego. Dollinger: Stałe wyniki po operacyjnem leczeniu raka w peszteńskiej klinice chirurgicznej Nr. 1. — Gierlich: Zanik jąder (nerwowych) u dzieci. Meyer: Przyczynek do nauki o samoistnej opuchlinie u osesków. Scholtz: O wykazaniu krętków w kile. Fabry: O krętkach w kile. Bail: Związek między „agresywnością“ a substancyą ciała bakteryi. Axmann: Leczenie światłem i maścią zapomocą gorących promieni.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 37. Conradi i Kurpjuweit: Samoistne wstrzymanie wzrostu bakteryi wskutek samozatrucia. Zieler: Patogeneza rozciągających się prążków skóry. Bleibtreu: Dwa osobliwe spostrzeżenia przy płonicy. Offergeld: Leczenie chorób ginekologicznych tiosinaminą. Esau: Przypadek gruźlicy prosówkowej z posocznicą gronkowcową i ciężkiem krwawieniem skórnem. Steinhaus: Prątek błoniczy rzekomy jako czynnik wywołujący ropnia mózgowego. Moosbrugger: Leczenie zapalenia jelita ślepego. Hecht: Objawy ropotoku jamy Highmora. Wederhake: Barwienie osadu moczowego i wypociny. Fertig: Urazowy wrzód żołądka. Aronheim: Stosowanie balsamu peruwiańskiego w leczeniu ran i przewlekłych wrzodów podudzia.

Redakcya otrzymała: Puławski. 1) Co to jest cholera i jak się od niej bronić? 2) Kąpiele tanie im. B. Prusa w Nałęczowie. — Fizykat m. Lwowa: Pouczenie o cholerze. Palmirski: O cholerze i walce z nią. Palmirski i Żebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy płoniczej. Friedberg: Krótkie popularne pouczenie o cholerze. Bogdanik: Skręt sznurka nasiennego.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 37 (od dnia 10/IX do 16/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 28, dziew. 42; nieżywo: chł. —, dz. 2. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 7, kob. 16; zamiejscowych: męż. 9, kob. 11.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 4, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 5. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 5, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem**: miejscowych 23, obcych 20.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIV. Kraków 30 Września 1905. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

† EDWARD Sas KORCZYŃSKI.

W dniu 23 września 1905 utraciła krakowska klinika lekarska dziewiątego z rzędu kierownika i profesora. Następowali po sobie, począwszy od założenia kliniki: Andrzej Badurski (1780—1789); Franciszek Kostecki (1791—1802); Walenty Hildebrand (1805—1806); Wojciech Jerzy Boduszyński (1811—1817); Ignacy Linhard (1817—1822); Józef Maciej Brodowicz (1823—1850); Józef Dietl (1851—1865); Karol Gilewski (1866—1871) i **Edward Korczyński** (1875—1905).

Urodził się On w Dobromilu 5 października 1844 roku, pobierał wykształcenie lekarskie w Uniwersytecie krakowskim, a uzupełniał je przez podróże naukowe do Niemiec i do Szwajcaryi. Zawód lekarski rozpoczął jako lekarz praktyczny w Dembicy (1868—1869), gdzie zapoznał się z potrzebami lekarza prowincyonalnego, co nie pozostało bez dodatniego wpływu na kierunek praktyczny Jego wykładów jako profesora klinicznego. Wkrótce zawezwany przez ówczesnego profesora kliniki lekarskiej, Gilewskiego, objął w październiku 1869 posadę asystenta klinicznego, pozostając na niej do lutego 1871, w którym to czasie został zamianowany prymaryuszem oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. A już 7 stycznia 1875 r. objął kierownictwo kliniki lekarskiej jako zwyczajny profesor. Na tem stanowisku rozwinął prof. Korczyński niezwykłą działalność wszechstronną. Cechą bowiem jego osobistości była zadziwiająca ruchliwość umysłowa, dar organizacyjny, energia i niezwykły zapał do czynu. Rzutkość ta nie opuszczała go prawie do roku 1896, kiedy objawy przedmiotowe i podmiotowe wzmagającej się wady sercowej ujawniać się poczęły.

Klinika, którą młody profesor rozporządzał liczyła tylko 24 łóżek, bez pracowni, bez dostatecznej asystencyi i usługi, a pomieszczoną była najniehigieniczniej. Wysiłki profesora były przeto przedewszystkiem zwrócone do uzyskania zakładu odpowiadającego wymogom nowoczesnym, co jednakowoż szło z wielkim oporem. Dopiero w roku 1889 po przeprowadzeniu kliniki chirurgicznej do nowego gmachu, mogła klinika się rozszerzyć przez zajęcie opróżnionych ubikacyi. To dało możność, że prof. Korczyński mógł urządzić tak upragnione przez niego pracownie kliniczne i powiększyć ilość łóżek do 42. Lecz i to rozszerzenie nie poprawiło stosunków higienicznych kliniki, ani zadośćuczyniło potrzebom naukowym, ani też wymaganiom coraz większej liczby (150—200 rocznie) garnącej się młodzieży lekarskiej. Bardzo też usilne starania robił prof. Korczyński u Rządu o przyspieszenie budowy nowej kliniki lekarskiej. Tej sprawie poświęcił On ogromnie wiele pracy i czasu. Studyował liczne plany zakładów klinicznych, miewał liczne konferencye z nadradcą budownictwa p. Sarem, odbywał z nim podróże w celu poznania najlepiej urządzonych klinik. Włożywszy obopólnie w dzieło ogromny zasób pracy, przystąpiono do budowy i oddano w roku 1900 do użytku obszerny gmach kliniczny z pracowniami dla asystentów, docentów i profesorów, z salami dla 64 chorych i z osobnym pawilonem dla chorób zakaźnych. Prof. Korczyński był wielce uradowany ukończeniem upragnionego dzieła, uważając je słusznie za ukoronowanie swej działalności profesorskiej. Znękany jednak rozwijającą się chorobą, nie mógł dokonać wewnętrznego wykończenia we wszystkich szczegółach, gdyż nie zdołał wykołatać u Rządu dostatecznych funduszów.

Jako nauczyciel był prof. Korczyński niezrównany. Wielka łatwość słowa, potoczystość mowy, jasność wykładu, poprawność języka, wielka znajomość piśmiennictwa lekarskiego, wszechstronne i jasne objaśnianie poszczególnego przypadku chorobowego przykuwały słuchacza do jego ust tak, że w pierwszych latach profesury nazywali go uczniowie „złotoustym“ i tłumnie spieszyli do ciasnej kliniki, aby Go mogli słyszeć. W późniejszych latach, gdy miał już pracownie, wykłady były więcej demonstracyjne przy pomocy mikroskopu, rurki odczynnikowej, hodowli bakteryi i t. d.

Dla wprawiania starszych uczniów w rozpoznawaniu chorób używał także jako materyału naukowego chorych z ambulatoryum klinicznego, które przedtem było zaniedbane. Za Jego profesury rozpoczęto je na nowo starannie prowadzić, przez co wzrosło w ostatnich latach do pokaźnej liczby 4,000 chorych rocznie.

Dla młodzieży uczącej się był prof. Korczyński ojcowskim doradcą, zawsze przystępny, ujmujący i uczynny, a często i materyalnie ją wspierający. To też uczniowie Jego już po 10 latach profesury z ogromnym zapałem urządzili Mu uroczysty obchód jego dziesięcioletniej działalności nauczycielskiej. Jakiemi uczuciami był on przepełniony dla uczniów, świadczy ustęp Jego przemowy do nich podczas obchodu: „Garnijcie się i pracujcie Panowie; będę Wam chętnie pomocnym, cały zakład stoi Wam otworem, a materyał jego do Waszego użytku; cieszyć się tylko będę, jeżeli uczeń przewyższy mistrza...“ Gdy zaś w roku 1889 zawezwany do objęcia posady protomedyka we Lwowie, nie przyjął jej, wyraziła Mu cała młodzież uniwersytecka swą radość tem, że urządziła Mu wspaniały korowód z pochodniami.

Dla młodzieży pozostał prof. Korczyński do końca życia, pomimo doznawanych niekiedy trudności, zawsze życzliwy i uczynny, a na jej potrzeby bardzo czuły. Stąd też bardzo wiele czasu i wieloletniego nakładu pracy zajęły Mu usiłowania około utworzenia dogodnego schroniska dla uczącej się młodzieży. Zawiązał w tym celu Towarzystwo budowy Domu Akademickiego, i swą zapobiegliwością zdołał zebrać na ten cel przeszło 50,000 koron. Urzeczywistnienie szlachetnego zamiaru prof. Korczyńskiego stało się jednak dopiero możliwem, gdy p. Wołodkowicz ofiarował dostateczną sumę na budowę Domu Akademickiego.

Szczególną wagę kładł prof. Korczyński na naukową stronę swej kliniki. W tym celu postarał się o zwiększenie liczby asystentów z jednego do trzech, zdolniejszych i chętniejszych z lekarzy mianował elewami kliniki, których to miejsc obecnie istnieje 4. Uczniów z ostatnich kursów wciągał także do pracy laboratoryjnej, mianując ich koasystentami (pomocnikami asystentów) Wszystkich zachęcał do pracy, doradzał, poddawał tematy. W kształceniu tego zastępu pracowników pomocną była biblioteka kliniczna, którą sam założył, jakoteż Jego własny bogaty księgozbiór starannie utrzymywany, z którego swoim pracownikom bardzo chętnie pozwalał korzystać. Wszystko też w klinice zdołał natchnąć ożywczem życiem, a Jego zakład był w latach 1875—1885 jedynym punktem, w którym skupiało się życie naukowe instytucyi lekarskich, i skąd rozeszło się na inne zakłady.

Prof. Korczyński nie tylko zachęcał i pomagał młodym pracownikom, lecz gdy dostrzegł rzetelny zapał do nauki i wytrwałość, nagradzał ich i popierał, wyrabiając rokującym naukową przyszłość docentury i profesury, w czasach, kiedy habilitacya, zwłaszcza z przedmiotów praktycznych, natrafiała na nieprzezwyciężone trudności. Starał on się pokazać, że przy zamiłowaniu do nauki i przy wytrwałości można i w Krakowie naukowo pracować.

Nad wykształceniem naukowem lekarzy klinicznych i docentów czuwał osobiście jeszcze do ostatnich czasów, gromadząc ich raz na tydzień w klinice w celu referowania rozpraw z ostatnich numerów czasopism lekarskich i dyskutowania nad niemi.

Z kliniki prof. Korczyńskiego wyszła też spora liczba prac naukowych, napisanych przez jego uczniów, z których obecnie wielu zajmuje poważne stanowiska bądź w nauce, bądź w wykonawstwie lekarskiem. Prace te, pisane także w języku niemieckim, przyczyniły się do rozgłosu kliniki krakowskiej w świecie naukowym. W czasie trzydziestoletniej profesury E. Korczyńskiego wyszło z kliniki lekarskiej około 200 publikacyj naukowych. Stanowią one zbiór dwudziestu kilku tomów, zatytułowanych: „Zbiór prac z kliniki lekarskiej krakowskiej prof. E. Korczyńskiego“.

Prof. Korczyński bądź sam, bądź wspólnie z współpracownikami brał żywy udział w pracach naukowych i ogłosił cały ich szereg (zob. niżej spis prac). Piśmiennictwo polskie i prace swoich poprzedników stawiał na pierwszem miejscu.

Jeszcze będąc studentem medycyny ogłosił pracę: „Doświadczenia nad barwikiem krwi, zwanym haeminą“. Potem jako praktyk w małej Dembicy nie rzucił pióra, lecz napisał artykuł o odmie piersiowej urazowej. Zostawszy prymaryuszem szpitala św. Łazarza, ogłosił w krótkim czasie 6 publikacyj, z kliniki zaś przeszło 40. Już w r. 1875 uważał gościec stawowy jako chorobę zakaźną. Z zamiłowaniem pracował w mikroskopii krwi i wysięków, wykazał różnicę z wejrzenia mikroskopowego między wysiękami a przesiękami i pociągnął trafnie granicę między wysiękiem surowiczym a ropnym. Jeszcze do ostatniej chwili pracował przy pomocy swoich asystentów nad rękopisem o chorobach krwi, przeznaczonym do druku w dziele zbiorowem: „Nauka o chorobach wewnętrznych“.

Wszechstronny a rzutki umysł prof. Korczyńskiego nie mógł ograniczyć swej działalności do samej tylko kliniki. Pracował on we wielu jeszcze zakresach.

Dla przyjścia w pomoc autorom polskim założył prof. Korczyński w r. 1875 towarzystwo pod nazwą: „Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich“ i pozostał jego prezesem aż do swej śmierci. Pożyteczna ta instytucya umożliwiła wydanie 22 praktycznych dzieł lekarskich, któreby dla braku nakładcy były nie wyszły. Czynność wydawnicza zabierała prof. Korczyńskiemu niemało bezsennych nocy, gdyż nie tylko czytał i poprawiał sam dzieła autorów, ale przy swej znanej dokładności był nawet korektorem drukarskim. W czasie uczczenia 25-letniej działalności prof. Korczyńskiego otrzymało towarzystwo, na wniosek najstarszego jego członka dra Augusta Kwaśniekiego, nazwę „Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego“.

Prof. Korczyński, znany już powszechnie ze swego talentu organizacyjnego, został zamianowany przez Wydział Krajowy przewodniczącym Komitetu administracyjnego szpitala św. Łazarza (1883—1888). W czasie tym zaprowadził wiele ulepszeń, a materyał szpitalny starał się wyzyskać w celach naukowych, wprowadzając w życie roczne sprawozdania lekarskie, ogłaszane przez prymaryuszów szpitala.

W Towarzystwie Lekarskiem krakowskiem obrany dwukrotnie prezesem (1875 i 1876), obudził niezwykły ruch naukowy, był założycielem komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa i Hirscha w celu wprowadzenia publikacyj naukowych polskich do literatury ogólno-światowej.

Od r. 1886 aż do śmierci z wysokiego poczucia obywatelskiego, z wielkim nakładem pracy, oddawał się prof. Korczyński podniesieniu krajowego przemysłu lekarskiego. Jako przewodniczący komisyi przemysłowo-lekarskiej

Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, przy swej powadze, obszernych stosunkach w kraju, zachęcał skutecznie aptekarzy i przemysłowców do pracy, aby wyrugować przetwory obce. Stąd powstało w kraju kilkadziesiąt bardzo pożytecznych wyrobów przemysłu lekarskiego. Bardzo zaś wielką zasługą prof. Korczyńskiego w tej akcyi jest jeszcze to, że między lekarzami naszymi nie rozwielmożniły się bezwartościowe specyfiki tak zagraniczne jak i krajowe, jak to się stało w innych krajach na zgubę racyonalnej terapii i zdrowego zmysłu lekarskiego, a na korzyść partactwa lekarskiego. To też bezlitośnie piętnował prof. Korczyński wydawanie przez lekarzy atestów dla specyfików.

Komuż w Polsce nieznane są prace i usiłowania prof. Korczyńskiego, zdążające do podniesienia zdrojowisk krajowych! Jako prezes komisyi balneologicznej, a następnie przewodniczący komisyi przemysłowo-lekarskiej, idąc śladem swego nauczyciela i poprzednika prof. Dietla, nie spuszczał tej gałęzi nauki lekarskiej z oka. Urządzał wystawy balneologiczne, miewał osobne wykłady w zakresie balneologii krajowej, zbierał w swej klinice okazy przetworów zdrojowisk krajowych, urządził bibliotekę balneologiczną w klinice, a dla nauki wodolecznictwa wyznaczył w swej klinice osobne ubikacye, których urządzenie z braku funduszów jeszcze do skutku nie przyszło. Jednem słowem rozbudził w całej generacyi lekarskiej i u publiczności ufność w skuteczność zdrojowisk polskich, dawniej tak upośledzonych.

Usiłowania powyższe prof. Korczyńskiego pochodziły z miłości do własnego kraju. Zwracał On też zawsze uwagę na wytwory krajowe, dawał im pierwszeństwo przed zagranicznymi i w tym kierunku wpływał na swych uczniów i kolegów lekarzy, zaszczepiając zamiłowanie do wszystkiego, co ojczyste. Nie był On jednak jednostronnym i wykazywał sam niedostatki przemysłu krajowego, lecz dążył do ich usunięcia i wydoskonalenia wyrobów krajowych.

Nowe życie wniósł prof. Korczyński w stosunki sanitarne Krakowa, zostawszy wybranym do Rady Miasta Krakowa (1875—1881). Mianowicie przeprowadził w Radzie założenie osobnego biura statystycznego i osobnej komisyi sanitarnej, która dotąd jeszcze czuwa nad zdrowotnością miasta.

Prof. Korczyński był dwukrotnie wybierany Dziekanem Wydziału Lekarskiego, w r. 1889 Rektorem Uniwersytetu, a w r. 1897 został c. k. Radcą Dworu, którą to godność po pierwszy raz otrzymał w Krakowie członek Wydziału Lekarskiego.

Najprzyjemniejszą chwilą w życiu nazywał prof. Korczyński dzień 9 stycznia 1900 r., gdy lekarze, Jego byli uczniowie, rozrzuceni na całym obszarze ziem polskich, a których było wówczas przeszło 1100, — urządzili Mu uroczysty obchód w Auli Uniwersytetu Jagiell. ku uczczeniu dwudziestopięciolecia Jego działalności nauczycielskiej. Tu przy współudziale Senatu Akademickiego, władz i korporacyj uniwersyteckich, reprezentacyi władz rządowych i miejskich, po wzniosłem przemówieniu ówczesnego Rektora Uniwersytetu Jego Exc. prof. Tarnowskiego, nastąpiło składanie licznych gratulacyj dziękczynnych, adresów i upominków, od Towarzystw krajowych i zagranicznych (Odessy, Belgradu, Lublany, Pragi i t. d.), których był członkiem honorowym. Podnieść trzeba szczególnie trzy momenty uświetniające i utrwalające ten wspaniały obchód. Ofiarowanie Jubilatowi przez Jego współpracowników wspaniałego i obszernego dzieła, pod tytułem: „Pamiętnik Jubileuszowy, wydany na cześć Prof. Edwarda Korczyńskiego“, zawierający rys historyczny kliniki lekarskiej krakowskiej, biografię Jubilata wraz z Jego podobizną i 34 rozpraw naukowych, napisanych przez Jego byłych uczniów. Dalej wspaniały portret Jubilata, pendzla artysty malarza Krzesza, przeznaczony przez Jego byłych uczniów do kliniki lekarskiej. Wreszcie kwota, złożona przez lekarzy-uczniów Jubilata na wieczystą fundacyę im. Edwarda Korczyńskiego, której odsetki przeznaczone są dla ubogich rekonwalescentów kliniki lekarskiej. Fundusz ten stoi pod zarządem Senatu Akademickiego, a zamiarem ofiarodawców było, aby fundusz ten przez dalsze datki przyjaciół i zwolenników Jubilata w przyszłości*) się pomnażał.

Jako lekarz wykonawca był prof. Korczyński mistrzem w rozpoznawaniu chorób, łatwo dostrzegł najważniejszy objaw chorobowy, który go doprowadził do rozpoznania. Jako terapeuta umiał po mistrzowsku zastosować psychoterapię, zwłaszcza że szybko oryentował się w położeniu chorego i odgadywał łatwo jego stan psychiczny i umiał się do niego przystosować. Swą łatwą i przekonywającą wymową budził w chorym bezgraniczne zaufanie, a ciężko chory poznawszy Go raz, z upragnieniem oczekiwał następnej Jego wizyty. To też klientela prof. Korczyńskiego sięgała daleko poza granice kraju.

Dla kolegów lekarzy był prof Korczyński wielce uprzejmy, uczynny, serdeczny, spiesząc często z pomocą materyalną. Swoim uczniom, którzy nie mogli dojść do praktyki lekarskiej, odstępował niejednokrotnie część swej klienteli. W czasie choroby w rodzinie kolegi lekarza, lub kolegi uniwersyteckiego, spieszył na pierwszą wiadomość, z całem poświęceniem zajmował się chorym, a rodzinę umiał pocieszyć i smutek rozwiać. Można było niejednokrotnie zobaczyć Go, jak już w posuniętym okresie choroby, ledwie dysząc, spieszył po schodach do chorych rodzin lekarskich i to nietylko w miejscu, ale i na dalekiej prowincyi.

Prof. Korczyński posiadał wielkie poczucie etyki lekarskiej i w tym kierunku przyświecał przykładem wszystkim kolegom i uczniom swoim ją wszczepiał.

Był On z natury uczuciowym i współczującym. To też obejście Jego z chorymi klinicznymi było nacechowane niezwykłą uprzejmością, ludzkością i współczuciem dla ich cierpień i służyło uczniom, jako budujący wzór na przyszłość. Wysłuchiwał On cierpliwie ich żalów i skarg, oszczędzał ich do skrajnej możliwości w czasie demonstracyi badając i omawiając ich chorobę.

---

*) Kwoty przeznaczone na ten cel można przesyłać do podpisanego (Klinika lekarska, Kopernika 15), który je złoży w Kasie Senatu Akademickiego.

Charakter uczuciowy prof. Korczyńskiego uwydatniał się szczególnie w życiu rodzinnem, wobec dzieci swoich, które nad miarę kochał, dla których był niezmiernie troskliwym i wyrozumiałym ojcem. Choroba dziecka w domu wprawiała Go w ciągły niepokój. Umiał jednak zawsze nad sobą zapanować i pokryć rozdrażnienie lub rozczulenie.

Dla swej osoby był prof. Korczyński surowy. Odpoczynek, wywczas, wakacye nie były mu znane, ciągle był czynny. Od rana do południa zajmował się kliniką, popołudniu praktyką lekarską, wieczorem załatwiał liczne referaty i podania urzędowe, obszerną swą korespondencyę, nieodmawiając nikomu odpowiedzi, a następnie korygował prace swych współpracowników klinicznych lub autorów Wydawnictwa Lekarskiego. Rano już o godz. 4 lub 5-tej był zajęty lekturą lekarską albo pisaniem własnych prac.

Przy tak wytężającej pracy już w 50-tym roku życia pojawiły się objawy niedomogi serca, schorzałego po przebyciu gośca stawowego, i zakrzepy w żyłach kończyn dolnych, co zaczęło stawiać przeszkodę w Jego rozległej czynności i ruchliwem życiu. Myślał nawet w tym czasie o przejściu w stan spoczynku, lecz wpływy otoczenia i pojawienie się dłuższych przerw w dolegliwościach odwiodły Go od wykonania tego zamiaru. Poznanie jednak u siebie obecności niedomykalności zastawki dwudzielnej i częste odnawianie się zakrzepów wpłynęło ujemnie na całą Jego następną działalność. Zaczął się coraz mniej udzielać na zewnątrz i mniej intenzywnie pracować. Nie zwierzał on się jednak wobec obcych ze swoim cierpieniem, a starał się je nawet przed rodziną ukryć. Stąd dla ogółu i publiczności prof. Korczyński niedawno tryskający energią i czynem, stawał się zagadkowym i niezrozumiałym. Od lat zaś sześciu większe wysiłki, zwłaszcza w czasie nadzorowania budowy kliniki i jej urządzenia, sprawiały dolegliwości i pojawianie się obrzęków zastoinowych, a usuwanie ich i przywracanie zdolności do pracy wymagało prawie ciągłego używania środków sercowych i podniecających, pomimo to tak wszechstronny i bystry umysł rwał się do ostatnich chwil do czynu.

Cześć pamięci uczonego Męża, znakomitego Nauczyciela, zacnego Obywatela kraju i niestrudzonego Pracownika! Cześć Jego wszechstronnym niespożytym zasługom! *W. Jaworski.*

Spis prac ogłoszonych przez prof. Edwarda Korczyńskiego.

1) Doświadczenia nad barwikiem krwi zwanym haeminą. Rocznik Tow. Naukowego Krakowskiego. T. XXXV.

2) Odma piersiowa urazowa (Pneumothorax traumaticus). »Przegląd lek.« 1869.

3) Gruźlica ostra u chorego z rakiem żołądka. »Przegląd lek.« 1871.

4) Spostrzeżenia lekarskie z Oddziału chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Krakowie w miesiącu marcu, kwietniu i maju 1871. »Przegląd lek.« 1871.

5) Najnowsze prace o pylicy płucowej (Pneumoconiosis).

6) Nowsze teorye gorączki. Służba zdrowia 1872. Sprawozdanie o ruchu chorych i chorób na Oddziale chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w r. 1872. »Przegl. lek.« 1873.

7) Kilka słów o zapaleniu stawów czerwonkowym (polyarthritis dysenterica). (»Przegląd lek.« 1874).

8) Zapalenie stawów ze stanowiska ajtyjologicznego z przeważnem uwzględnieniem tak zwanego gośćca stawowego (rheumatismus articulorum) i ropnicy (pyemia). (»Przegląd lek.« 1875, Nr. 9—13 i 15—17. — Ocena Dra Lutostańskiego B. w »Medycynie« 1876, Nr. 31, str. 496).

9) Przedmowa do Zbioru prac z kliniki lek. (»Zbiór prac z klin. lek.« Zeszyt I, 1876, str. 1—VI).

10) Wstęp do Zbioru prac z kliniki lekarskiej. Zeszyt II, str. 1. (Warszawa 1877).

11) Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiej krakowskiej. (Wstęp »Przegląd lek.« 1878, Nr. 1).

12) Tętniak tętnicy płucnej skutkiem zapalenia przewlekłego osierdzia. Niedokrewność znacznego stopnia. Skrobiawica narządów wewnętrznych przy rozroście tkanki śródmiąszowej. Przyostre zapalenie miąszowe nerek. Śmierć z odmy piersiowej skutkiem rozpadu zawału zatorowego. (»Przegląd lek.« 1878, Nr. 1—4).

13) Rak pierwotny w przewodzie wątrobowym. Następowa marskość przerostowa wątroby. Kilka słów o ajtyjologii raka. (»Przegląd lek.« 1878, Nr. 11 i 12).

14) Przypadek niedrożności jelit. Użycie prądu indukcyjnego. Wyleczenie. (»Przegląd lek.« 1878, Nr. 39).

15) Trzy przypadki duru brzusznego zakończone śmiercią u kobiet z wrodzoną wąskością układu tętniczego. Znaczenie błednicy w durze brzusznym. (»Przegląd lek.« 1879, Nr. 18, 19, 21 i 22).

16) Dwa przypadki metalicznych tonów sercowych skutkiem podźwięku w jamach rozpadowych, położonych w sąsiedztwie żołądka. Znaczenie rozpoznawcze metalicznych objawów przysłuchowych zależnych od ruchów serca. (»Przegląd lek.« 1879, Nr. 32—34. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt III).

17) Kierunek i zadania balneologii spółczesnej wogóle, w szczególności zaś balneologii krajowej i komisyi balneologicznej. (»Przegląd lek.« 1877, Nr. 13).

18) Sprawozdanie z kliniki lekarskiej krakowskiej z lat czterech t. j. od r. szk. 1874/5 do r. szk. 1878/9. — Wstęp do sprawozdania. (»Przegląd lek.« 1879, Nr. 43. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt IV, str. 1).

19) Zwei Fälle von metallisch klingenden Herztönen und metallischem Plaetschergeräusch in an den Magen grenzenden und aus dem Zerfall von Neugebilden entstandenen Höhlen. (»Wiener medicin. Presse« 1879, Nr. 47).

20) Rozprawy i sprawozdania z posiedzeń komisyi balneologicznej Tow. lek. krak. w r. 1877, 1878 i 1879. (Wydane staraniem Prof. Korczyńskiego. Odbitki z »Przeglądu lek.« 1877—1879).

21) Demonstracya Katarzyny Serafin. (Według protokółu pos. Tow. lek. krak. z d. 24. maja 1880. »Przegląd lek.« 1880, Nr. 31 i 32. Zbiór prac z klin. lek. krak. Zeszyt VIII, str. 1).

22) Demonstracya chorych i leków. (Prot. pos. Tow. lek. z 2 VI 1880 i 10/V 1882, Nr. 43 — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VIII, str. 10 i 48).

23) O terpentynie z Chios. (Według protokółu Tow. lek. krak. z d. 3 listopada 1890. »Przegląd lek.« 1880, Nr. 52. Zbiór prac z klin. lek. krak. Zeszyt VIII, str. 21).

24) Niedokrewność swoista postępowa. Rozległe schorzenie rdzenia pacierzowego. (Według protokółu pos. Tow. lek. krak. z d. 3 listop. 1880. »Przegl. lek.« 1880, Nr. 52. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VIII, str. 23).

25) Zakład kliniczny. (Zbiory i zakłady przyrodnicze i lekarskie Krakowa. Kraków 1881, str. 139).

26) Klinika lekarska. (Zbiory i zakłady przyrodnicze i lekarskie Krakowa. Upominek dla uczestników III-go zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Kraków 1881, str. 145).

27) Kilka słów o działaniu fizyologicznem i zastosowaniu leczniczem nitrogliceryny. (Pamiętnik Tow. lek. warsz. Tom LXXVII, 1881, str. 609. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VI, str. 97).

28) Ueber Nitroglycerin. (»Wiener med. Wochenschr.« 1882, Nr. 6).

29) Działanie lecznicze salicynu. (»Przegląd lek.« 1882, Nr. 9—13. Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt X, str. 1).

30) Zapalenie płuc pierwotne z naciekiem surowiczym. (»Medycyna« 1882, Nr. 11—13. Zbioru prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VII, str. 1).

31) Pierwsze przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych (Meningitis cerebro-spinalis epidemica) w Krakowie między rokiem 1868 a 1871. (»Gazeta lek.« 1882, Nr. 17. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt IX, str. 1).

3) Kurcz gardziela z przyczyny wrzodu błoniczego (Strictura oesophagi spastica ex ulcere diphtheritico). Przedziurawienie gardziela. Żywienie lewatywami Leubego. Wyzdrowienie. (»Medycyna 1872, Nr. 17—19. Zbioru prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VII. str. 14).

33) O zdrojowiskach Morszyńskich a w szczególności o wodzie gorzkiej Morszyńskiej w porównaniu z innemi wodami gorzkiemi. (»Gazeta lek.« 1882, Nr. 23—26. Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt IX. str. 11).

34) Przyczynek do etyologii i rozpoznawania wrzodów gruźliczych pierwotnych w jelitach. (»Medycyna« 1882, Nr, 26—28. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VII str. 23. Prot. pos. Tow. lek. krak. z 15. marca 1882. »Przegląd lek.« Nr. 35).

35) O zwyrodnieniu włóknistem (fibrosis) tkanin z przeważnem uwzględnieniem otrzewny i tkanki podotrzewnowej. (»Medycyna« 1882, Nr. 33—40, 43, 45. — Zbioru prac z kliniki lek. krak. Zeszyt VII. str. 37. Prot. pos. Tow. lek. krak. z 5 kwietnia 1882. »Przegląd lek.« 1882, Nr. 37).

36) O soli Morszyńskiej. (Według prot. pos. Tow. lek krak. d. 10 maja 1882. »Przegląd. lek.« 1882, Nr. 43).

37) Sprawozdanie naukowe ze szpitala św. Łazarza w Krakowie z polecenia Wysokiego Wydziału krajowego, wydane przez Komitet administracyjny tegoż szpitala. Tom I. Sprawozdania za r. 1883. — Osobne odbicie z »Przeglądu lek.« Kraków 1883) (Tom II. Sprawozdanie za r. 1884. — Osobne odbicie z »Przeglądu lek.« Kraków, r. 1887). Tom III. Sprawozdanie z r. 1885. — Osobne odbicie z »Medycyny«. Warszawa 1888). Wszystkie trzy tomy wydane staraniem Prof. Dra Korczyńskiego z jego sprawozdaniem administracyjnem i statystycznem na wstępie każdego tomu.

38) Korczyński Edward Prof. Dr. i Jaworski Walery Doc. Dr. — Klinische Befunde bei Ulcus und Carcinoma ventriculi, sowie bei Magenblutungen. — Mittheilungen ueber 52 intern untersuchte Fälle der med. Klinik in Krakau. (»Deutsche med. Wochenschrift« 1886, Nr. 47—49).

39) Zator tętnicy wieńcowej serca (Embolia arteriae coronariae cordis) za życia rozpoznany. (»Przegląd lek.« 1887, Nr. 1, 3—5. — Zbiór prac z kliniki lekar. krak. Zeszyt XIII. str. 35).

40) Odezwa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w sprawie zdrojowisk krajowych. (»Czas« 1889, Nr. 101).

41) Korczyński Edward Prof. Dr. i Jaworski Walery Prof. Dr. — O niektórych dotąd nie uwzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego i t. z. nieżytu kwaśnego żołądka. (»Przegląd lek.« 1889, Nr. 23—26. Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszt XV. str. 13).

42) To samo po niemiecku. (»Deutsches Archiv f. klinische Medicin« Tom 47.

43) Ogólne prawidła zdrowia i choroby objaśnione przykładami z zakresu fizyologii i patologii krwi. Wykład inauguracyjny, miany w dniu 8. października 1889 r. Z Rektoratu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego w Uniw. Jagiell. w r. szk. 1889/90. Kraków 1890, str. 10).

44) Korczyński Prof. Dr. i Adamkiewicz Prof. Dr. — Kilka uwag tymczasowych o sposobie, w jaki zdrowi i podejrzani o gruźlicę płuc oddziaływują na środek Kocha. (»Przegląd lek.« 1891, Nr. 2. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt XVI. str. 9).

45) To samo po niemiecku. (»Berliner klin. Wochenschrift« 1891, Nr. 4).

46) To samo po francusku. (Bulletins et mémoires de la société pratique de Paris, 1891, Nr. 3).

47) O zmianach przelotnych, jakie powstawać mogą w płucach osób niegruźliczych pod wpływem płynu Kocha. (»Przegląd lek.« 1891 Nr. 3. — Zbiór prac. z kliniki lek. krak. Zeszyt XVI str. 17).

48) To samo po niemiecku. (»Wiener klin. Wochenschrift« 1891, Nr. 5).

49) Wyniki dotychczasowych doświadczeń nad działaniem szczepianki Kocha na płuca chorych dotkniętych gruźlicą płuc. (»Przegląd lek.« 1891, Nr. 5. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt XVI, str. 42).

50) To samo po niemiecku. (Berliner klinische Wochenschrift« 1891, Nr. 8).

51) Korczyński Edward Prof Dr. i Gluziński Wł. Ant. Prof. Dr. — Przyczynek do mięszanego zakażenia w durze brzusznym. (»Nowiny lek.« 1892, Nr. 1 i 2).

52) Znaczenie limfocytów w surowiczych wysiękach zapalnych opłucny i otrzewny. Doniesienie tymczasowe. (»Przegląd lek.« 1896, Nr. 17 i 18. — Zbiór prac z kliniki lek. krak. Zeszyt XVIII. strona 155).

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. dr. A. Marsa we Lwowie.

Wpływ zwisłego ułożenia Walchera na wymiar prosty wchodu miednicy u ciężarnych w świetle najnowszych sposobów mierzenia.

Podał

Docent prywatny dr. A. Sołowij.

W r. 1889 zrobił G. Walcher (1) na miednicach płaskich spostrzeżenie, że sprzężna przekątna *(conjugata diagonalis)* nie jest wymiarem stałym i że powiększa się nawet o 1 ctm., jeżeli ułożymy ciężarną na kraju stołu z nogami zwisłemi, w przeciwieństwie do sprzężnej przekątnej, mierzonej przy jak najsilniejszem zgięciu kończyn dolnych i przyciśnięciu kolan do brzucha. Walcher pierwszy wskazał już wtedy na praktyczną doniosłość tego spostrzeżenia i odtąd tak zwane „zwisłe ułożenie Walchera“ znalazło coraz szersze zastosowanie przy niestosunku porodowym, a tylko co do stopnia, w jakim ulega zwiększeniu wymiar prosty wchodu miednicy w zwisłem ułożeniu Walchera, różnią się do dzisiaj zapatrywania i gdy jedni z Walcherem oceniają to zwiększenie na 1 ctm. i więcej, to drudzy nie przypisują mu prawie żadnego wpływu i oceniają to zwiększenie zaledwie na parę milimetrów. I tak n. p. Küttner (2) ocenia u położnic przedłużenie sprzężnej prawdziwej *(conjugata vera)* zapomocą ułożenia Walchera na 0·9—1·4 ctm., Krönig (3) natomiast sądzi, że przedłużenie to jest tak małe, iż „pod względem praktycznym zaledwie w rachubę wchodzi“.

Natomiast co do miednic zwłok posiadamy już dawno dokładne o tem wiadomości. Pierwsze spostrzeżenia co do ruchomości połączeń kości miednicy datują się jeszcze od Luschki (4), który wykazał na miednicach zwłok położnic większą soczystość chrząstek i podatność więzadeł. Schwegel (5) i Balandin (6) wykazali również na zwłokach zmienność wymiarów miednicy. Korsch (7) stwierdził na całym szeregu (45) zwłok, że połączenia kości miednicy nie są stałe i że ciąża tak samo, jak guzy macicy i jajników, zwiększa podatność połączeń kostnych. Przedłużenie wymiarów prostych miednicy zawisło od ruchomości kości krzyżowej, podatność zaś spojenia łonowego ma wpływ szczególnie na zwiększenie wymiarów poprzecznych.

Klein (8) postawił sobie za zadanie stwierdzić słuszność zdania Walchera, że sprzężna prawdziwa nie jest stałym wymiarem i na podstawie bardzo dokładnych pomiarów, wykonanych na 47 zwłokach (30 kobiecych i 17 męskich) doszedł do przekonania, że wszystkie proste wymiary miednicy z wyjątkiem tych miednic, które uległy zesztywnieniu *(ankylosis)* w stawie krzyżowobiodrowym, są zmiennej wielkości. Klein stwierdził, że wymiar prosty wchodu miednic płaskich daje się zapomocą ułożenia Walchera jeszcze więcej przedłużyć, niż w miednicach prawidłowych, a mianowicie wynosi przedłużenie to przy pierwszych średnio 0·62 ctm., przy drugich zaś średnio tylko 0·53 ctm. Klein stwierdził także, że zmiana ułożenia wywołuje większą różnicę w miednicach kobiecych, niż w męskich, natomiast wiek nie wywiera żadnego wpływu. Mechanizm zmienności wymiaru prostego wchodu miednicy tłómaczy sobie Klein głównie rotacyą w stawie krzyżowobiodrowym, w mniejszym zaś stopniu sprężystością pierścienia miednicy.

Także badania Lebedeffa i Bartoszewicza (9) stwierdziły na miednicach 25 zwłok kobiecych zmienność wymiarów przy różnem ułożeniu ciała, a mianowicie: 1) w ułożeniu zwisłem jest sprzężna prawdziwa większa, niż w ułożeniu poziomem; 2) najmniejszą jest sprzężna prawdziwa przy bardzo silnem zgięciu kończyn dolnych we wszystkich stawach; 3) sprzężna przekątna ulega tym samym zmianom, co sprzężna prawdziwa; 4) wymiar prosty wychodu miednicy zachowuje się odwrotnie i jest najmniejszy w zwisłem ułożeniu Walchera. Do podobnych wyników doszli także Bonnaire i Bué (10).

Sprawa zmienności wymiaru prostego wchodu miednicy w różnem ułożeniu ciężarnej, czy rodzącej, nie schodziła odtąd z porządku dziennego tak w czasopismach, jak i obradach różnych towarzystw ginekologicznych. W roku 1899 postawiono ją jako temat rozpraw na międzynarodowym Zjeździe ginekologów w Amsterdamie (Ref. „Centralblatt f. Gynaekologie 1899, Nr. 35).

Referent Pinzani zdał sprawę z pomiarów, jakie wykonał u 102 położnic i ciężarnych pod koniec ciąży co do zachowania się sprzężnej przekątnej w różnem ułożeniu. Różnica między ułożeniem do operacyi kamienia (Steinschnittlage), a ułożeniem zwisłem Walchera wynosiła co do sprzężnej przekątnej średnio 7·5 mm. (najmniej 2 mm., — najwyżej 17 mm.). Takie same pomiary na 5 zwłokach stwierdziły mniejszą różnicę.

Sprawozdawca Walcher określa swoje zapatrywanie na praktyczne zastosowanie zwisłego ułożenia podczas porodu w ten sposób: „Jeżeli główka nie chce się wstawić do wchodu miednicy przez czas dłuższy, wówczas jest wskazane zwisłe ułożenie rodzącej, przyczem można także próbować wcisnąć główkę do wchodu miednicy. Zwłaszcza zapomocą obrotu udaje się w ułożeniu zwisłem przeprowadzić główkę przez wchód miednicy aż do sprzężnej prawdziwej = 7·5 ctm., granicę zaś sztucznego wczesnego porodu można zapomocą zwisłego ułożenia rozszerzyć aż do sprzężnej prawdziwej = 7 ctm."

Sprawozdanie Lebedeffa i Bartoszewicza było powtórzeniem wyników doświadczeń, jakie ci autorowie ogłosili w „Annales de gynécologie et d'obstetrique" (sierpień— wrzesień 1899). Najmniejszą różnicę między ułożeniem do operacyi kamienia, a ułożeniem zwisłem Walchera oceniają oni na 0·1 ctm., największą zaś na 0·7 ctm.

Sprawozdawcy Bonnaire i Bué sądzą, że przedłużenie sprzężnej prawdziwej zapomocą zwisłego ułożenia Walchera wynosi średnio tylko 3—4 mm.

W rozprawach podniósł Pestalozza, że przedłużenie sprzężnej prawdziwej zapomocą zwisłego ułożenia wynosi co najwięcej 5 mm. Ziegenspeck zaś obawia się, czy korzyść, jaką przynosi ułożenie Walchera, nie znika przez to, że z powodu zwiększenia nachylenia miednicy kierunek, w którym bole działają, zbacza jeszcze bardziej ku przodowi.

Jak widzimy zatem z tych różnych publikacyi i rozpraw doszło tylko przy pomiarach na zwłokach do zupełnego wyjaśnienia poglądów pod względem mechanizmu i stopnia przedłużenia wymiaru prostego wchodu miednicy w zwisłem ułożeniu Walchera, natomiast nie można było dotychczas przeprowadzić ścisłych spostrzeżeń i obliczeń u ciężarnych i rodzących dla braku dokładnego przyrządu do bezpośredniego oznaczania wymiaru prostego wchodu miednicy. Stąd tak wielka różnica w ocenie praktycznej doniosłości zwisłego ułożenia Walchera podczas porodu Wyniki bowiem, osiągnięte na zwłokach, nie mogły dawać należytego wyobrażenia o zachowaniu się wymiaru prostego wchodu miednicy pod wpływem zwisłego ułożenia Walchera u ciężarnych i rodzących, gdyż tkanki, stawy i więzadła zachowują się zupełnie inaczej za życia, a inaczej po śmierci, nie mówiąc i o tem, że u ciężarnych i rodzących istnieje szczególna soczystość i podatność tkanek i że między poszczególnemi miednicami zachodzą bardzo znaczne różnice.

Nie zamierzam przytaczać licznych, w piśmiennictwie nagromadzonych, a powszechnie znanych dowodów znakomitego wpływu zwisłego ułożenia Walchera na przedłużenie sprzężnej prawdziwej wchodu miednicy podczas porodu. Dzisiaj nie ma już prawie położnika, któryby nie korzystał z tego ułożenia przy niestosunku porodowym, jakkolwiek rozmaici położnicy wartość jego rozmaicie oceniają. Natomiast pozwolę sobie podać wyniki pomiarów, uzyskanych zapomocą mojego miednicomierza Przekonawszy się poprzednio („Centralblatt f. Gynaekologie 1905, Nr. 24) na całym szeregu miednic ciężarnych o dokładności pomiarów, dającej się osiągnąć zapomocą mojego miednicomierza, przystąpiłem do stwierdzenia nim stopnia przedłużenia wymiaru prostego wchodu miednicy w ułożeniu zwisłem Walchera u ciężarnych (w ostatnich tygodniach ciąży). Wyniki otrzymanych przezemnie pomiarów zawiera załączona tabliczka:

	I.			II.		
	c. v	c. v.	c. d.	c. v.	c. v.	c. d.
M. G.	$9\frac{1}{2}$	$10\frac{1}{4}$	$10\frac{1}{2}$	$9\frac{1}{2}$	$10\frac{1}{4}$	$10\frac{1}{2}$
B. R.	$10\frac{1}{2}$	$11\frac{1}{2}$	$11\frac{1}{2}$	$10\frac{1}{2}$	$11\frac{1}{2}$	$11\frac{1}{2}$
G. V.	$9\frac{1}{2}$	$10\frac{1}{2}$	11	$9\frac{1}{2}$	$10\frac{1}{2}$	$11\frac{1}{2}$
K. K.	$9\frac{1}{2}$	$10\frac{1}{2}$	11	$9\frac{3}{4}$	$10\frac{3}{4}$	$11\frac{1}{2}$
F. S.	$8\frac{1}{2}$	$9\frac{1}{4}$	$9\frac{1}{2}$	$8\frac{1}{4}$	9	$9\frac{3}{4}$
M. L.	9	$9\frac{3}{4}$	10	$9\frac{1}{4}$	10	$10\frac{1}{2}$
M. F.	$11\frac{1}{4}$	$11\frac{3}{4}$	$12\frac{1}{2}$			
A. D.	$10\frac{1}{2}$	11	$11\frac{1}{2}$			
K. G.	9	10	$11\frac{1}{4}$			
		W zwisłem ułożeniu Walchera			W zwisłem ułożeniu Walchera	

z której wynika, że u 9 ciężarnych wynosiła różnica między sprzężną prawdziwą w ułożeniu do operacyi kamienia (z nogami jak najsilniej do powłok brzusznych przyciągniętemi i we wszystkich stawach zgiętemi), a w ułożeniu zwisłem Walchera, średnio 0·80 ctm. W szczególności wynosiła różnica 4 razy 1 ctm., 3 razy 0·75 ctm., 2 razy 0·50 ctm.

Jak widzimy zatem, zachodzą bardzo znaczne wahania w poszczególnych przypadkach. Chcąc więc w danym przypadku wysnuć należyty wniosek, nie możemy postępować szablonowo, lecz powinniśmy w każdym przypadku niestosunku porodowego oznaczyć osobno wymiar prosty wchodu miednicy w zwykłem ułożeniu i w zwisłem ułożeniu Walchera.

Dokładność pomiarów sprzężnej prawdziwej zapomocą mojego miednicomierza u tych samych 6 ciężarnych, powtórnie mierzonych, nie pozostawia nic do życzenia, bo różnica w obydwóch ułożeniach ciężarnych wynosiła średnio obydwa razy *0·87 ctm.* Tylko w przypadku czwartym, piątym i szóstym wynikła mała różnica (zaledwie 0·25 ctm wynosząca) między pierwszym a powtórnym pomiarem. Ponieważ jednak różnica ta odnosiła się w równym stopniu do poszczególnych wymiarów i w niczem nie zmieniała ich wzajemnego stosunku w jednem i drugiem ułożeniu ciężarnych, więc nie wywarła wpływu na średnią różnicę, a natomiast naprowadziła mnie na spostrzeżenie, że ramiona miednicomierza nieco się poddają przy silniejszym ucisku na rękojeści. Silniejsza budowa miednicomierza zapobiegnie w przyszłości tej niedokładności.

Jakkolwiek liczba przypadków, mierzonych moim miednicomierzem, nie jest jeszcze dość wielka, by uzyskane

wyniki można już nazwać ostatecznymi, to jednak wobec prawie zupełnej zgodności moich pomiarów wolno już teraz przyjąć, że średnia różnica między sprzężną prawdziwą w ułożeniu do operacyi kamienia (z kolanami jak najsilniej do powłok brzusznych przyciśniętemi), a w ułożeniu zwisłem Walchera, wynosi *0·8 do 0·9 ctm.*

Być może, że dalszy szereg pomiarów, do których z powodu zamknięcia kliniki zabrakło na razie materyału, wywoła jeszcze pewną zmianę, chodzić może tu jednak tylko o bardzo nieznaczną różnicę.

Tylko do nieco odmiennych wyników doszedł Gauss (11), który w tym samym celu używał sposobu Bylickiego („Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, Bd. 20, Ergänzungsheft) i znalazł u 14 kobiet, że różnica ta wynosi średnio 1·02 ctm. I u Gaussa była różnica w poszczególnych przypadkach rozmaita, wynosząc: 3 razy 1·5 ctm., 3 razy 1·25 ctm., 2 razy 1 ctm., 4 razy 0·5 ctm.

Powiększenie sprzężnej prawdziwej zapomocą zwisłego ułożenia Walchera jest zatem u ciężarnych w poszczególnych przypadkach bardzo rozmaite, wynosi jednak co najmniej 0·5 ctm., jak to z dokładnych pomiarów Gaussa i moich wynika.

Nie ulega także wątpliwości, że różne formy miednic muszą mieć różny, a sobie właściwy wpływ na powiększenie sprzężnej prawdziwej w zwisłem ułożeniu Walchera. Jednakże rozstrzygnąć, czy powiększenie to jeszcze większe w miednicach płaskich, jak to Klein na miednicach płaskich zwłok wykazał, będzie wdzięcznem zadaniem przyszłości. Gdyby tak w istocie było, byłaby to okoliczność wielkiego znaczenia dla rokowania podczas porodu. Stwierdzenie jej na materyale żywym stało się łatwo możliwe, odkąd mi się powiodło zbudować prosty i dokładny przyrząd w celu bezpośredniego oznaczenia wymiaru prostego wchodu miednicy.

Panu prof. dr. Marsowi składam serdeczne podziękowanie za łaskawe pozwolenie korzystania z materyału klinicznego.

Piśmiennictwo. 1) Walcher: Centr. f. Gynaek. 1889. Nr. 51. — 2) Küttner: Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd 1. H. 1. — 3) Krönig: Centr. f. Gyn. 1901. Nr. 24. — 4) Luschka, Arch. f. path. Anath., Phys. u. klin. Med. Bd. 7. — 5) Schwegel: Monats. f. Geburtsh. u. Frauenkr. Bd 13. — 6) Balaudin: Versamml. deut. Naturf. u. Ärzte in Rostock 1870. — 7) Korsch: Zeits. f. Geb. u. Gyn. Bd 6. — 8) Klein: Zeits. f. Geb. u. Gyn. Bd 21. — 9) Lebedeff i Bartoszewicz: Ann. de gynéc. et d'obst. Aout-Septembre 1899. — 10) Bonnaire i Bué: Ibidem. — 11) Gauss: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd 54. Hft 1.

III. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Pawiński i Jadwiga Korzon. **O działaniu teocyny (teofiliny) w chorobach serca i nerek.** (*Gaz. lek.* Nr. 17, 1905). W celu ustalenia wskazań do stosowania teocyny, oraz ocenienia wyników jej działania leczniczego na chorych, cierpiących na zaburzenia w sercu i nerkach, zwłaszcza powikłanych z puchliną, autorowie przeprowadzili szereg sumiennych badań klinicznych. Dawka teocyny, którą się posługiwali, wynosiła trzy razy dziennie po 0,18—0,3. W miarę potrzeby i uznania dodawali do teocyny naparstnicę, kamforę i t. d. Spostrzeżenia te przekonały autorów, że obok wpływu moczopędnego, działa teocyna skrzepiająco na serce i naczynia, o czem dotychczas klinicyści nie wspominają, albo zaznaczają wyraźnie, że teocyna nie wpływa na serce. Porównywując działanie podniecające kofeiny z takiemże działaniem teocyny na układ nerwowy, krwionośny i mięśniowy, autorowie sądzą, że jest ono zbliżone, lecz teocyna musi ustąpić pierwszeństwa kofeinie. Co się zaś tyczy stosunku teocyny do teobrominy, to pierwsza przewyższa drugą pod względem działania podniecającego na układ krwionośny i nerwowy; odnośnie zaś do wpływu moczopędnego powiedzieć można, że teobromina w pewnej mierze dorównywa teocynie, czasem teocyna ją przewyższa, działając gwałtownie, lecz za to krótko; ubocznych wpływów posiada teocyna więcej, niż teobromina. Teocyna słabo rozpuszcza się w wodzie, więc należy ją zażywać w proszkach, albo jeszcze lepiej, właśnie ze względu na rozpuszczalność, w składzie soli podwójnej *theocinum natrio-aceticum* (0,3—0,5 *p. d.* 3 razy dziennie). Dla uniknięcia podrażnienia żołądka łączą ją także z wyciągiem wilczej jagody lub z mentolem, lub polecają w czopkach, a w każdym razie nie należy stosować teocyny na czczo. Korzystnie jest łączyć teocynę z gorzykwiatem wiosennym, lub za przykładem autorów z naparstnicą. *Hekim.*

Krokiewicz. **Działanie lecznicze gryzeryny w gruźlicy płuc.** (*Gaz. lek.*, Nr. 17, 1905). Autor przeprowadził kliniczne spostrzeżenia 15 przypadków gruźlicy płuc, leczonej gryzeryną i stwierdził, że tylko w 2-ch przypadkach nastąpiło niewątpliwe polepszenie, w jednym zauważono nieznaczne polepszenie, w jednym nieznaczne pogorszenie: zresztą — w 11 przypadkach gruźlica przebiegała bardzo szybko, zajmując coraz dalsze części płuc. Niekorzystne działanie gryzeryny ujawniło się głównie w przytłumieniu łaknienia, tudzież w wystąpieniu rozpływnych potów i gorączki: czynniki te wpływały bardzo wyniszczająco na podkopanie siły chorych. Oprócz utraty łaknienia spostrzegał autor raz zaparcie stolca, to znowu biegunkę. Rzeczą łatwą do odgadnienia, że chory szybko traci na wadze. Po tak ujemnych wynikach oczywiście autor nie poleca gryzeryny do leczenia chorych na gruźlicę płuc. *Hekim.*

Geisböck. **Znaczenie mierzenia parcia krwi dla praktyki.** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1905, T. 85, Z. 4). Autor mierzył parcie krwi zapomocą tonometru Gärtnera i przekonał się, iż w gruźlicy płuc parcie to było prawidłowe, lub wahało się poniżej prawidłowego. Powikłania nie wywierały wpływu na parcie krwi, jak n. p. gorączka, duszność lub przyśpieszenie tętna. Po wstrzyknięciu „dawnej tuberkuliny“ następowało zawsze w cięższych przypadkach obniżenie parcia krwi, prawdopodobnie na tle zatrucia, tak, iż wnosić można, że obniżenie parcia jest jeszcze czulszym odczynem na gruźlicę, niż podniesienie ciepłoty. W przebiegu lekkiego zapalenia płuc, ciśnienie krwi było prawidłowem, albo podczas duszności nieco wyższem. W ciężkich przypadkach parcie krwi było obniżone od początku, lub podczas przełomu choroby. Przy powikłaniach, powodujących duszność, jak n. p. zapalenia opłucnej, ciśnienie krwi podnosiło się powyżej granicy prawidłowej, albo obniżone, wracało do prawidłowego. Środki podniecające, jak kofeina, naparstnica, małe dawki alkoholu, nie wywierały wpływu na parcie krwi w przebiegu zapalenia płuc. W przebiegu duru, parcie krwi wynosiło 70—90 mm. Kąpiel chłodna podnosiła zawsze ciśnienie krwi, szczególniej zimne polewania przy końcu kąpieli. Taksamo działał worek z lodem, zastosowany na brzuch chorego, co można zużytkować w leczeniu duru i zapalenia płuc. W ostrem zapaleniu nerek parcie krwi podnosi się zawsze i opada z powrotem do zdrowia chorego. W przewlekłem zapaleniu nerek, szczególniej przy marskości nerek, ciśnienie krwi bywa bardzo wysokie, dochodzące do 250 mm. W przebiegu zapalenia miedniczek, oraz miedniczek i nerek razem, parcie krwi bywa prawidłowe, jak również w zapaleniu nerek, będącem powikłaniem duru, ropnicy i gruźlicy płuc. A zatem gruźlica działa silniej obniżająco ciśnienie tak, iż nie ujawnia się wpływ zapalenia nerek na podwyższenie ciśnienia krwi. W lekkich zaburzeniach krążenia praca fizyczna podwyższa parcie krwi dwu-, a nawet trzykrotnie. W spoczynku parcie krwi wraca do stanu prawidłowego. W wyższych stopniach niedomogi narządu krążenia parcie krwi podwyższa się więcej, niż w prawidłowych warunkach, nawet po bardzo nieznacznym ruchu, po zaprzestaniu którego parcie krwi spada poniżej granic prawidłowych. Przy jeszcze większej niedomodze ciśnienie krwi wcale się nie podwyższa, lecz odrazu opada przy wysiłku fizycznym. Tak zachowuje się ciśnienie krwi zarówno w przypadkach przemijającej niedomogi sercowej, jak i w trwałych zaburzeniach w krążeniu. Do nich należą czynnościowe choroby serca, w przebiegu których parcie krwi podnosi się po pracy fizycznej; po psychicznem wzruszeniu, po przyjęciu pokarmów i środków podniecających. W przebiegu chorób anatomicznych serca podwyższa się parcie krwi po wystąpieniu zaburzeń wyrównania. Ciśnienie to opada wraz z znikaniem obrzęków. W lekkich przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego parcie krwi bywa w spoczynku prawidłowe. Po lekkich wysiłkach zaraz podnosi się, albo opada. Okoliczność ta jest ważną dla odróżnienia zaburzenia w krążeniu organicznego od czynnościowego. Przy miażdżycy tętnic parcie krwi bywa

zwykle podwyższone, lub całkiem prawidłowe. Podwyższenie to jest zależne od zwężenia drobnych tętnic wskutek spraw miażdżycowych, w nich toczących się. Czasem bywa też obok miażdżycy marskość nerek. Czasem jednak podwyższenie parcia tętniczego może u nerwowo chorych być przyczyną miażdżycy tętnic. Napadom dusznicy bolesnej towarzyszy zwykle podwyższenie parcia krwi, które występuje dopiero na szczycie napadu i nie może być uważane za jego przyczynę. Dna nie wpływa na parcie krwi. Ciśnienie krwi może wykazywać różne wartości po obu stronach, jak n. p. przy tętniakach lub miażdżycy tętnicy głównej ze zwężeniem miejsca wyjścia tętnicy podobojczykowej. Miejscowe podwyższenie parcia pewnego obszaru naczyń może sprowadzić miażdżycę tych naczyń. Przy wadach zastawkowych parcie krwi zależy nie od anatomicznej zmiany zastawek, lecz od czynności mięśnia i naczyń. Przy dobrze wyrównanej niedomykalności zastawki dwudzielnej, jak również przy zwężeniu zastawki i tętnicy głównej, znajdował autor prawidłowe wartości; przy niedomykalności aorty parcie krwi wynosiło od 105 do 130 mm. Przy niedomodze, połączonej z obrzękami, dusznością i sinicą, parcie było podwyższone; po naparstnicy, środkach moczopędnych i leżeniu w łóżku obrzęki znikały i parcie krwi obniżało się. W tych przypadkach utrudnienie krążenia obwodowego podwyższało ciśnienie krwi. W innych przypadkach zaburzeń wyrównania i obrzęków parcie krwi było prawidłowe. Kolejna nie podwyższała ciśnienia krwi; naparstnica sprowadza ciśnienie krwi zawsze do stanu prawidłowego, to znaczy raz go obniża, drugi raz podwyższa. Naparstnica jednak nietylko działa na parcie krwi, lecz także przyspiesza obieg krwi przez zmniejszenie oporu w krążeniu obwodowem. Teocyna może obniżyć parcie krwi. Nakłucie brzucha i wypuszczenie płynu również obniża podwyższone parcie krwi. Chloral sprowadza nieznaczne obniżenie parcia krwi, jod i jodotyryna — przemijające. W niektórych przypadkach podwyższonego parcia krwi z silnie napiętem tętnem znaleziono zwiększoną liczbę ciałek krwi czerwonych i hemoglobiny (polycythaemia hypertonica). Zdarzało się to szczególnie u mężczyzn powyżej lat 40, którzy stali się nerwowymi wskutek ciężkiej, pełnej odpowiedzialności pracy, jak również może się zdarzyć u kobiet w okresie przekwitania, z objawami bicia serca i uderzeniami do głowy. Również dziedziczność odgrywa tu pewną rolę, gdyż nerwowość, choroby umysłowe i choroby naczyń, udary, zdarzają się w takich rodzinach. Chorzy tacy mają budowę apoplektyczną; w opisanych przez autora przypadkach, 8 na 17 doznało udarów mózgowych. Leczniczo w takich przypadkach działają częste upusty krwi, szczególniej przeciw bolom głowy, zawrotom i bezsenności. Obraz tej choroby nie da się wcisnąć w ramy miażdżycy tętnic, chociaż miażdżyca tętnic i *polycythaemia hypertonica* mają wiele cech wspólnych; może być, że obie choroby mają czasem tło w zaburzeniach nerwowych, które działały dłuższy czas na serce i ośrodki naczynioruchowe; w innych przypadkach powstają pod wpływem pewnych zatruć i zakażeń, a nawet mogą być konstytucyonalne.

Latkowski.

Fraenkel. **Przyczynek do leczenia zwężenia odźwiernika nierakowego zapomocą gastroenterostomii.** (*D. Archiv. f. kl. Med.* t. 84, z. 1—4, 1905). Z 3 znanych metod operacyjnego leczenia (resectio pylori, pyloroplastyka i gastroenterostomia anterior i posterior) obecnie przeważna liczba chirurgów zaleca w większości przypadków *gastr. post.* Nie wdając się w opis technicznej strony samego zabiegu, ciekawe są wyniki, jakie autor uzyskał w 13 przez siebie operowanych, a następnie dłuższy czas postrzeganych przypadkach pod względem sprawności mechanicznej i chemicznej żołądka, jakoteż pod względem stanu ogólnego i podmiotowych przypadów. W obu kierunkach nastaje z reguły po operacyi znaczna poprawa; skutkiem otwarcia nowej drogi dla prawidłowego opróżniania się żołądka ustają wymioty; chorzy, którzy przed operacyą zwracali większą część przyjętych pokarmów, znoszą je teraz dobrze; z powodu niezalegania treści, łaknienie wzrasta niekiedy tak daleco, że z trudem przychodzi choremu po ustąpieniu długotrwałego cierpienia — zachować konieczną jeszcze dyetę. Ciężar ciała podnosi się niebawem o kilka i kilkanaście kg. Skutkiem niezalegania zastoinowej miazgi pokarmowej nastaje poprawa w zakresie sprawności mechanicznej, a istniejąca rozstrzeń żołądka zmniejsza się tem rychlej, im krócej trwała poprzednio. a ściany żołądka nie utraciły jeszcze w zupełności kurczliwości. Tam, gdzie przedtem istniała nadmierna kwasota od HCl lub kwasu mlecznego, zmniejsza się ona obecnie znacznie. W przypadkach, gdzie obok zwężenia odźwiernika znajdowały się jeszcze wrzody żołądka świeże, można się obecnie po zmniejszeniu nadmiernej kwasoty i ciągłego ich drażnienia przez zalegającą treść, spodziewać rychlejszego ich zabliźnienia. Badając sprawność chemiczną żołądka, można w wielu przypadkach wykazać po gastroenterostomii obecność żółci, która przez nowo wytworzone połączenie dostaje się z jelita do żołądka. Rzadko w pierwszych dniach po zabiegu zjawia się silna biegunka, prawdopodobnie skutkiem niezwykłego podrażnienia błony śluzowej jelita czczego przez bezpośrednio do ni go dostającą się, nadmiernie kwaśną treść żołądkową.

Wilczyński.

Goldschmidt. **Przyczynek do kazuistyki żołądka klepsydrowatego (Sanduhrmagen).** (*D. Arch. f. kl. Med.* t. 84, z. 1—4, 1905). U 62-letniego mężczyzny, który od kilkunastu dni zaczął się skarżyć na lekkie przypadłości żołądkowe, pojawił się nagle wśród objawów ogólnego zapadu w lewem podżebrzu duży, mocno napięty guz, robiący wrażenie znacznie powiększonej śledziony. Chory nie wymiotował, stolec był całkiem prawidłowy. Rozpoznanie kazało przypuszczać krwotok wewnętrzny, bez możności jednak podania bliższego jego źródła. Sekcya wykazała żołądek klepsydrowaty, istniejący jako wada wrodzona, która nie dawała żadnych objawów za życia; okrężnie przebiegające zwężenie dzieliło żołądek na część odźwiernikową i wpustową, która, zwieszając się w dół, była w zupełności wypełniona krwią; w części odźwiernikowej znajdował się duży i głęboki, bo drążący i odsłaniający trzustkę, świeży wrzód okrągły. Wpustowa część żołądka, wypełniona całkowicie krwią, była przyczyną nagłego pojawienia się za życia guza w lewem podżebrzu.

Wilczyński.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Schink. **Pęknięcie blizny po cięciu cesarskiem poprzecznem.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 32). U 28-letniej mężatki wykonano przy 1. porodzie cięcie cesarskie poprzeczne z powodu miednicy ogólnie ścieśnionej płaskiej. W rok później wymóżdżenie po wypadnięciu nie tętniącej pępowiny obok główki; z końcem 3. ciąży (w 3 lata po 1.) wystąpiły przez jeden dzień bóle słabe, potem przez 10 godzin bardzo silne, wreszcie krwawienie z pochwy, tętno 160, objawy pęknięcia macicy, położenie poprzeczne płodu. Przy operacyi stwierdzono pęknięcie całej blizny w macicy, od jednej do drugiej trąbki, a całe jajo nieuszkodzone w jamie otrzewnej, obok krwi płynnej. Brzegi pęknięcia cienkie, złożone prawie tylko z doczesnej i otrzewnej. Łożysko nie rozwijało się w obrębie blizny. Po dokładnem okrwawieniu brzegów zeszyto je 3 piętrami. Zdaje się, że przy 2. porodzie blizna już się częściowo rozeszła i stała się tak cienką, że przy 3. pękła bardzo łatwo. Z piśmiennictwa przytacza S. trzy przypadki pęknięcia blizny po cięciu Fritscha. *B. Wojciechowski.*

T. Wenczel. **Dwa przypadki łożyska bliźniaczego ze wspólną owodnią.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 32). Bliźnięta rodziły się w obu przypadkach w położeniu czaszkowem, w pierwszym nieżywe, w drugim żywe, płci jednakiej. Badanie błon płodowych stwierdziło w obu przypadkach nietylko wspólną doczesną i kosmówkę, lecz także wspólną owodnię, z tą jedynie różnicą, że gdy w 1. przypadku widać listewkę wysokości 1 ctm. jako pozostałość istniejącej dawniej, a potem zniszczonej przegrody, to w 2. przypadku śladu takiej przegrody niema (pierwotnie wspólnie założona owodnia?). Przyczyną śmierci płodów było w 1. przypadku poplątanie się obu pępowin i powstanie pomiędzy niemi węzła prawdziwego.

B. Wojciechowski.

J. Ernst. **Nowa opaska połogowa.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 32). Opaska ta różni się tem od innych, że obejmuje niżej biodra i że połączona z taśmą, biegnącą pod stopy położnicy, nie może ku górze się zesunąć. Po opuszczeniu łóżka zastępują taśmę zwykłe podwiązki boczne, chwytające pończochy.

B. Wojciechowski.

P. Zacharias. **O resekcyi jajnika.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 33). Polecona przez Schrödera w roku 1885 resekcya jajnika przy nowotworach niezłośliwych dawała różne wyniki. W pewnych przypadkach nietylko utrzymywała się miesiączka, lecz nawet następowało zapłodnienie, w innych zaś zmuszał nawrót nowotworu do powtórnej operacyi. Chodzi tu o trudność określenia charakteru pewnych nowotworów jajnikowych, czy są złośliwe, czy nie. Nie wdając się zresztą w te szczegóły, podnosi tylko Z., że nawet wówczas daje się utrzymać sprawność jajnika, gdy zmiany są obustronne i tak daleko posunięte, iż gołem okiem nie można odkryć resztek zdrowego miąższu. Spostrzeżenie, że po wycięciu obu zmienionych nowotworowo jajników lub po wytrzebieniu utrzymywała się niekiedy, bez jajnika dodatkowego, miesiączka, a nawet następowała ciąża, dowodzi, że pozostawienie najdrobniejszych szczątków utkania jajnikowego wystarcza do podtrzymania tych czynności. Naprowadziło to autora na myśl, by pozostawić (w 3 przypadkach) część ściany guza jajnikowego tuż przy wnęce, w ten sposób, że po okrojeniu na przestrzeni 5 marek oddzielano ostrożnie guz na tępo, poczem pozostawał płatek tkanki, grubości około 1 mm. Po ostrożnem okłuciu lub podwiązaniu drobnych naczyń obszywano ten płatek. W przypadkach tych nie było groźniejszych objawów wypadowych, a miesiączka została utrzymaną. Czas spostrzegania jest jeszcze zbyt krótki, być zatem może, że później owe drobne resztki

jajnika zanikną zupełnie, lecz i w takim razie nie da się zaprzeczyć wpływ korzystny tego postępowania na ustrój, gdy miesiączkowanie ustępuje powoli, nie nagle. Zresztą jest nawet możliwe częściowe odrodzenie się jajnika z resztek, pozostałych po usunięciu nowotworu i po ustąpieniu szkodliwych jego wpływów. Próby na większej liczbie przypadków mogą te sprawy z czasem wyjaśnić.

B. Wojciechowski.

Wisłocki. **Ochrona krocza.** (*Czasopismo lekarskie*, 1905, Nr. 6). Nad kwestyą o hrony krocza położnicy w ostatnich latach nie zastanawiają się więcej, uważając ją za zamkniętą i zadawalniając się powszechnie dziś przyjętemi metodami. W zasadzie jednak położnicy odczuwają niedostateczność tych metod. Autor doświadczył dość często bezskuteczności stereotypowego podtrzymywania krocza i z tego powodu bądź pozostawiał tę sprawę podczas porodu naturalnemu przebiegowi, bądź czynił odpowiednie nacięcia, wbrew, jak sam wyznaje, wewnętrznemu przekonaniu, opierającemu się krwawym zabiegom przy fizyologicznym procesie. Wyniki jego przeważnie biernego zachowania się nie różniły się od następstw stosowania różnych metod dla ochrony krocza. Jeśli zadaniem podtrzymywania krocza jest „doprowadzenie całego otworu sromnego do takiego położenia, aby był równomiernie wystawiony na napór wywiązującej się główki", to tego celu, mówi autor, nie osiąga się, uciskając główkę ku górze, t. j. ku łukowi łonowemu, bo tu stoją na przeszkodzie niepodatne kości łonowe. Jedyną drogą do osiągnięcia zamierzonego celu jest usiłowanie obniżenia otworu sromnego ku dołowi, względnie ku tyłowi, t. j. ku osi pochwy i napierającej główki; w takim razie wystająca część napierającej główki znajdzie się w środku otworu sromnego, ucisk rozłoży się równomiernie na brzegi otworu i osiąga się warunek, najbardziej sprzyjający równomiernemu rozszerzeniu się jego, a co za tem idzie i zapobieżeniu pęknięcia krocza. Wreszcie autor opisuje celowe ułożenie rąk położnika, zmierzające do wyżej wskazanego celu i wywieranie niemi tu i ówdzie ucisku, a to ażeby sprowadzić otwór sromny jak najbardziej do osi wyjścia pochwy tak, by występująca główka rozciągała cały jego obwód równomiernie.

Hekim.

H. Walther. **Haematoma vulvae et vaginae.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 29). Rzadkie to powikłanie zdarza się raz na 1600, według innych na 3285 porodów. Rozróżniamy *h. infrafasciale* i *suprafasciale* w stosunku do powięzi miedniczej. W pierwszym przypadku następuje wylew krwi do wiotkiej tkanki łącznej wargi większej, rozszerzając się na międzykrocze i tkankę przyodbytniczą, w drugim, rzadszym, wylewa się krew do wiotkiej tkanki łącznej miednicy, przechodzącej wyżej w przestrzeń pozaotrzewną. Zdarzają się również postacie mięszane. W. opisuje przypadek, dotyczący 27-letniej pierwiastki, do której wezwany przez położną z powodu rzekomego położenia pośladkowego, stwierdził położenie czołowe II. Z powodu wskazania do ukończenia porodu starał się wpierw bezskutecznie stworzyć położenie twarzowe, potem założył kleszcze i naśladując mechanizm położenia twarzowego, wydobył płód omdlały bez przedarcia międzykrocza. Płód dotknięty był wolem, nie dał się docucić. W 20 minut potem wygniótł W. łożysko. W godzinę po porodzie płodu zaczęła chora skarżyć się na parcie dołem i koło odbytnicy. Badanie wykazało wypuklenie lewej ściany pochwy aż do zamknięcia jej światła. Gdy parcie się wzmagało, przestrzykiwania i okłady zimne nie wystarczały, i zaczęły się objawy ostrej niedokrwistości, zbadał W. chorą powtórnie i stwierdził, że guz sięga do linii bezimiennej. Teraz naciął ścianę pochwy przy dolnym brzegu obrzęku, wygarnął dużo skrzepów i wytamponował szczelnie jamę gazą. Objawy niedokrwistości zaczęły ustępować. Po 15 godzinach usunięto tampony. Połóg bezgorączkowy, gdyż dzięki przestrzykiwaniom pochwy perhydrolem i opłukiwaniu zewnętrznych części rodnych sublimatem 1: 2000 udało się zapobiedz zakażeniu jamy, po wylewie krwi powstałej. Rokowanie jest względne, gdyż duży wylew krwi może sprowadzić szybką śmierć. Nadto niebezpiecznem staje się sposoczenie skrzepów, jak o tem świadczy drugi, śmiercią zakończony przypadek, w którym W. wystąpił w roli doradczej, a gdzie lekarz ordynujący zachował się wyczekująco. W przypadku tym uległa napięta ściana pochwy zgorzeli. W. zgadza się na leczenie zachowawcze jedynie małych krwiaków w wardze, zresztą oświadcza się za postępowaniem chirurgicznem. Wstrzymanie się z nacięciem aż do czasu, gdy nastąpi ropienie krwiaka, uważa za błąd.

B. Wojciechowski.

M. Bonsinger. **Nowe postępowanie dla wydobycia oderwanej, w macicy pozostałej główki.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 30). B. radzi w tych przypadkach użyć sposobu, do którego zniewolony trudnościami uciekł się dwukrotnie z dobrym skutkiem, t. j. założyć kulociąg na dostępny odcinek główki, od rękojeści przeprowadzić sznurek przez poręcz łóżka i obciążyć go (do $1^1/_2$ klgr.). W jednym przypadku chodziło o główkę płodu 6-miesięcznego przy ujściu skurczonem na palec, w drugim o zbyt dużą główkę przy miednicy lekko płaskiej i ujściu zupełnie rozwartem. W 1. przypadku urodziła się główka dobrowolnie po 24 godzinach, w 2. po 14 godzinach od chwili obciążenia.

B. Wojciechowski.

G. Klein. **Badanie krwi przy cierpieniach jamy brzusznej, szczególnie przy włóknikach macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 31). Badanie krwi przyczynia się w wielu przypadkach zarówno do ściślejszego rozpoznania, jakoteż do uzasadnienia wskazania operacyjnego, rokowania, a po operacyi do ocenienia jej korzystnego wpływu na ustrój. Szczególnie ważnem jest badanie krwi przy włóknikach macicy. Wogóle zarządził K. badanie krwi 150 razy, z tego w 65 przypadkach włókniaków macicy, 29 torbieli jajnikowych, 16 raka macicy, 7 raka jajnika, 6 ropotoku trąbki, 18 innych cierpień ginekologicznych, 11 zapalenia wyrostka robaczkowego. Za normę przyjęto 90—100 prc. hemoglobiny, 4,000.000 ciałek czerwonych i 8000 białych. W przypadkach operowanych włókniaków macicy stwierdzono przed operacyą znaczny spadek hgb., (raz do 25 prc.), zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych i wzmożenie się białych. Jedna chora z 30 prc. hgb. nie przetrzymała zabiegu, inna z 25 prc. wyzdrowiała. Przy szukaniu wskazania operacyjnego uwzględnić należy cały ustrój, lecz badanie krwi stanowi bardzo ważny punkt oparcia. Korzystny wpływ operacyi sięgał tak daleko, że w jednym przypadku doszła ilość hgb. po kilku miesiącach do 104 prc. Przekonano się dalej, że włókniaki wywierają wpływ szkodliwy na serce i skład krwi nawet wówczas, gdy nie wywołują krwotoków, a zatem za pośrednictwem swoistych wytworów wymiany materyi. Z przypadków włókniaków nieoperowanych był w jednych skład krwi niemal prawidłowy, w innych zaś tak zły, że uwzględniając jeszcze towarzyszące powikłania, nie miano odwagi zaproponować chorym operacyi. Przy torbielach jajnikowych stwierdzono mierne, przy rakach zaś jajnika znaczniejsze pogorszenie się składu krwi. Szczegół ten może w wątpliwych przypadkach mieć pewną wartość. W przypadkach raka macicy liczba ciałek czerwonych była zawsze znacznie zmniejszona, po operacyi zaś następowała przeważnie widoczna poprawa. W jednym przypadku ropotoku trąbki znaleziono leukocytozę do 16.800 przy prawidłowej liczbie ciałek czerwonych. W tym przypadku chodziło o świeżą sprawę zapalną z żywotnymi drobnoustrojami. Przy starych ropotokach stwierdzano zwykłą ilość ciałek białych. To samo odnosi się do 3 przypadków wysięku przymacicznego. Dodatkowo przytacza K. przypadek przewlekłej *»myofibrosis uteri«* z silnymi krwotokami i 45 prc. hgb., gdzie nie tracąc czasu na inne, niepewne zabiegi ginekologiczne uratowano chorą, opierając się na badaniu krwi, przez wycięcie macicy.

B. Wojciechowski.

C. Rindfleisch. **Dwa narzędzia zastępujące asystentów.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905. Nr. 31). R. poleca przy małych zabiegach ginekologicznych wziernik pochwowy łyżkowy, który obciążony nie wypada, i dźwignię ustalającą kleszczyki, któremi operator ściągnął część pochwową. (Rysunki).

B. Wojciechowski.

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. Bregman. **Mięsak ciała modzelowatego.** (*Kronika lekarska*, Z. 9, 1905). Przypadek opisany przez autora, stwierdzony badaniem pośmiertnem, ze względu na umiejscowienie należy do rzadszych. Obraz kliniczny nowotworów wielkiego spoidła mózgu nie jest stały i w każdym przypadku przybiera cechy, zależne przedewszystkiem od ściślejszego umiejscowienia się zmiany chorobowej: do tych należą zwolnienie czynności umysłowych, porażenie, połowicze zwykle mniejsze w drugiej połowie ciała, a kończyna dolna więcej porażona, niż górna; zaburzenia mowy, bez afazyi, którą tylko nader rzadko spostrzegano; objawy uciskowe, są w prostym stosunku do rozmiarów wzrostu nowotworu; wreszcie drgawki, bole głowy, zawroty, ogólne zamroczenie, apatya i t. d. Usiłowania neurologów, zmierzające do zestawienia objawów, odpowiadających zajęciu przez nowotwór poszczególnych części ciała modzelowatego, wykazały tylko olbrzymie trudności, z jakiemi klinicysta musi walczyć przy rozpoznaniu topograficznem tej choroby. Autor nakreślił obraz kliniczny własnego przypadku: do najwybitniejszych i najwcześniejszych objawów, występujących kolejno, należały: bole głowy, ból i sztywność w karku, często wymioty; po dwóch tygodniach napad drgawek przy zachowaniu przytomności, początkowo tylko w kończynie lewej górnej, a ku końcowi napadu przeszły i na dolną. Napad ten był jedyny w ciągu całej choroby. W dalszym ciągu wystąpiło nagle porażenie kończyn lewych, wreszcie osłabienie wzroku. Etyologia tego przypadku ciemna: chory jest żonaty, ma 7 dzieci żyjących; sam budowy silnej i dobrze odżywiony; przytomność jego zamroczona, skarży się na ból głowy; źrenice średniej szerokości, oddziaływają na światło: siła wzroku osłabiona: tarcza zastoinowa po obu stronach. Dolna gałąź nerwu twarzowego słabiej unerwiona po stronie lewej. Chory chodzić sam nie może; podtrzymywany, powłóczy lewą nogą; ruchy

w nodze prawej żywsze, niż w lewej, ale ogólnie niedowładne. Odruchy kolanowe słabe, w ścięgnie Achilesa b. żywe. Niedowład mierny w lewej kończynie górnej z bezładem ruchów. Sekcya wykazała mięsak dużych rozmiarów, zajmujący przednią i średnią część wielkiego spoidła, oraz sąsiednie części obu półkul mózgowych. Autor zestawił w końcu rozprawy wszystkie objawy, spostrzegane u swego pacyenta i zaznacza, że większość ich zgadza się z obrazem klinicznym nowotworów wielkiego spoidła, które wymienił na początku niniejszej obserwacyi, a wyjątek stanowią objawy uciskowe, które wywoływał szybki rozrost nowotworu. *Hekim.*

H. Curschmann. **O przerostach mięśni pochodzenia kurczowego w przebiegu rozsianego zapalenia nerwów na tle zatrucia.** (*Münch. med. Wochenschr.*, Nr. 34, 1905). Przerostów mięśniowych w następstwie kurczów w chorobach nerwów obwodowych dotąd nie opisywano. Autor podaje dokładny opis dwóch przypadków: 1) Nałogowy pijak, dziedzicznie nie obciążony, cierpi od 2 lat na bóle w zakresie n. kulszowego prawego i doznaje uczucia zimna i parestezyi na goleni prawej; od roku porażenie prawej kończyny dolnej i lewostronny niedowład w zakresie n. strzałkowego; u chorego jest typowy obraz zapalenia nerwów na tle zatrucia wyskokiem. Równocześnie z początkiem choroby zaczęły pojawiać się kurcze w zakresie kończyny prawej dolnej (w łydce prawej), które trwały zwykle około pół godziny, a pojawiały się 4—5 razy dziennie. Od $^{3}/_{4}$ roku zauważył chory zgrubienie mięśni łydki prawej. Obok niedowładu w zakresie n. strzałkowych z prawostronnym zanikiem i odczynem zwyrodnienia, stwierdza się u chorego b. znaczny przerost prawej łydki z prawidłową siłą mięśniową, z prawidłowem oddziaływaniem na prąd przerywany i nieco wzmożonem oddziaływaniem na prąd stały. Mięsień ten leży jednak w zakresie chorobliwie zmienionych nerwów, za czem przemawia bolesność n. piszczelowego pr., brak odruchu ścięgna Achillesa i kurcze łydkowe. 2) Drugi przypadek dotyczy chorej, obciążonej dziedzicznie chorobami nerwowemi, która 14 razy rodziła, przebywała kamicę żółciową i wycięcie pęcherzyka żółciowego, a zajętą była stale w fabryce cygar; u tej chorej rozwinęło się w przeciągu 4 lat zapalenie nerwów z zajęciem wszystkich 4 kończyn i niedowidzeniem na tle zatrucia nikotyną. Od początku choroby kurcze w mięśniach prostujących obie nogi, a szczególnie w zakresie m. piszczelowych przednich. W następstwie tych kurczów powstał przerost obu m. piszczelowych przednich (*tibial. ant.*) i strzałkowego długiego (*m. peroneus longus*) z niedowładem tych mięśni. Że mięśnie te leżą w zakresie nerwów chorobowo zmienionych, za tem przemawiają zmiany w czuciu w zakresie nerwu strzałkowego (*n. peroneus*), n. skórnego łydki (*cutaneus surae lateralis*) i bolesność n. piszczelowych, strzałkowych i kulszowych. Badanie prądem galwanicznym stwierdza wzmożenie pobudliwości przerosłych mięśni. Autor wyłącza na podstawie objawów w tych przypadkach tężyczkę, histeryę, myotonię, nerwicę kurczową Wernickego, a dodaje, iż tylko przypadek Bresslera, w którym w toku rwy kulszowej powstały kurcze i przerost mięśni, jest do opisanego przez C. podobny. Z zachowania się mięśni względem prądu elektrycznego zasługuje na uwagę wzmożone oddziaływanie na prąd galwaniczny mięśni przerosłych w przypadku drugim. *Latkowski.*

H. Verger i H. G. de Cardenac. **Nerwoból twarzy i guz zwoju Gassera.** (*Revue neurologique*. Nr. 14, 1905). Autorowie podają przypadek rwy nerwu trójdzielnego, w którym sekcya wykazała, że przyczyną cierpienia tego był rak zwoju Gassera. Zestawiwszy ten przypadek z innymi analogicznymi, zaczerpniętymi z piśmiennictwa, przychodzą oni do wniosku, iż rwa, spowodowana przez ucisk nowotworu na zwój półksiężycowaty, albo wprost przez nowotwór jego samego, przedstawia pewne cechy kliniczne, różniące go od rwy pochodzenia bardziej obwodowego. A mianowicie: 1) Bóle są w tych przypadkach bardziej stałe, a nie napadowe. 2) Wzmagają się one przez podrażnienie zakończeń obwodowych nerwu trójdzielnego, n. p. przez dotykanie policzków, żucie, przełykanie i t. p. 3) Zajmują zawsze wszystkie trzy gałęzie nerwu trójdzielnego. 4) Łączą się z wyraźną zmianą czucia w zajętej połowie twarzy i to najczęściej w formie przytępienia czucia, rzadziej jako uczucie ziębnięcia. 5) Częstokroć towarzyszy im porażenie żwaczy. 6) Leczenie nie przynosi nawet objawowej wybitniejszej ulgi. *Dr. A. Rydel.*

E. Müller. **O mniej znanych postaciach przebiegu stwardnienia ogniskowego.** (*Neurol. Centrbl.*, Nr. 13, 1905). Charcot i jego uczniowie wypracowali klasyczny typ stwardnienia ogniskowego i wydzielili je jako samoistne cierpienie. Późniejsze badania rozszerzyły dzięki coraz obfitszej kazuistyce i coraz subtelniejszym sposobom rozpoznawania głównie w trzech kierunkach znajomość tej choroby. Pokazało się mianowicie, 1) że choroba ta jest znacznie częstszą, niż pierwotnie sądzono tak, iż pod względem częstości ustępuje pierwszeństwa z pośród chorób rdzenia tylko cierpieniom kiłowym i parasyfilitycznym; 2) że tak zwane „formes frustes", t. j. postacie niezupełne tej choroby, są bez porównania częstsze, niż typowe jej obrazy, albowiem trzy jej klasyczne objawy, t. j. drżenie gałek ocznych (nystagmus), skandująca mowa i drżenie zamiarowe, nietylko równocześnie, ale nawet każdy z osobna rzadko występują; trzeba więc umieć nawet i wtedy rozpoznać tę chorobę, gdy żadnego z powyższych objawów niema, a to na podstawie innych objawów, które same przez się są wprawdzie mniej charakterystyczne, pozwalają jednak przez swój rozwój i ugrupowanie na rozpoznanie zupełnie pewne; 3) że wreszcie najpewniejszym i najczęstszym objawem tej choroby jest zmiana tarczy nerwu wzrokowego, występująca zazwyczaj w postaci zanikowego zblednięcia części skroniowej. Ta zmiana nerwu wzrokowego nie wywołuje częstokroć upośledzenia wzroku, ani niedaje się wykazać zapomocą perymetru. Tłómaczy się to tem, iż w przebiegu stwardnienia ogniskowego rozpada się w pierwszym rzędzie osłonka myelinowa, na jej miejsce rozkrzewia się glej (neuroglia), włókienka jednak, z których składa się włókno osiowe nerwu, długi czas pozostają niezmienione i czynności swe mogą względnie prawidłowo spełniać. To anatomiczne zachowanie się tkanki nerwowej wykazał między innymi M. Bielchowsky. (*Neurol. Centrbl.* 1904. *Przyp. ref.*).

Obok tych zmian nerwu wzrokowego wielką wartość rozpoznawczą należy przypisać zachowaniu się odruchów brzusznych: zanikają one bowiem obustronnie w wielkiej części przypadków stwardnienia ogniskowego już w okresach bardzo wczesnych. Zdanie Oppenheima, iż odruchów brzusznych brakuje często u ludzi zupełnie zdrowych, uważa autor za niesłuszne, o ile się wykluczy osobniki z obwiśniętemi powłokami, z b. silnie rozwiniętą podściółką tłuszczową, lub w b. podeszłym wieku. Autor na podstawie rozległych badań przyjmuje, iż na 1000 ludzi zdrowych i młodych zaledwie u jednego brakuje odruchów brzusznych. Jeśli się zatem zważy, iż początki stwardnienia ogniskowego występują prawie zawsze u ludzi młodych, to brak obustronny tych odruchów nabiera ogromnego znaczenia. Co do różnych postaci przebiegu tej choroby, autor podnosi trzy ich rodzaje, które wprawdzie różnią się od przebiegu klasycznego, jednak trafiają się częściej, niż on sądzi, zwłaszcza w początkach cierpienia. Jedną z nich stanowią te przypadki, w których choroba rozpoczyna się zaburzeniem wzroku, które może nawet objawić się jako zupełne zaniewidzenie. To jednak jest charakterystycznem dla tego objawu w przebiegu stwardnienia ogniskowego, że zaburzenie to równie nagle występuje, jak i znika. Jeśli się tylko w takim przypadku znajdzie inne, chociażby mniej klasyczne, objawy stwardnienia ogniskowego, to uwzględniwszy zwłaszcza dotychczasowy rodzaj przebiegu cierpienia, można z całą pewnością stwardnienie rozpoznać. Za objawy takie należy uważać chociażby lekkie drżenie rąk, brak odruchów brzusznych, wzmożenie, zwłaszcza nierównomierne odruchów ścięgnistych, objaw Babińskiego i t. p. Objawy te pozwolą wykluczyć inne tło takiej przemijającej ślepoty, n. p. histeryę. Drugą atypową postacią przebiegu stwardnienia ogniskowego są te przypadki, w których jedynym objawem, na który się chory użala, jest nadmiernie łatwo występujące znużenie i to jednej tylko kończyny, najczęściej dolnej. Znużenie takie, uniemożliwiające na czas krótki zupełnie używanie danej kończyny, po wypoczynku mija, aby po najlżejszem zmęczeniu znowu wystąpić. Przelotność tego objawu, jego ograniczenie do jednej tylko kończyny, przy braku ogólnego uczucia zmęczenia, jest tak charakterystyczne, iż należy w tych przypadkach w pierwszym rzędzie myśleć o stwardnieniu ogniskowem. Najrzadszą wreszcie postacią przebiegu tej choroby jest rozpoczęcie się cierpienia nerwobólami. Aczkolwiek dzisiaj już wiemy, iż w przebiegu stwardnienia zmiany w czuciu istnieją, aczkolwiek są zazwyczaj nieznaczne, to przecież nerwobóle, wysuwające się z pośród innych objawów na pierwszy plan, są czemś zupełnie rzadkiem. Nowsze doświadczenie jednak poucza, iż nawet rwa n. trójdzielnego i to o bardzo wielkiem natężeniu bólu, może wystąpić jako objaw stwardnienia ogniskowego (Oppenheim). Nerwoból jednak jako początkowy objaw jest tak niezwykłą rzeczą, iż trzeba koniecznie całego szeregu typowych innych znamion, aby módz chorobę właściwie rozpoznać. Wobec zmienności i przelotności objawów, nawet ciężkich, w przebiegu tej choroby, zmienności, która jest właśnie dla niej charakterystyczną, niepomiernej wagi są dla rozpoznania dobre wywiady. W początkowych zwłaszcza okresach stwardnienia ogniskowego rozpoznanie częstokroć bardziej na nich, niż na wynikach przedmiotowego badania opierać się musi. *Dr. A. R.*

PEDYATRYA. Eichmeyer. **O wrzodliwo-błoniastem zapaleniu gardła Plauta i o wrzodliwem zapaleniu jamy ustnej.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* T. 62, lipiec. 1905). Autor spostrzegał 24 przypadków zapalenia gardła Plauta (*angina Vincenti*). W 20 przypadkach znaleziono mikroskopowo prawie czystą hodowlę

prątka wrzecionowatego (*bac. fusiformis*) i krętka, w czterech jedynie tylko prątka wrzecionowatego. Klinicznie i anatomicznie chodzi o sprawę martwiczą, albo powierzchowną, dotyczącą głównie nabłonka, albo głębiej sięgającą. Nie stoi to w żadnym związku z obecnością, lub nieobecnością krętka w nalotach, jak to mylnie twierdził Vincent. Przynależność wrzodliwego zapalenia gardła do podobnych spraw w jamie ustnej (dziągna, *stomatitis ulcerosa, stomacace*) ze względu na tożsamość obrazu klinicznego, zmian anatomicznych i obrazu bakteryologicznego nie ulega wątpliwości. Zapalenie gardła powstaje najczęściej pierwotnie, niekiedy łączy się z zapaleniem jamy ustnej lub powstaje przez rozszerzenie się zapalenia jamy ustnej na gardło. Krętki uważa autor za niewinne saprofity, o znaczeniu prątków wrzecionowatych wyraża się powściągliwie, bo znajdowano je także w różnych sprawach ropnych i zgorzelinowych. Czystych hodowli nie udało mu się uzyskać, choć spostrzegał wzrost w bulionie w towarzystwie ziarenkowców. *Lewkowicz.*

Brüning. **Badania lipskiego mleka targowego ze szczególnem uwzględnieniem znajdowanych w niem paciorkowców.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* T. 62, lipiec, 1905). Autor znalazł paciorkowce w 93 prc. badanych próbek. Ich ilość wahała się między 1 setką, a 1 milionem na ctm.³. W hodowlach zachowywały się te paciorkowce rozmaicie i były dla zwierząt nie chorobotwórcze, lub mało chorobotwórcze. Autor przypisuje im mimoto wielkie znaczenie w powstawaniu biegunek letnich osesków nawet wtedy, jeżeli mleko zostaje przegotowane. *Lewkowicz.*

Zoppert. **O nocnych ruchach głową u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* T. 62, lipiec, 1905). Siedem spostrzeżeń. Zboczenie pojawia się najczęściej około 3-go roku życia. Ruchy powtarzają się co noc i stają się u starszych dzieci trwałą właściwością. Dzieci o nich nic nie wiedzą, nie czują znużenia po przebudzeniu się, a zboczenie nie sprowadza żadnej szkody dla dotkniętego. Ruchy są zupełnie regularne, „jak wahadła zegara“, i polegają najczęściej na gwałtownem rytmicznem wahaniu głowy po poduszce. U jednego z dzieci spostrzegano jednak w położeniu na bok podnoszenie głowy i opuszczanie na poduszkę. Czasem towarzyszą cierpieniu współruchy. Raz spostrzegano ruchy ramienia, jak przy uderzaniu, innym razem wydawanie brzmiących szmerów. Pewne ułożenia ciała zdają się te wahania ułatwiać. Snu ruchy te nie zaburzają, owszem zdają się zjawiać w najprzyjemniejszym śnie. W niektórych przypadkach spostrzegano u dzieci jakiś czas napady lęku nocnego, w pewnych razach stwierdzono silne obciążenie dziedziczne. Autor zalicza te ruchy do t. zw. stereotypii, ruchów automatycznych z przyzwyczajenia. Sądzi, że ruchy pierwotnie były wykonywane podczas zasypiania, a następnie wykonywanie ich przedłużało się w okres snu. Popiera to zapatrywanie głównie ostatni przypadek, w którym wahania odbywały się nietylko podczas snu, lecz podczas zasypiania i podczas czuwania, przyczem zboczenie ustąpiło pozornie jedynie po zakazie. Podstawą zdają się być zatem istotnie czynniki woli. W reszcie przypadków nie można było stwierdzić ruchów przy zasypianiu. *Lewkowicz.*

Bruck. **Przypadek wrodzonego mięsaka wątroby i nadnercza z przerzutami.** (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* T. 62, 1905). Dziecko 14 miesięczne. Objawy od 3 tygodni. Mimoto autor oświadcza się za początkiem wrodzonym. Zestawienie podobnych przypadków z piśmiennictwa. Mięsaki te odznaczają się wielką złośliwością. Przebiegają z nieznacznymi klinicznymi objawami bez nagromadzenia płynu w otrzewnej, bez żółtaczki, bez powiększenia śledziony, z objawami podmiotowymi, mało wybitnymi. *Lewkowicz.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Quincke i Noorden zbadali liczne surogaty żelaza w celu ścisłego określenia wartości mineralnej, a tem samem i oznaczenia ich dawki. Z badań tych wynika, że chcąc wprowadzić do ustroju 0·1 żelaza, należy podać karniferyny 0·33, feratyny 1·54, hemoglobiny 23·0, hemogalolu 35·9, hemolu 38·1, hematogenu 142·0, sangwinalu Krewel 250·0, hemalbuminy 277·0. Podawanie zatem przytoczonych przetworów w zwykłych dawkach jest szkodliwą igraszką. *Dr. S.*

Porównując działanie **bromokolu i bromipiny** zapomocą doświadczeń na zwierzętach, stwierdził H. Meier (*Allg. med. Ctrl. Ztg.* 1905, 25), że bromokol działa szybciej, ale krótko, bromipina znacznie powolniej, ale działanie jej trwa też dłużej; bromokol przeto będzie wskazanym w tych przypadkach, w których zależy na tem, by zadziałać rychło, bromipina zaś wtedy, gdy brom ma być dłużej w ustroju zatrzymanym. *Af.*

Lecytyną i bromolecytyną zajmował się Lewin (*Mediz. Klinik* 1905, 34). Lecytyna ulega w ustroju według zdania wszystkich badaczy, wbrew zdaniu jedynie Stassano i Billona, rozszczepieniu pod wpływem zaczynu, wydzielanego prawdopodobnie przez trzustkę. Kliniczną wartość bromolecytyny starał się L. wypróbować w 5 przypadkach błednicy i 2 niedokrwistości następowej, oznaczając w nich przyrost hemoglobiny i liczby ciałek czerwonych pod wpływem tego leku, i doszedł do wniosku, że bromolecytyna jest wskazaną obok leków żelazistych w każdym przypadku błednicy i niedokrwistości. *L.*

Lygosinchininę (*chininum lygosinatum*) zaleca Fürth (*Pharm. und ther. Rundschau* 1905, 12) do leczenia zanieczyszczonych ran i wrzodów. Środek ten, którym można z korzyścią zastąpić jodoform, jest związkiem 70·9 prc. chininy z diortooksydibensalacetonem i ma postać lekkiego, bezwonnego, jasno-czerwonego, bezpostaciowego, nieco tłustawego proszku. Plamy na bieliźnie znikają łatwo przy gotowaniu. F. stosował środek ten wogóle w 157 przypadkach. Z tych w 47 przypadkach zakażonych, cuchnących ran, powstałych przed 8—20 dn., znikało cuchnienie już po 3—6 dniach, a rany oczyszczały się po tygodniu stosowania lygosin chininy. Gojenie się ropowic, zarówno operowanych, jak i nieoperowanych, samoistnie przebijających skórę, przyspiesza ten środek znacznie, jak F. stwierdził w 24 spostrzeżeniach. Równie znakomicie działał lek ten w 10 przypadkach wrzodów żylakowych goleni, w 8 wrzodach rogówki i t. p. Jako środek, tamujący krwawienie, stosował F. lygosinchininę 2 razy w krwotokach z nosa i po 29 wyjęciach zębów z wynikiem dobrym; większych krwawień miąższowych tamować tym środkiem F. nie próbował. Leku tego używa się jako zasypki; w wodzie rozpuszcza się on bardzo trudno. *Zm.*

Tannobromina jest związkiem formaldehydu z dwubromotaniną, mającym postać brunatno-czerwonego proszku, trudno w wodzie, łatwo zaś w wyskoku i płynach zasadowych rozpuszczalnego. Lek ten zawiera około 30 prc. Br w połączeniu organicznem. Używa się do uśmierzenia swędzenia, przedewszystkiem jednak zalecany bywa przeciw przedwczesnomu łysieniu. Wobec łupieżu zaleca się równocześnie ze zmywaniem głowy łagodnem mydłem (3 razy na tydzień, potem rzadziej), wcierać w głowę codziennie maść: Rp. *Tannobromin. subt. pulver. 1,0, Bals. Peruv. 2,0, Lanolin 1,5, Vaselin. flav. ad 30,0.* MDS. Maść. W cięższych przypadkach dodaje się jeszcze 0,5 kwasu salicylowego do tej maści. Wobec łojotoku zaś zmywa się głowę codzień (potem rzadziej) mydłem siarczanem lub wyskokiem mydlanym Hebry, wcierając codzień: *Rp. Tannobromin. 5·0* (potem 2·5), *Spir. melissae compos.* ad 100·0. *Af.*

V. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Kilka słów z powodu sprawozdania Dra Stahra o „patentowaniu sposobów leczenia“. (Ob. *Przegląd lekarski*, Nr. 29, str. 468). Z powodu nader aktualnych uwag Dra Stahra o pracy Dra Freunda, odnoszącej się do patentowanego sposobu leczenia zapomocą kąpieli czterokomorowych Dra Schnee, należy zwrócić uwagę, iż precedens monopolizowania metod elektroleczniczych, o którym autor wspomina, nie jest niestety już dzisiaj jedynym. Istnieją nawet firmy elektrotechniczne, zarzucające rynki zbytu przyrządami, których wolno używać dopiero po nabyciu prawa patentowanego, a wynikłemi stąd nadużyciami opiekowały się w Niemczech niejednokrotnie władze sądowe. Celem zapobieżenia nadużyciom, szkodzącym powadze postępowej elektroterapii, powzięto nawet, w myśl wniosków niżej podpisanego, pewne uchwały na ostatnim międzynarodowym Zjeździe w Bernie, które mają być bliżej omówione na przyszłym Zjeździe w Amsterdamie, a których treść podałem w artykule p. t.: „Elektrotherapie und Wirthschaft“ (Zeitschrift für Elektrotherapie, 1904). Słusznie też zauważa Dr. Stahr, że metoda kąpieli czterokomorowych nie jest właściwie czemś nowem i nie powinna być osłonięta tajemnicą „patentowanej metody“ leczenia. Całą sprawą patentów i monopolów zajmują się aż do przyszłego kongresu Laquerrière we Francyi, Kurella w Niemczech i Lunenborger we Włoszech. *Dr. Zanietowski.*

Hasło: „wolny wybór lekarzy w Kasach chorych“ rozlega się w życiu lekarzy niemieckich od lat kilku; pod hasłem tem wiedli lekarze niemieccy przed rokiem bój z największą Kasą chorych państwa niemieckiego, Kasą chorych miasta Lipska, która ma około 400.000 członków, licząc i ubezpieczoną rodzinę człon-

ków Kasy i zatrudnia przeszło 250 lekarzy. Lekarze sprawę wygrali i w Kasie lipskiej wolny wybór lekarzy wprowadzono. Przed lekarzami lipskimi już i w innych Kasach chorych państwa niemieckiego dopominali się lekarze o wolny wybór, a po zwycięstwie lipskiem prawie we wszystkich Kasach ozwało się żądanie wolnego wyboru lekarzy. W Niemczech zatem dzisiaj istnieje już system wolnego wyboru po Kasach chorych. Hasło to z Niemiec dostało się i do Austryi. Coraz częściej odzywają się po austryackich pismach zawodowych głosy, dopominające się wprowadzenia do Kas chorych Austryi wolnego wyboru. Ostatnimi czasy proponował nawet Dr. Stricker w Wiedniu ogólny strejk lekarzy kasowych dla przeprowadzenia tego systemu. Dotąd istnieją w Austryi albo stali lekarze kasowi z płacą stałą bez względu na ilość członków kasy, albo też lekarz dostaje t. zw. ryczałt, obliczony od głowy i na rok wedle przeciętnej ilości członków kasy.

Nie da się zaprzeczyć, że ideałem jest urządzić i dla członków Kas chorych między lekarzem a chorym stosunek jaknajpodobniejszy do stosunku, jaki zachodzi między lekarzem a chorym nie kasowym, — a więc z jednej strony członek kasy chorych powinien mieć niczem nie ograniczony, wolny wybór lekarza, do którego ma największe zaufanie, a z drugiej strony lekarz powinien mieć wobec chorego kasowego tak samo, jak wobec nie kasowego, najzupełniejszą swobodę co do leczenia, t. zn. możność odmawiania dalszego leczenia chorego. Lekarze w takim razie powinni dostawać zapłatę za każdą wizytę wedle umówionej taksy.

System wolnego wyboru jest jednak też jeszcze dalekim od tego ideału. I tak kasa jakaś, wprowadzając u siebie system wolnego wyboru, oznacza taksę za pojedyncze wizyty w domu lekarza, w domu chorego, za wizyty nocne i dzienne, za różne zabiegi i t. d. Taksę tę przedkłada kasa wszystkim miejscowym lekarzom i sporządza spis lekarzy, którzy zgodzili się leczyć członków kasy za honoraryum, oznaczonem tą taksą. Że taksa taka zapewnia bardzo małą zapłatę, jest faktem; że nie wszyscy lekarze danej miejscowości zgodzą się przyjmować członków kasy za wynagrodzeniem wedle taksy, że godzić się będą przedewszystkiem lekarze, nie cieszący się wielką wziętością u publiczności, zaś lekarze, których publiczność darzy wielkiem zaufaniem i stosownie do tego drogo za poradę opłaca, wcale nie zechcą członków kasowych przyjmować, — nie ulega chyba wątpliwości. A więc wynik z wprowadzenia wolnego wyboru lekarza jest naprawdę tylko ten, że lekarzy, do których chory kasowy może się zwrócić, będzie w pewnem mieście nie n. p. 10, ale 50, 60, — a na pewno nie obejmie wszystkich, a przedewszystkiem nie najbardziej przez publiczność odwiedzanych lekarzy. W zasadzie zostanie to, co było i przedtem.

Jak długo instytucyi wolnego wyboru u nas niema, wydaje się ona nam bez błędu. Jednak tam, gdzie już od lat istnieje, i lekarzy też zupełnie nie zadawalnia. I tak n. p. już dzisiaj w każdem mieście (niemieckiem), gdzie Kasy wprowadziły wolny wybór, ułożyły się stosunki w ten sposób, że jeden z pomiędzy lekarzy, ordynujących członkom kasy, wyrasta na t. zw. „króla kasowego". Tłoczą się u niego w poczekalni chorzy, a inni lekarze nie mają co robić. A bardzo często ten najbardziej oblężony przez chorych kolega nie jest najtęższym, ani też najsumienniejszym lekarzem w danej miejscowości. Zna tylko słabe strony swej klienteli, umie jej dogadzać, umie może dobrze nietylo leczyć, ile mówić z pacyentem. Trudno żądać od chorych, żeby się znali na prawdziwej wartości lekarza.

Na to, żeby raz wprowadzony wolny wybór lekarzy się utrzymał, trzeba zrozumienia i dobrej woli obu stron i członków Kasy i lekarzy. Członkowie Kasy powinni zwracać się o poradę tylko wtedy, gdy naprawdę porady potrzebują, a nie, jak ich do tego przyzwyczaił obecny system, z takimi drobiazgami, jak czyraczki na twarzy, łupież głowy i t. p.; — lekarze zaś powinni ograniczyć ilość wizyt do koniecznej potrzeby, jeśli Kasy mają finansowo podołać. Ale członkowie kasy na ogół chętnie to widzą, jeśli lekarz często odwiedza chorego, bo to ich nic nie kosztuje; a czyż można znowu potępić młodego, wybijającego się lekarza, jeśli częściej odwiedzi chorego, niż tego wymaga konieczna potrzeba?

Otóż zdaniem mojem wolny wybór tylko wtedy dałby się utrzymać, gdyby członkowie kasy, zasięgający porady, musieli chociażby drobiazgiem przyczyniać się do zapłaty lekarza. Wtedyby bez prawdziwej potrzeby do lekarza się nie zwracali, ani go do siebie wzywali. Wtedyby nikt i lekarzowi nie mógł zarzucić, że chorego niepotrzebnie i za często odwiedza. Sprawę tę możnaby n. p. w ten sposób urządzić, żeby lekarz nie potrzebował brać od chorego pieniędzy. Każdy członek kasy zaopatruje się w kasie w marki i płaci nimi lekarzowi — za poradę w domu u lekarza daje jedną markę, za poradę u siebie w domu 2 markówkę, za wizytę nocną 5 markówkę i t. d. Lekarz wystawia w jakiś określony czas rachunek kasie, liczy za wizyty i załącza marki (znaczki jedno-, dwu- i pięcio- i t. d. markowe). Załączone marki służą równocześnie kasie jako kontrola świadczeń lekarskich. Na to jednak musiała być nledz zmianie ustawa o Kasach chorych, która wyraźnie powiada, że kasa obowiązana jest dostarczać swym członkom bezpłatnej porady lekarskiej. *Stahr.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28 września.

* Pogrzeb ś. p. Edwarda Korczyńskiego odbył się dnia 25 b. m. Udział mieszkańców Krakowa w oddaniu ostatniej posługi zmarłemu był, rzec można, powszechny, jak powszechnym, szczerym i głębokim był żal po stracie tej miary obywatela. Ci, co nad grobem Jego przemówili, jak prorektor Uniw. Jag. prof. Krzymuski, dziekan Wydziału lekarskiego U. Jag. prof. Łazarski, rektor Uniw. lwowskiego prof. Gluziński, prezes Towarz. lek. krak. prof. Nowak, asystent kliniki lekar. krak. dr. Latkowski, prezes Tow. „Bratniej pomocy" p. Wittek i słuchacz medycyny p. Michejda — mogli każdy ze swego stanowiska, wymienić długi szereg doniosłych, naukowo i społecznie ważnych czynów zmarłego, a żal głęboko odczuty ozdobić wieńcem, uwitym z pracy i poświęcenia, które były treścią żywota ś. p. Edwarda Korczyńskiego. Naukową, nauczycielską i obywatelską działalność zmarłego skreśliło pióro długoletniego świadka i towarzysza tej działalności: Redakcya „Przeglądu lekarskiego", której zmarły był przez 7 lat członkiem, łączy swój głos do chóru hołdu i wdzięczności, jakie mu dziś składa społeczeństwo i naukowe instytucye nasze. — Zeszedł ze świata obywatel, który piastował naczelne stanowiska w narodzie, a na każdem zostawił dorobek swego trudu; nauczyciel, który znakomicie rozszerzył środki nauczania i wykształcił niemal całe dzisiejsze pokolenie lekarzy; człowiek, który znał każdy dźwięk duszy swego narodu, dotknął każdej jego struny; — gdy taka jednostka opuszcza padół ziemski, pozostawia wielką po sobie próżnię; odczuwa to dziś Uniwersytet Jagielloński, odczuwa i społeczeństwo polskie, bo zeszedł ze świata człowiek niepospolity, który pracą i wiedzą przewodniczył swemu pokoleniu i spełniał to powołanie szczerze, sumiennie i z wielkim dla narodu pożytkiem. Cześć i niespożyta wdzięczność zasłużonemu.

* W oddaniu ostatnich posług ś. p. Edw. Korczyńskiemu wzięło udział wielu lekarzy zamiejscowych, a między nimi rektor Uniwersytetu lwowskiego prof. Gluziński i dziekan Wydziału lekar. tegoż Uniwersytetu, prof. Machek. Inni, jak starszy lekarz powiatowy we Lwowie, dr. Obtułowicz, wyrazili drogą listową żal po stracie tyle zasłużonego w kraju obywatela. Na trumnie złożono liczne wieńce od instytucyi naukowych polskich i redakcyi czasopism lekarskich polskich, w czem nietylko Galicya wzięła udział: wyraz hołdu i żalu dała inteligencya wszystkich dzielnic Polski.

* Izba lekarska wschodnio galicyjska zawiadamia, że w drugiej połowie października b. r. nastąpi rozdział reszty przysłanej kwoty ze Związku austryackich Towarzystw lekarskich. Wdowy i sieroty po lekarzach, których mężowie, względnie ojcowie, mieszkali w obrębie Izby lekarskiej wsch.-galic., zechcą swe należycie udokumentowane podania wnieść do Izby lek. wsch.-galic. najpóźniej do 15 października. Sieroty mogą korzystać z tych zapomóg, o ile nie ukończyły 20 lat życia.

* Prof. R. Koch zrobił we wschodniej Afryce ważne odkrycie: udowodnił on, że zarazek duru powrotnego udziela się analogicznie jak zarazek zimnicy drogą owadu, który wessaną z zarazkiem krew zaszczepia przez ukąszenie chorobę człowiekowi. Owadem tym jest kleszcz *ornithororus Larigni*, żyjący w podłogach domów zajezdnych, noclegowych i w barakach tubylczej ludności.

* Zarząd Towarzystwa lekarzy galicyjskich zawiadamia: Morszyn, zakład zdrojowy i kąpielowy, własność Towarz. lekarzy galic., jest do wydzierżawienia. Dzierżawa obejmować może sam zakład kąpielowy lub w połączeniu z eksploatacyę soli gorzkiej ze zdrojów morszyńskich; od kwietnia zaś 1908 r. także folwark Morszyn. Bliższych wiadomości udzieli generalny sekretarz Towarz. lek. galic. dr. A. Szulisławski (Lwów, ul. Jagiellońska, 8).

* Magistrat krakowski zawiadamia, że przetwór lekarski, wyrabiany przez aptekarza E. Matulę w Radomyślu, pod nazwą „sapomentol", uzyskał od c. k. Najwyższej Rady zdrowia prawo ogólnego obrotu handlowego w obrębie aptek.

* Ze względu na pojawiającą się cholerę w dwóch sąsiednich krajach, magistrat m. Krakowa przypomina lekarzom miejscowym obowiązek donoszenia fizykatowi nie tylko o przypadkach cholery, lecz i o objawach podejrzanych, przypominających cholerę.

* W bitwie morskiej pod Cuszymą znaleźli śmierć w nurtach oceanu drowie: Konstanty Kaliewicz, Teodor Łukin, G. Wasiliew, A. Gnadeberg, A. Nadiein, A Matawkin, P. Jurjew, B. Bertenson.

* Jeden z deputowanych Izby brazylijskiej ofiarował 8 milionów marek, jako nagrodę za odkrycie metody zapobiegawczej lub leczniczej gruźlicy, kiły i raka. Dla tej sprawy ma być powołany komitet międzynarodowy.

* Dnia 7—X i 8—XII odbędą się w Aschaffenburgu dwa ostatnie kursy z zakresu rentgenografii, trwać będą po 5—6 godzin dziennie. Adres zarządu: dr. Roth in Aschaffenburg.

* Rektorem warszawskiego Uniwersytetu wybrany został prof. Karskij, kijowskiego — prof. Cytowicz.

* Kolegium chirurgów w Edymburgu obchodziło 400-setną rocznicę swego założenia: z obchodem tej uroczystości połączyło ono mianowanie członkami honorowymi kilku najwybitniejszych chirurgów tegoczesnych, a między nimi i ś. p. prof Mikulicza; dyplom wysłano wdowie.

* Między 3 a 9 września zaszedł jeden przypadek ospy w Oświęcimiu; w tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w powiatach: horodeńskim, nadwórniańskim, przemyślańskim, rudeckim, staro-samborskim, stryjskim i turczańskim — po 1 gminie.

Mianowania: Doc. Niebolubow mian. profesorem nadzw. sądowej medycyny w Kazaniu. Dr. Tonkow — prof. anatomii w Kazaniu. Doc. Bleichsteiner mian. prof. dentystyki w Gracu.

Nekrologia. Dr. Thorgny Brandstedt, radca stanu, b. lekarz wojskowy, zmarł w Warszawie.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 37. Mutermilch: Kilka uwag o teoryach odporności (dok.). Flatau i Koelichen: O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (c. d).

— *Gazeta lekarska* Nr. 36. Latkowski: O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek. Czarnik: Intubacya i tracheotomia na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie w latach 1894—1903.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 12. *A. M.* Kuracyusz. Skórczewski: Wspomnienia historyczne w drodze do Krynicy.

— *Przegląd felczerski* Nr. 18 zawiera: Histerya (dok.). — Narządy rodne kobiece i ich funkcye (c. d.). — O odkażaniu w razie cholery.

— *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich* T. II. Z. 4. Markowski: O asymetrycznej budowie mostka. Janczurowicz: Przypadek pleśnicy żołądka, wywołany przez nieopisywanego dotychczas pasorzyta, oraz ogólny pogląd na obecność pleśni w żołądku i na ich znaczenie kliniczne.

— *Kronika lekarska* Nr. 18. Brunner: O stosunku toksyny do antysoksyny. Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.).

— *Casopis lekařů českých* Nr. 38. Novy: O mimoděložním těhotenství (c. d.). Scherer: Vrozěne vady srdečni ve věku dětském (c. d.). Peigerové: Spontanni výbuchy smichu při hemiplegii.

— *La Presse médicale* Nr. 73. Letulle: Oddział chorych na gruźlicę w szpitalu Boucicaut. Valentino: Wyskok i strychnina. Wyskok i trucizna. — Nr. 74. Dunbar: Stan cholery w Niemczech. Leven i Barret: Radioskopia żołądka. Technika i zastosowanie kliniczne. Sencert: W sprawie ezofagoskopii przy leczeniu ciał obcych w przełyku.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 38. Stiller: Więź suchotnicza i niestrawność u gruźliczych. Arneth: Przyczynek do zrozumienia działania promieni Röntgena w białaczce. Helly: W sprawie t. zw. atypowej białaczki szpikowej. Cohn: Doświadczenia z zakresu leczenia X-promieniami. Aaser: Środki zapobiegawcze przeciw błonicy. Dominicis: Wartość widma chromogenowego. Brat: Działanie chlorku barowego i barutyny. Meier: Próby uodpornienia przeciw strychninie.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 38. Rochelt: Uzdrowisko Meran. Chrobak: Leczenie nienadającego się do operacyi raka macicy. Chwostek: Uwagi nad etyologią tężyczki. Eiselsberg: W sprawie zatrzymywania przez kiszkę po krzyżowem wycięciu odbytnicy. Escherich: Oddział osesków w wiedeńskim szpitalu św. Anny. Fraenkel: Nieprawidłowości czaszki a padaczka. Fuchs: Małe pęknięcia na granicy twardówkowo-rogówkowej Herz: Wykazanie przylegającej do mostka części serca. Weichselbaum: W sprawie etyologii i patogenezy nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 38. Versé: Guzowate zapalenie błony zewnętrznej tętnic. Uffenheimer: Przyczynek do sprawy błonicy w nosie. Strubell: Patologia i terapia otoku ropnego zatoki szczękowej. Friolet: Rybia łuska w miejscu ograniczonem do otoczki sutka. Freund: Krętek kiły Siegla. Elter i Haass: Nowa operacyjna metoda przy ubytkach powiek oraz ich wywinięcie zapomocą plastyki z muszli usznej. Winternitz: Uproszczona czterokomorowa kąpiel elektryczna. Mohr: Przyczynek do nauki o głębokim przystawowym tłuszczaku. Vörner: Manganian potasowy jako miejscowy i tani krew tamujący lek. Conradi: Prątek durowy i prątek kałowy ludzki alkalizujący.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 38. Brauer: Praktyczne przeprowadzenie zabiegu dla wywołania wielkiego ciśnienia. Liepmann: Środek pomocniczy do badania chorób mózgowych. Clopatt: Przypadek ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia z objawami oczno-źrenicznymi. Elsner: Zapalenie śluzowe okrężnicy a błonica śluzowata jelita. Riedel: Cięcie zygzakowate przy operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego. Buschke: Zgorzel moszen przy rzeżączce. Necker: Zastosowanie izoformu w dermatologii.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 38 (od dnia 17/IX do 23/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 41, dziew. 23; nieżywo: chł. 2 dz. 2 — **Zmarło**: miejscowych: męż. 21, kob. 11; zamiejscowych: męż. 9, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 4, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 2. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 3, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 2. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem**: miejscowych 32, obcych 18.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia Dra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu Dra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 500, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1905 roku do dnia 31 Marca 1908 roku. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu Konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jak również i podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie" (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożona zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłomaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z liczby prac, w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

Rok XLIV. Kraków 7 Października 1905. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni i kliniki dermatologicznej w Krakowie (Prof. Dr. Reiss).

Przyczynek do roli paciorkowca w wywoływaniu zmian w skórze.

Napisał

Dr. Franciszek Krzyształowicz,

pryw. docent dermatologii w Uniw. Jagiell.

Wiadomości bakteryologiczne w chorobach skórnych zakaźnych zwiększają się powolnie, ale trwale. Przyczyną tej powolności jest przedewszystkiem wielka trudność, — większa niż w innych chorobach ustroju, — ocenienia, czy znaleziony mikrob jest swoisty dla tej sprawy chorobowej, w której go spostrzeżono. A o swoistości przekonywamy się dopiero wtedy napewno, jeżeli przeszczepiony drobnoustrój wywoła takie same zmiany, jak te, z których go wyhodowano. Tymczasem w chorobach skórnych odpadają w wielu przypadkach doświadczenia na skórze zwierząt, a przeszczepienia robićby trzeba na skórze ludzkiej, — co naraża niejednokrotnie na poważne niebezpieczeństwo, szczególnie wtedy, gdy mikrob jest zdolny do wywołania zakażenia ogólnego.

Drugą bardzo ważną przeszkodą w ocenieniu roli mikrobów, to różność zmian, którą jeden mikrob wywołać może. Skóra jest narządem o budowie dość powikłanej, podzielonym na części, przeznaczone do pewnych odrębnych czynności ustroju Czynnik to nader ważny, bo obecnie już wiemy, że tak, jak w innych narządach ustroju, tak i w skórze jeden i ten sam mikrob wywołać może różne zmiany, zależnie od tego, gdzie nastąpiło zakażenie, gdzie mikrob obrał siedzibę dla swego rozwoju Jako dobitny przykład możnaby wziąć gronkowca złotego (*staphylococcus aureus*), który wywołuje zawsze, gdziekolwiek osiędzie, ropienie, — w skórze zatem widzi się także pod jego wpływem powstawanie wysięku ropnego, ale postać zmiany będzie różna, zależnie od tego, czy mikrob rozwija się w samej skórze, czy w naskórku, czy w torebce włosowej i t. p.

Obecnie przyjęto już prawie powszechnie, że gronkowce odgrywają pewną rolę w grupie wyprysku (*eczema*), że wpływają na postać i wejrzenie różnych spraw chorobowych, do tej grupy należących. Mimo jednak tę świadomość, nie umiemy jeszcze dokładnie ocenić, czy wpływ mikroba, tak rozpowszechnionego w naszem otoczeniu, jak gronkowiec, jest pierwotnym, czy należy on do sprawy chorobowej, czy też wikła sprawy już istniejące i zmienia ich postać. Sprawę tę pierwszorzędnej wagi poruszył Unna[1]), który wskazał pierwszy w zmianach wypryskowych na obecność ziarenkowców, morwowato ułożonych (*morococcus*). Badania te pobudziły cały szereg autorów, którzy na mocy doświadczeń i badań przypisują gronkowcom różne znaczenie, między innymi zajmowali się tą sprawą: Scholtz i Raab[2]) (w klinice prof. Neissera), Kreibich[3]) (klinika Kaposiego), Jadassohn[4]), Galloway[5]), Brocq[6]), Morgan-Dockrell[7]), Kromayer[8]), Leredde[9]), Gastou[10]), Sabourand[11]), Bockhart[12]).

Zupełnie podobnie i rola paciorkowca (*streptococcus*) w skórze nie jest jeszcze dokładnie określona. Pomijając sprawę różnych odmian tego mikroba, dotąd nierozstrzygniętą[13]), pomijając zagadnienie, czy paciorkowiec róży jest takim samym, jak paciorkowiec, znajdowany w liszajcu zwyczajnym (*impetigo contagiosa*) lub innych zmianach skóry, stwierdzić trzeba, że istnieją sprawy chorobowe pęcherzykowe w skórze (*dermatoses bullosae*), które bezsprzecznie powstają na tle zakażenia paciorkowcem. Do takich należy przedewszystkiem liszajec zwyczajny (*impetigo vulgaris v. contagiosa*). Praca Sabouranda[14]) w tym przedmiocie dała wyczerpujące wyjaśnienie, nie wszyscy jednak autorowie zgadzają się na to, że liszajec ten polega na zakażeniu paciorkowcem (*streptogenes*). Rola gronkowców zdaje się być w tym razie drugorzędną, do zakażenia przez nie bowiem odnieść należy następowy napływ ciałek ropnych do pęcherzy surowiczych. Unna[15]) uważa ten rodzaj liszajca za następstwo zakażenia swoistymi ziarenkowcami, Matzenauer[16]) w ostatniej swej pracy stwierdza, że prawie wszyscy autorowie niemieccy uważają gronkowca złotego (*staphyloccus aureus*) za przyczynę tej sprawy chorobowej. Ten autor uważa liszajec zwyczajny za tę samą sprawę, co pęcherzyca ostra noworodków (*pemphigus acutus neonatorum*), tem samem i w tej drugiej sprawie gronkowce za przyczyną choroby. Na pierwszą część twierdzenia zgodzić się należy w zupełności; pęcherzyca zakaźna noworodków, zdarzająca się tak często u dzieci matek, które przebywały zakażenie połogowe,

[1]) Monatsh. f. pr. Dermat. 1892, 14, 1899, 29, 1900, 31. — Histopathologie d. Haut.

[2]) Annal. d. derm. et syph. 1900, str. 409.
[3]) Annal d. dermat. et syph. 1900, str. 569.
[4]) IV zjazd międzynarod. w Paryżu 1900.
[5]) The Brit. Journ. of Derm. 1900.
[6]) Annal. d. derm. et syph. 1900.
[7]) IV zjazd międzynarod. w Paryżu 1900.
[8]) Arch. f. Derm. u. Syph. 1900.
[9]) L'eczéma, maladie parasitaire 1898.
[10]) La France médicale 1900.
[11]) IV zjazd międzynarodowy w Paryżu 1900
[12]) Monatsh. f. prakt. Dermat. 1901. T. 33.
[13]) Besredka. Bull. de l'Instit. Pasteur. 1904.
[14]) Annal. d. derm. et syph. 1900.
[15]) Monatsh. f. prakt. Derm. 1899.
[16]) Art Impetigo contag. w podręczniku Mračka.

nie jest inną sprawą, jak liszajec zwyczajny, dlatego słusznie nazywa ją Leredde[17]) liszajcem pęcherzykowym (*l'impétigo pemphigoïde*). Idąc jednak za zapatrywaniem Sabouranda o udziale paciorkowców w liszajcu zwyczajnym, co stwierdziłem niejednokrotnie badaniem histologicznem i bakteryologicznem, przyjmuję również taką samą rolę tego mikroba w pęcherzycy. Przekonały mnie także o słuszności tego twierdzenia badania, wykonane przezemnie w przypadkach nagminnej pęcherzycy.

Również niesztowice (*ecthyma*) uważa się już obecnie za sprawę chorobową pokrewną lub tę samą, co liszajec zwyczajny. A również przypadki liszajców drugorzędnych, powstających czy to na zmianach tocznia (*lupus vulgaris*), czy kiły (*papulae impetiginosae*) lub t. p. odnosi się już obecnie do zakażenia takiego, jak w liszajcu zwyczajnym. W końcu zaś udowodniono, że paciorkowce mogą wywoływać powstawanie dużych pęcherzy[18]), dających obraz kliniczny pęcherzycy i powstawanie rumieni, jak to między innymi wykazuje przypadek Bernarda[19]), mój[20]) i Ferrettiego[21]) (pęcherzyca w przebiegu wysypki kiłowej).

Przypadki te dowodzą tego, o czem wspomniałem powyżej: że jeden i ten sam mikrob może wywołać różne postaciowo zmiany, zależnie od tego, gdzie nastąpiło zakażenie. Liszajec zwyczajny w swej typowej postaci żółtych miodowych strupów rozwija się na twarzy przeważnie u dzieci, gdzie powstaje zakażenie powierzchownych warstw naskórka, a tem samem powierzchowne pęcherzyki, łatwo pękające. To samo zakażenie wywoła u całego szeregu noworodków chorobę zakaźną nagminną w postaci pęcherzycy (*pemphigus neonator.*), lub podobną postać chorobową u starszych. W tych przypadkach zakażenie samej skóry następuje prawdopodobnie od zewnątrz, albo, jak to bywa u dzieci słabszych, nierzadko zołzowych, z błony śluzowej nosa.

Są jednak przypadki, w których zakażenie wkroczyło głębiej w skórę, a zarazek dostawszy się do dróg chłonnych, czy krwionośnych, przechodzi niemi następnie od wewnątrz na zewnątrz w skórę i powoduje w niej różnorakie postacie zmian, a zatem obok pęcherzy głębszych, rumienie (*erythema*) płaskie lub guzowate, nierzadko pokryte na powierzchni drobnymi pęcherzykami. Ta różność zmian, występująca tak wybitnie w rumieniu wysiękowym (*erythema exsudativ. multiforme*), — który niewątpliwie jest przyrody zakaźnej, — jest bardzo znamienną dla podobnych zmian zakaźnych.

Jeżeli dodamy do powyższych postaci obraz niesztowic (*ecthyma*), powstających w pewnych warunkach z liszajca zwyczajnego (Sabourand), obraz róży i różycy (*erysipeloïde*), to będzie to mniej więcej cały zbiór objawów postaciowych, powstających na tle zakażenia paciorkowcem.

Wspomniałem już jednak, że nie wszyscy autorowie godzą się na to, iż paciorkowiec może wywołać te wszystkie zmiany, chociaż przyjmują zakaźność tych zmian. Z drugiej strony postacie te, szczególnie pęcherzykowe, mogą być tak różne, że nierzadko dopiero badanie histologiczne i bakteryologiczne wskazuje na pewno na ich pochodzenie. Sądzę zatem, że dla potwierdzenia powyższych zapatrywań korzystnem będzie przytoczyć i opisać dwa przypadki, spostrzegane przezemnie w klinice dermatologicznej krakowskiej Prof. Reissa, któremu za odstąpienie materyału serdeczne składam podziękowanie. Przypadki te, jak to wskażę w dalszym ciągu, odstępowały wyraźnie od zwyczajnego typu i z tego względu zasługują na uwagę.

I. Franciszek Z., liczący lat 18, nie był dotąd chory. Na tydzień przed przyjęciem do kliniki (25/5 1905) wytworzył się u niego po skaleczeniu drobny ropień przy nasadzie dużego palca prawej ręki. W trzy dni potem doznał chory dreszczów i objawów gorączki, przyczem zauważył ból w całej kończynie górnej prawej, rozpromieniający się aż szyi. Wśród bólów i uczucia pieczenia powstała najpierw na ramieniu, później i na przedramieniu wysypka pęcherzykowa.

Na palcu dużym prawej ręki można spostrzedz jeszcze ograniczony, zaczerwieniony obrzęk, pokryty strupem, z pod którego wycisnąć można nieco ropy. Na skórze szyi po stronie prawej, ramienia i przedramienia prawego widać gromadki i szeregi pęcherzyków. Gromadki te są różnej wielkości, licząc po kilka do kilkanaście pęcherzyków drobnych, bo od wielkości główki od szpilki do wielkości soczewicy dochodzących. Tu i owdzie widać nie gromadkę, ale raczej szereg pęcherzyków, ułożonych w linii wężykowatej, rzadko zaś tylko pojedyncze pęcherzyki.

Pęcherzyki te zawierają ciecz jasną, wodnistą, wyjątkowo tylko trochę zmętniałą. Skóra, na której powstały opisane pęcherzyki, jest w jednych miejscach blada, jak skóra prawidłowa, w innych nieco zaczerwieniona i obrzękła. W przeważnej części pęcherzyki zajmują wewnętrzną stronę przedramienia i ramienia, bark i szyję w okolicy nadobojczykowej prawej.

Już następnego dnia po przyjęciu chorego do kliniki, ciecz jasna niektórych pęcherzyków, szczególnie większych, mętniała i z każdym dniem liczba tak zmienionych pęcherzyków wzrastała. Niektóre z nich jednak zasychały w stanie niezmienionym, inne wyjątkowo tylko pękały, a ciecz wylana krzepła w strup.

Prócz tych zmian znajdują się w około warg ustnych po stronie prawej dwa żółte drobne strupki. Gruczoły chłonne pachowe i szyjne (powyżej obojczyka) strony prawej są nieco powiększone.

Całość obrazu w tym przypadku przypominała obraz rozległego półpaśca (*herpes zoster*) całej kończyny — zwłaszcza, że do wejrzenia przedmiotowego dołączały się i objawy podmiotowe, jak ból i pieczenie, znamienne dla półpaśca. A nadto i wejrzenie samych pęcherzyków czyniło obraz podobnym do tej sprawy chorobowej, bo ściany ich były stosunkowo dość grube, niezapadające się i niepękające, jak to bywa w liszaju zwyczajnym.

Już jednak badanie mikroskopowe surowiczej treści pęcherzyków wykryło obecność ziarenkowców klepsydrowatych, ułożonych w krótkie łańcuszki po 3—5 ziarn. Hodowle w pipetach, napełnionych mieszaniną surowicy płynnej z bulionem (wedle Sabouranda) potwierdziły powyższy szczegół, dowodzący, że mamy przed sobą zakażenie paciorkowcami (*dermatitis bullosa streptogenes*). Płyn hodowli, przeszczepiony na pożywkę stałą (agar z surowicą) dał hodowle, znamienne dla paciorkowca.

Budowę pęcherzyków, ich makroskopowe wejrzenie, wyjaśniło badanie histologiczne wyciętych ze skóry pęcherzyków. Badanie to wykazało, że jama pęcherzyków leżała w naskórku, w górnej jego części, ale nie tak powierzchownie, jak to najczęściej bywa w liszajcu zwyczajnym. Górną ścianę pęcherzyka tworzyły bowiem nie tylko wszystkie warstwy naskórka zrogowaciałego, ale i przyczepione do niego pojedyncze komórki kolczaste górnych warstw. Całość zatem sprawiała wrażenie, że wysięk surowiczy, dostający się nagle w naskórek, oderwał od sieci Malpighiego część komórek górnych warstw wraz z naskórkiem zrogowaciałym.

[17]) Revue prat. d. mal. cut., syph. et vener. 1903.
[18]) Sabourand. Zjazd lek. angiels. w Cheltenham. 1901.
[19]) Annal. d. derm. et syph. 1899.
[20]) Przegl. lek. 1902 i Revue prat. d. mal. cut. syph. et vener. 1904 III.
[21]) Clinica dermosif. Roma 1904, 3.

Dlatego obok przyczepionych jeszcze komórek sieci widać było w jamie pęcherzyka komórki, wyciągnięte we włókna, inne, leżące wolno w skrzepłej cieczy, a na dnie komórki kolczaste obrzękłe. Jama pęcherzyka była wypełniona przeważnie cieczą surowiczą i licznemi nitkami włóknika obok skąpych tylko ciałek wysiękowych. Zaledwo tylko w kilku skrawkach spostrzegałem mikroby w postaci krótkich łańcuszków, leżących wzdłuż nitek skrzepłego włóknika.

Tak zatem badanie drobnowidowe treści pęcherzyków, jak i badanie jej bakteryologiczne, mimo wejrzenia klinicznego, podobnego do zmian półpaśca, przekonywałoby, że było to zapalenie pęcherzykowe skóry, wywołane zakażeniem paciorkowcami. A w tym przypadku należałoby tylko rozstrzygnąć, czy zmiany te wywołało zakażenie, powstałe od zewnątrz, czy też zarazek, wtargnąwszy w głąb tkanek, dopiero następowo dostał się w skórę i był przyczyną powyższej zmiany. Rana, powstała na palcu, wyprzedzająca powstanie ropnia, była najprawdopodobniej przyczyną ogólnego zakażenia, o czem świadczyłoby podniesienie ciepłoty i opisane objawy ogólne. Dopiero następowo wywołał zarazek w skórze kończyny górnej, jako najbliższej furcie, przez którą nastąpiło zakażenie ustroju — zmiany, wspomniane powyżej, w których wykazano i drobnowidowo i bakteryologicznie swoiste dla takich zmian mikroby. W przypadku niniejszym zatem prawie na pewno można twierdzić, że miejscem wejścia zarazka była rana, powstała pod wpływem urazu na palcu, a stąd dopiero drogą naczyń chłonnych, czy krwionośnych, dostał się zarazek do skóry całej kończyny górnej.

II. Waleryan Ł., lat 26, z rodziny zdrowej i sam nigdy nie chorował. Choroba zaczęła się przed 4 miesiącami nieznacznym „pryszczykiem" na grzbiecie stopy lewej. Po rozdrapaniu początkowej zmiany powstało drobne owrzodzenie, które rozszerzało się, pokrywając się grubym strupem. Prawie równocześnie zaczęły rozwijać się podobne przeczosy sączące i pokrywające się strupem na skórze goleni prawej, tułowia i na kończynach górnych.

Przy przyjęciu chorego do kliniki (15/II 1905) stwierdzono dobre odżywienie chorego, brak zmian w narządach wewnętrznych, brak nieprawidłowych składników w moczu i następujące zmiany w powłokach skórnych. Na ramieniu i przedramieniu prawem, na plecach, klatce piersiowej i pośladkach znajdują się miejsca, pokryte grubymi strupami, barwy żółto-brunatnej, kształtu okrągłego lub obrączkowatego, wielkości różnej, od korony srebrnej do wielkości pięciokoronówki. Po odjęciu strupa widać albo powierzchnię skóry żywo zaczerwienioną i sączącą, albo obnażoną z naskórka i lekko krwawiącą, albo, co najczęściej, ubytek powierzchowny pod strupem, pokryty ropą lub włóknikowym wysiękiem. Brzegi ubytku są w tym razie nieco wyniosłe i zaczerwienione. Na brzegu niektórych zmian spostrzega się podniesienie naskórka, wypełnione cieczą jasną lub lekko zmętniałą.

Badanie wydzieliny tych powierzchni, obnażonych z naskórka, wykryło obecność paciorkowców obok dość licznych gromadek gronkowca złotego. Do badania brano i ciecz z miejsc sączących i wysięk z pęcherza, powstającego na brzegu zmian i badano nie tylko drobnowidowo, ale i w hodowlach, podobnie, jak w poprzednim przypadku.

Na mocy tego obrazu klinicznego i stwierdzenia mikrobów drogą bakteryologiczną rozpoznano niesztownice mnogie (*ecthymata multiplicia*), rozwinięte prawdopodobnie na tle zakażenia paciorkowcem ze zmiany, powstałej początkowo na stopie.

Badanie histologiczne kawałka skóry, wyciętego z brzegu zmiany, pokrytej pęcherzem, a w części strupem, stwierdziło obraz niesztowic, a w jamie pęcherza ciecz w części surowiczą, w części ropną. Z mikrobów znaleźć można było w niektórych skrawkach skąpe łańcuszki paciorkowca (*streptococcus*) obok dość licznych ziarn gronkowca (*staphylococcus*), leżących w górnych częściach pęcherza.

Nie ulegało zatem wątpliwości, że w tym przypadku niesztowice skóry powstały na tle zakażenia paciorkowcem, do którego dołączyło się, jak zazwyczaj w tych przypadkach, zakażenie gronkowcem złotym. Przypuszczać jednak można w tym przypadku, że najprawdopodobniej zakażenie powstało na drodze zewnętrznej, a nie wewnętrznej, jak w poprzednim przypadku.

Badanie podobnych przypadków nie tylko kliniczne, ale ścisłe drobnowidowe i bakteryologiczne pozwoli prawdopodobnie wkrótce wytworzyć całość obrazu zmian, wywołanych tem zakażeniem.

II. Z zakładu bakteryologii i higieny Prof. Dra Bądzyńskiego i z zakładu medycyny sądowej Prof. Dra Sieradzkiego c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

O tak zwanych zatruciach mięsnych z uwzględnieniem epidemii zatrucia we Lwowie w r. 1904.

Podał

Dr. Ferdynand Stankiewicz,

asystent zakł. med. sądow.

(Dokończenie).

Gdy zdolność tych prątków do zakażenia po tych doświadczeniach nie ulegała wątpliwości, przedsięwzięto nowy szereg doświadczeń w celu wykazania, czy bakterye te wytwarzają jady (toksyny), a skoro wyniki badań — jak to wykaże poniżej ich opis — pytanie to potwierdziły, także próby nad wytrzymałością tych jadów przy ogrzewaniu w roztworach. W tym celu albo przesączano hodowle przez filtr Chamberlaina, a przesącz wstrzykiwano zwierzętom, lub też ogrzewano hodowle przez godzinę w ciepł. 70° C i wstrzykiwano je wraz z zabitymi drobnoustrojami. Tak w pierwszym, jak i w drugim razie, tak przed doświadczeniem, jak i w razie sekcyi zwierząt, zakładano hodowle dla upewnienia się o jałowości materyału. Z doświadczeń tych przytoczę następujące:

1) 10/XII. Dwom myszom białym wstrzyknięto podskórnie po 1 cm^3 48-godzinnej hodowli bulionowej, przez godzinę poprzednio w ciepł. 68° C ogrzewanej: zginęły obie, jedna 11/XII wieczorem, druga 13/XII w nocy. Za życia nie było znamiennych objawów, przy sekcyi również zmian nie było.

2) 12/XII. Dwie świnki morskie, około 300 gr. ważące otrzymały po 2·5 cm^3 48-godzinnej hodowli bulionowej przesączonej, a to jedna podskórnie, druga do jamy brzusznej. Pierwsza zginęła 17/XII, druga 21/XII. U tej drugiej spostrzeżono na trzy dni przed zgonem powłóczenie tylnemi kończynami, porażenie pęcherza, gdyż mocz odchodził ustawicznie kroplami i porażenie odbytu, który był stale powalany płynnym kałem. W tym przypadku stwierdzono napewno objawy poraźne (w dwóch innych przypadkach objawy były niewyraźne i niepewne), gdyż n. p. po szczypaniu nie następowały w kończynach tylnych żadne odruchy; można je było wsadzać do wrzącej wody lub przypalać płomieniem gazowym (przy sekcyi nie badano kręgosłupa i rdzenia).

3) Dwie myszy szare, ważące po 20 gr., otrzymały podskórnie po 2 cm. przesączonej 7-dniowej hodowli bulionowej, a to jedna z nich po ogrzaniu tej hodowli przez pięć minut we wrzącej wodzie. Obie zginęły w nocy z 5-go na 6/I, to jest po trzech dniach.

4) Z dwu świnek wstrzyknięto jednej 1·5, drugiej 1·2 cm^3 podskórnie 3-tygodniowej hodowli bulionowej, po poprzedniem ogrzaniu przez godzinę w 70° C, a następnie przez 5 minut we wrzącej wodzie. Pierwsza zginęła po 4 dniach, druga po tygodniu. Przy sekcyi stwierdzono u obu jedynie silne przekrwienie narządów klatki piersiowej

i jamy brzusznej, u jednej z nich nadto liczne wybroczyny pod opłucną; zresztą wynik sekcyi tak w tych przypadkach, jak i w innych, w których posługiwano się hodowlami zabitemi, bywał zazwyczaj ujemny.

5) Z tej samej hodowli po ogrzaniu przez godzinę do 70° C, a następnie przez 15 minut do 100° C, wstrzyknięto śwince do żyły udowej około 0·2 cm³; zgnęła po kilku godzinach w nocy.

6) Taka sama ilość tej samej hodowli, wstrzyknięta do otrzewnej śwince, mniej więcej tej samej wagi, co poprzednia, nie wywołała prócz kilkodniowej choroby żadnych gorszych następstw.

7) Królikowi wstrzyknięto pod skórę 3·5 cm³ trzytygodniowej bulionowej hodowli, przesączonej i ogrzanej przez 5 minut we wrzącej wodzie. I w tym przypadku prócz ciężkich, tydzień przeszło trwających objawów chorobowych, śmierć nie nastąpiła. W tym przypadku powstał jednak niedowład kończyn dolnych, utrzymujący się przez kilka dni, tudzież silna biegunka, obok innych objawów ogólnych.

Z doświadczeń tych wynika niewątpliwie, że drobnoustroje, które wyosobniono ze studzeniny i napotkano w zwłokach, wprowadzone jakiemikolwiek drogami do ustroju zwierząt, jak myszy (szarych i białych), świnek morskich, gołębi i królików, wywoływały u nich objawy chorobowe, a często i śmierć. Ten sam skutek wywoływały również hodowle tych drobnoustrojów, czyto przesączone, czy też ogrzewane poprzednio do 70° C przez godzinę, lub do 100° C przez parę minut. Własności te posiadały tak drobnoustroje ze zwłok, jak i ze studzeniny w jednakim stopniu, wywołując ten sam obraz choroby i takie same zmiany patologiczne; ulegała wahaniom jedynie tylko ilość tych zmian, ich nasilenie i siedziba, a to zależnie w części od ilości wprowadzonych drobnoustrojów lub ich wytworów, w części zaś także i od dróg, jakiemi do ustroju się dostały.

W tym względzie poczyniono następujące spostrzeżenia:

1) Między wprowadzeniem prątków i ich wytworów, a nastaniem pierwszych objawów chorobowych upływał pewien przeciąg czasu pozornego zdrowia; okres ten wylęgania, który trwał kilka lub kilkanaście godzin, czasem kilka lub kilkanaście dni (w jednym przypadku, gdy zadano prątki *per os*), zależał od ilości wprowadzonych drobnoustrojów lub charakteru ich hodowli; najdłuższym był okres ten przy zadaniu *per os* hodowli, zwłaszcza starszej, z płytek żelatynowych, najsilniej działały hodowle bulionowe kilkudniowe, prawdopodobnie skutkiem równoczesnego działania jadów. Bywały jednak przypadki, w których objawy chorobowe następowały natychmiast po zakażeniu.

2) Co się tyczy objawów chorobowych, spostrzeganych za życia zwierząt, to jedne z nich były stałe, jak utrata łaknienia, żywości ruchów, gnuśność i niechęć do zmiany miejsca, zwiększenie się wydzieliny spojówek, osłabienie mięśni, chód chwiejny, wychudnięcie; inne spostrzegano często, jak rozwolnienie, bolesność przy ucisku i wzdęcie brzucha, wreszcie inne spotykano tylko kilka razy, jak niedowłady i porażenia tylnych kończyn, pęcherza i odbytu; ciepłota w pierwszych dniach zazwyczaj była podniesioną, opadała jednak w kilku przypadkach na 1—2 dni przed śmiercią niżej poziomu prawidłowego.

3) Często przy wstrzykiwaniach podskórnych, niekiedy jednak i przy śródotrzewnych powstawał w miejscu wstrzyknięcia naciek ograniczony, który niekiedy w razie powrotu do zdrowia znikał po pewnym czasie bez śladu, często jednak przechodził w rodzaj ropnia z treścią szarawobiałą lub żółtawobiałą, w obwodzie więcej spoistą i twardszą, w samym środku miększą i zserowaciałą; ropień taki nigdy nie przebijał skóry na zewnątrz i nie wylewał się; czasem otwierano go przez nacięcie, często jednak pozostawiano go bez leczenia; nad ropniem nienaciętym raz tylko powstała sucha zgorzel skóry, zazwyczaj ropień trwał bez zmiany do śmierci zwierzęcia lub ulegał wessaniu. Badanie bakteryologiczne nie stwierdziło w tych ropniach żadnych innych drobnoustrojów prócz tych, które wprowadzono zwierzęciu, w dwóch zaś przypadkach hodowle z takich ropni były jałowe.

4) Obraz sekcyjny był również rozmaity, zależnie od przebiegu i sposobu zakażenia. W razie bardzo szybkiego zejścia śmiertelnego nie było zupełnie zmian anatomicznych, któreby gołem okiem stwierdzić się dały; im czas pomiędzy zakażeniem a śmiercią był dłuższy, tem też więcej bywało zmian. Ogólnie możnaby powiedzieć, że po zakażeniu śródotrzewnem występował zazwyczaj na plan pierwszy obraz włóknikowego zapalenia otrzewnej; wstrzyknięcie prątków pod skórę lub zadanie ich *per os* cechowały w następstwie przedewszystkiem objawy w zakresie przewodu pokarmowego, chociaż tego za regułę uważać nie można, czego najlepszym jest dowodem doświadczenie I (świnka I).

Ścisłemi określeniami dawki śmiertelnej tych drobnoustrojów nie rozporządzam wskutek tego, że wkrótce po rozpoczęciu pracy nastąpiła w niej pewna przerwa, przez który to czas czyste hodowle tych prątków nie były przeszczepiane; stopień ich jadowitości dozwala określić tylko opisana wyżej próba wstrzyknięcia soku, wyciśniętego z mięśni zwłok osoby zmarłej z zatrucia, z której to próby można wnosić o wielkiej jadowitości tych prątków, gdyż ilość ich w tym soku, jak tego dowiodły hodowle na płytkach żelatynowych, była bardzo małą i wynosiła około 25 na mniej więcej 2 mgr. cieczy. Lecz i w czystych hodowlach, osłabionych niezawodnie wskutek przechowywania, prątek ten posiadał dość znaczną jadowitość; 0·2—0·5 cm.³ takiej hodowli bulionowej 48-godzin zabijało myszy, 0·5—2 cm.³ świnki morskie, 2·5 do 5 cm.³ króliki. Że jadowitość opisanych prątków w istocie była wielka, świadczy też przebieg epidemii; spożycie bowiem nawet bardzo małej ilości studzeniny wywoływało groźne objawy, liczba przypadków ciężkich stanowiła $^1/_3$ część wszystkich zasłabnięć, a w przypadku, który zakończył się zgonem, śmierć nastąpiła po spożyciu około 125 gr. studzeniny ($^1/_4$ część całości około 500 gr., kupionej za 30 hal.).

Najlepszy rozwój tych drobnoustrojów na słabo kwaśnych pożywkach tłómaczy nam dobrze i czyni zrozumiałem szybkie ich rozmnażanie się w mięsie, które po zabiciu zwierzęcia również oddziaływa słabo kwaśno. Jak zaś one szybko i w głąb mięsa wnikają i rozmnażają się, tego dowodzi następujące doświadczenie:

Dwa duże kawałki mięsa o przebiegu włókien równoległym wycięto aseptycznie w kształcie słupów 18×4×5 cm. z większych kawałków mięsa zaraz po zabiciu młodego wołu w rzeźni i umieszczono w jałowych naczyniach. Po stwierdzeniu ich jałowości zakażono oba na jednym końcu, a mianowicie jeden kawałek na górnej powierzchni przez pomazanie zakażoną tymi drobnoustrojami łyżeczką platynową, drugi zaś kawałek również na jednym końcu, ale wewnątrz, przez wbicie igiełki strzykawki do głębokości 2 cm. (na 1 cm. do końca) i wpuszczenie kropelki hodowli bulionowej tych drobnoustrojów. Naczynia z tymi kawałkami mięsa trzymano w 7—9° C. W pierwszym przypadku stwierdzono, że droga, jaką drobnoustroje przebyły w ciągu doby wynosi około 8 cm.; po 48 godz. wolny był jeszcze przeciwległy koniec mięsa, ale już w odległości $1^1/_2$—2 cm od niego stwierdzono obecność prątków, po upływie zaś 60 godzin całe mięso roiło się od tych bakte-

ryj. Co się tyczy drugiego kawałka, to na górnej powierzchni powyżej miejsca wkłucia wykryto prątki już na drugi dzień, trzeciego były one w połowie długości kawałka, lub nawet dalej; na przeciwległym końcu stwierdzono je dopiero czwartego dnia.

Doświadczenia te dowodzą z jednej strony, jak szybko opisane prątki w mięsie martwem się rozmnażają, z drugiej zaś, że w tym samym czasie przebywają dłuższą drogę przy równoległym układzie włókien mięsnych, niż wówczas, gdy muszą posuwać się prostopadle lub poprzecznie do układu wiązek mięsnych.

W końcu wspomnieć należy o wynikach badań własności aglutynacyjnych.

Surowica, którą się posługiwano, pochodziła z dwu źródeł:

a) surowica z krwi jednej z osób, chorych z zatrucia mięsem, uzyskana w 28 dniu od początku choroby, a raczej od chwili spożycia studzeniny;

b) surowica ze zwierząt, uzyskana przez wstrzykiwanie coraz większych dawek hodowli drobnoustrojów żywych lub zabitych. Nadmienić należy, iż z 3 zwierząt, użytych do tego celu, t. j. 1 królika i 2 świnek, jedna tylko świnka utrzymała się przy życiu aż do czasu, w którym można było użyć jej surowicy do badań.

Aglutynacyę badano tak gołem okiem w wązkich rurkach, jak i drobnowidowo w kropli wiszącej. Doświadczenia wykonano dwa razy, każdym razem w inny sposób, mianowicie raz użyto hodowli agarowych 18 do 20 godzinnych, których jedno uszko (= 2 mgr.) rozczyniano w 0.5 cm.³ fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, poczem dodawano 0·5 cm.³ odpowiednio rozcieńczonej surowicy, drugim zaś razem używano 12-godzinnych hodowli bulionowych. Za dodatni wynik przy badaniu gołem okiem uznawano ten, przy którym w pierwszym przypadku po godzinnem, w drugim po dwugodzinnem staniu w cieplarce (w 37° C.) stwierdzono zupełne skłębienie się drobnoustrojów i oddzielenie się wyraźne tego kłębka od przeźroczystego i wyjaśnionego płynu. Tworzenia się kłaczków, choćby nawet wyraźnych, nie uważano za wynik dodatni, wobec czego podane poniżej liczby, chociaż może są niższe od rzeczywistych, jednak są całkiem pewne; oczywiście wykonywano równocześnie także badania porównawcze.

Z surowicą ludzką (*a*) ze względu na małą jej ilość rozleglejszych prób nie wykonano, stwierdzono tylko, że w rozcieńczeniu 1:200 aglutynuje ona drobnoustroje tak ze zwłok, jak i ze studzeniny, nie aglutynuje zaś ani w tem rozcieńczeniu, ani też w niższem (poniżej 1:20 nie badano) prątków duru brzusznego, ani też prątków okrężnicy.

Surowica świnki morskiej (*b*) aglutynowała w równym stopniu drobnoustroje ze zwłok i ze studzeniny, najwyżej w rozcieńczeniu 1:800; nie aglutynowała ani prątków durowych, ani prątków okrężnicy nawet w rozczynie 1:20. Zapomocą tej surowicy (*b*) zbadano także i drobnoustroje z innych epidemii zatruć mięsem, przyczem stwierdzono dodatni wynik:

z prątkiem	Gärtnera . . .	w rozczynie . .	1:800
„	Morseele . . .	„ . .	1:200
„	Abla	„ . .	1:200
„	Basenaua . .	„ . .	1:800
„	Fischera z Rumph.	„	1:800
„	„ z Hanstedt	„ . .	1:800
„	Haenschego z Wrocławia .	ujemny wynik nawet 1:25.	
„	Günthera z Poznania . .	ujemny wynik nawet 1:25.	

Wyniki, uzyskane sposobem drugim, t. j. przy użyciu hodowli bulionowych, były około 10% niższe.

W sprawie aglutynacyi dodać muszę jeszcze jeden szczegół: pierwszą ofiarą epidemii lwowskiej był młody robotnik, przyjęty do szpitala w dniu 3/VI na oddział chorób zakaźnych ze względu na objawy, przypominające dur brzuszny (osutka, powiększenie śledziony, ciepłota i t. d.). W historyi choroby szpitala znajduje się zapisek, że u tegoż chorego „odczyn Widala był wybitnie zaznaczony (lecz nie do tego stopnia, aby próbę można uważać za dodatnią)“. Miarą (titre) aglutynacyjną wedle zasięgniętych wiadomości było w tym razie rozcieńczenie 1:100. Dowodzi to również własności aglutynujących surowicy krwi chorych z zatrucia mięsem.

Przed wysnuciem wniosków z przebiegu epidemii i powyżej streszczonych badań wspomnieć jeszcze należy o wyniku dochodzeń urzędowych w tej sprawie.

Studzeninę, którą chorzy kupowali w dwu sklepach przy ul. K. i Sz., wyrabiał jeden tylko rzeźnik, mianowicie właściciel sklepu z ul. K., który część wyrobu oddawał do rozsprzedaży rzeźnikowi z ul. Sz. Pierwszy z nich zeznał, że kupił w dniu 31/V od rzeźnika S. w tutejszej rzeźni miejskiej 3 wieprze, oglądane za życia i po zabiciu wedle obowiązujących przepisów. Wieprze te stanowiły część większej partyi, zakupionej na Węgrzech. Nóg tych wieprzów użył on do sporządzenia studzeniny, której część przyrządzono w dniu 1/VI, resztę zaś 3/VI, ponieważ 2/VI było uroczyste święto. Tak z pierwszego, jak i z drugiego wyrobu odstąpił po dwie foremki tej studzeniny masarzowi z ul. Sz. do rozsprzedaży. Skonfiskowana przez władze studzenina, (której część służyła do powyższego badania), stanowiła nierozsprzedaną część wyrobu z 3/VI. Co się stało z resztą mięsa z tych wieprzy, niewiadomo, gdyż w tym kierunku dochodzeń nie robiono; w sklepie, ani w pracowni, nie znaleziono żadnego mięsa z wyjątkiem marynujących się szynek; w pracowni i w sklepie stwierdzono czystość i higieniczne warunki. Dodać należy, że wedle zeznań czeladników tegoż masarza studzeninę sporządzano z nóg wieprzowych, dodając zazwyczaj nóżek i „bruścików“ (mostków piersiowych) młodych byczków. Czy w tym przypadku dodawano do wyrobu studzeniny innego mięsa i jakiego, tego również nie dochodzono.

Wreszcie jako znamienną okoliczność podnieść należy, że za podszeptem masarza z ul. K. zataił masarz z ul. Sz. wobec władz posiadanie foremek ze studzeniną tak, że one dopiero później dostały się do rąk władzy. Również nie badano zupełnie, jaki był stan zdrowia zwierząt, których mięsa użyto do wyrobu studzeniny, nie stwierdzono też wiarogodności zeznań rzeźnika z ul. K. tak, że za udowodniony przyjąć można tylko fakt, że masarz z ul. K. zakupił rzeczywiście w rzeźni w dniu 31/V od rzeźnika S. trzy wieprze, które, wedle przepisów w rzeźni oglądane, uznano za zdrowe, a mięso ich za dobre; wszystkie zaś inne okoliczności nie są niczem poparte i nie mogą stanowić żadnego dowodu. Nie udowodniono zatem, czy do studzeniny użyto rzeczywiście nóg z wymienionych wieprzy, czy też innego mięsa, lub czy prócz tych wieprzy nie użyto innego mięsa, co jest bardzo prawdopodobne wobec zeznań czeladników.

Badanie chemiczne studzeniny i treści przewodu pokarmowego zwłok nie wykryło ani trucizn metalicznych, ani też alkaloidów roślinnych.

Jeżeli uwzględnimy przebieg epidemii i rodzaj objawów chorobowych łącznie z wynikiem sekcyi z jednej strony, z drugiej zaś strony wyniki dochodzeń, badań chemicznych

i bakteryologicznych, musimy przyjąć za udowodnione, że epidemia lwowska była tak zw. zatruciem mięsnem, cechującem się objawami w zakresie przewodu pokarmowego, a wywołanem przez spożycie studzeniny, zakażonej przez powyżej opisane drobnoustroje, należące do grupy prątka Gärtnera. Jednakie własności drobnoustrojów ze zwłok i studzeniny, obecność ich w zwłokach prawie w czystej hodowli, ich własności postaciowe i biologiczne, wyniki doświadczeń na zwierzętach, objawy chorobowe u osób zatrutych, wyniki aglutynacyi, szczególnie zaś wyniki aglutynacyi z surowicą jednej z chorych osób, wszystko to jest niezbitym dowodem, że studzenina ta, przedewszystkiem zawarte w niej mięso miało własności, bardzo dla zdrowia szkodliwe. Szybkie powstawanie pierwszych objawów i bardzo krótki okres wylęgania się choroby (zazwyczaj 4—5, w niektórych przypadkach 3—4, a raz nawet 2 godziny) dowodzi, że w przeważnej części przypadków było to zatrucie (*intoxicatio*) wytworzonymi w mięsie jadami (toksynami), do którego później dopiero przyłączało się zakażenie (*infectio*). Jak silne były wytworzone w mięsie jady, dowodzi tego śmierć 56-letniego, poprzednio zupełnie zdrowego i nie dotkniętego żadnemi wadami organicznemi mężczyzny w ciągu zaledwie 32 godzin od spożycia studzeniny, wśród nieprzytomności i zapadu, mimo pomocy lekarskiej.

Własności szkodliwe miał tak pierwszy, jak i drugi wyrób tej studzeniny we wszystkich częściach bez wyjątku, o czem świadczyło, że chorowały bez wyjątku wszystkie osoby, które jadły studzeninę, zakupioną z tych dwóch sklepów w czasie od 1 do 5 czerwca. Że mięso nie było tu zepsute, gnijące, dowodzi tego zgodne świadectwo wszystkich zatrutych osób, które studzeninę tę uważały za smaczną; niektóre jadły ją dwukrotnie, nikt zaś nie zauważył złego smaku, zapachu i t. p. objawów zgnilizny. Zresztą świadczy o tem także badanie części tej studzeniny w 5 dni po jej wyrobie, t. j. w dniu 8/VI, w którym to czasie nie było jeszcze śladów znaczniejszej zgnilizny, gdyż nawet wtedy jeszcze galareta jej nie była całkiem rozpłyniętą. Nie ulega zatem wątpliwości, że sam materyał, użyty dwukrotnie do wyrobu studzeniny, t. j. mięso, był zakażony powyższymi prątkami; z jakiego zwierzęcia mięso to pochodziło, czy w studzeninie było mięso jednego tylko zwierzęcia, czy też kilku zwierząt, lub nawet zwierząt różnego gatunku, tego nie wiemy i możemy pod tym względem wypowiadać tylko przypuszczenia. Uwzględniwszy zeznania czeladników rzeźnika z ul. K., że do wyrobu studzeniny oprócz nóg wieprzowych używano zazwyczaj mostków, nóg z młodych byczków, oraz zachowanie się tego rzeźnika wobec władz i chęć ukrycia naczyń z nierozsprzedaną częścią studzeniny, należy przypuścić, że albo studzenina nie była sporządzoną z nóg wieprzy, oglądanych w rzeźni, lub też, że oprócz tego było w tej studzeninie jeszcze inne mięso, w którem należałoby może szukać źródła prątków. Ważnem byłoby także oznaczyć czas, w którym nastąpiło zakażenie mięsa studzeniny; jednak i co do tej okoliczności zbyt mało mamy danych tak, że pod tym względem, nie wiedząc, skąd pochodziło mięso, możemy jedynie wyrazić swe domysły. Z okoliczności, że takie drobnoustroje, jak powyżej opisany, należące do grupy *bac. enterit. Gärtneri*, napotykane bywają u zwierząt, dotkniętych pewnego rodzaju chorobami (najczęściej u cieląt, młodych byczków, krów, rzadziej u świń), że tak pierwszy, jak drugi wyrób studzeniny we wszystkich swych częściach okazał się szkodliwym, co dowodzi, że prątki były w mięsie równomiernie rozmieszczone, — z okoliczności tych należałoby wnosić, że zwierzęta, czy zwierzę, którego mięsa użyto do wyrobu studzeniny, było już za życia chorem, że zatem prątki te znajdowały się w mięsie jeszcze przed jego ugotowaniem. A w takim razie — uwzględniwszy obecność tych prątków w narządach zwłok denata — wynikałoby z tego, że gotowanie mięsa nie wystarczało do zabicia prątków, nie tworzących, jak wiadomo, zarodników. Że gotowanie mięsa, zwłaszcza w dużych kawałkach, może nie wystarczać do zabicia znajdujących się w nim prątków tego rodzaju, dowodzi tego przebieg kilku epidemii, oraz doświadczenia Forstera z gotowaniem dużych kawałków mięsa. W niniejszym jednak przypadku trudno przypuścić, iżby gotowanie nie było dostateczne dla zabicia zakażających mięso prątków. Oględzinami i badaniem drobnowidowem kawałka mięsa ze studzeniny stwierdzono bowiem, że mięso to dawało się łatwo igiełkami rozdzielić na pojedyncze włókna i włókienka, które nie miały już budowy prążkowanej i dawały się łatwo rozetrzeć między palcami na miazgę, co wobec dopiero rozpoczynającej się zgnilizny przemawia za dobrem ugotowaniem mięsa; z drugiej zaś strony przemawiają za tem przepisy i sposób sporządzania studzeniny, wedle którego mięso i inne narządy zwierzęce muszą się długo i dobrze gotować, wprost rozgotować, ażeby w gotującej się wodzie rozpuścił się wszystek zawarty w tych częściach klej zwierzęcy, który następnie tworzy po ostygnięciu właściwą galaretę. Natomiast ten sposób zakażenia mięsa jest możliwy wówczas, jeśli przyjmiemy, że mięso i te części narządów, z których przyrządzono sam bulion (tworzący po ostygnięciu galaretę) pochodziły z innego zwierzęcia czy zwierząt, aniżeli mięso, którego kawałki tkwiły w tej galarecie, które nie wymagało tak długiego gotowania, a włożone było w galaretę dopiero przed jej całkowitem zastygnięciem. Wprawdzie rozumowanie to wydaje się może sztuczne; — jednakże jak pouczył mnie jeden z rzeźników — studzeninę i bulion przyrządza się niekiedy właśnie na dwa zawody, z różnych gatunków mięsa. Na bulion, tworzący potem galaretę, bierze się mianowicie chrząstki nosowe, uszne, części mostka i części stawowe kości cieląt i innych młodych zwierząt, gdyż obfitują one w klej zwierzęcy, a po ugotowaniu ich wrzuca się mięso z innych zwierząt, pokrajane w dość duże kawałki, a to dlatego, że ludność uboższa przenosi taką studzeninę z widocznymi kawałkami mięsa (tak zw. z kostką) nad tę, w której mięso jest na miazgę rozgotowane, dla oka mniej widoczne.

O wiele jednak prawdopodobniejszą jest chwila zakażenia studzeniny, a raczej zawartego w niej mięsa po jej ugotowaniu, a w czasie jej przyrządzania lub przechowywania, aczkolwiek wspomniana okoliczność, t. j. zakażenie wszystkich części studzeniny z obu wyrobów, wcześniejszego i późniejszego, prawdopodobieństwo to nieco osłabia. Kawałek mięsa zakażonego, jeden narząd z takiego zakażonego zwierzęcia, znajdujący się w pracowni lub w składzie rzeźnika, zakazić może inne, obok leżące mięso, zakażenie to łatwo przenieść się może na narzędzia i naczynia, do wyrobów masarskich służące, tudzież na ręce osób pracujących, a takie zakażone naczynia, nie odkażone w sposób odpowiedni, zakazić mogą cały szereg wyrobów masarskich; ten sposób

zakażenia w danym przypadku był tem możliwszy, że szybkiemu rozmnażaniu się prątków sprzyjała gorąca pora roku i panujące wówczas upały. Ten rodzaj i ta chwila zakażenia przemawia też więcej do przekonania, a nie sprzeciwia się temu przypuszczeniu to, że w pracowni rzeźnika miano stwierdzić czystość i higieniczne warunki, gdyż znajdujące się w pracowni narzędzia i naczynia badano zbyt powierzchownie, a właściciel wiedział już poprzednio o grożących mu dochodzeniach (sprawa była już podówczas rozgłośną) i miał czas uporządkować pracownię i sklep, w których prócz marynujących się szynek żadnego nie znaleziono mięsiwa.

Przedstawiony powyżej przebieg dochodzeń, przedsięwziętych dla wyjaśnienia tej sprawy, stanowi dowód, że podobnie, jak w wielu innych przypadkach, tak i w tym nie powinno było zabraknąć w komisyi śledczej lekarza, któryby wskazał władzom kierunek, w jakim dochodzenia przeprowadzić należy, aby jak najkrótszą drogą dojść do wyników i któryby pouczył, czy i jakiego rodzaju badania lub rozbiory przez odpowiednio ukwalifikowane osoby lub zakłady przedsięwziąć należy, w jakich naczyniach i w jaki sposób opakowane być powinny materyały, przeznaczone do badania bakteryologicznego, tudzież, że badanie to należy wykonać bez zwłoki, choćby nawet pominąć wypadło pewne formalności, jeżeliby one miały być przyczyną zwłoki i wywrzeć przez to na wynik tego badania wpływ niekorzystny.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Schwarze i prof. Grunert (Hala): **Einführung in das Studium der Ohrenkrankheiten, ein Grundriss der Otologie in Form von akademischen Vorträgen für Studierende und praktische Aerzte.** (Vogel, Lipsk, 1905).

Aczkolwiek same nazwiska autorów, zażywających światowej sławy, stanowią najlepsze polecenie dla tego ich dzieła tak, że dalsze jego zalecenie uważać można za zbyteczne, to przecież chcemy niniejszem podnieść niektóre godne uwagi szczegóły, którymi ono wyróżnia się i odznacza od innych prac podobnych. Dzieło to, właściwie przeznaczone dla dawnych i przyszłych słuchaczów kliniki otyatrycznej w Hali, a więc dla takich lekarzy i studentów, którzy już przebyli ćwiczenia praktyczne w badaniu i rozpoznawaniu chorób usznych, odbiega znacznie od typu zwyczajnych podręczników. W miejsce systematycznego uporządkowania materyału według utartego szematu znajdujemy tu ugrupowanie treści, odpowiadające więcej celowi dydaktycznemu. Uwzględniwszy w treści najważniejsze i najpospolitsze stany i zmiany chorobowe w narządzie słuchowym, podaje autor w krótkich i treściwych wykładach dokładny obraz całokształtu nowoczesnej otyatryi, a mimo przeważającego kierunku praktycznego strona teoretyczna została należycie uwzględnioną, o ile to jest potrzebne dla gruntowniejszego zrozumienia.

Pracę swą podzielił autor na 18 wykładów, z których 2 (III i IV) są pióra Schwartzego, a reszta Grunerta. Część ogólna (5 wykładów) nosi nagłówki: I. etyologia, II. profilatyka i higiena, III. symptomatologia, IV. dyagnostyka i V. terapia. Anatomię autorowie zupełnie opuścili, a fizyologię słuchu skreślili tylko częściowo w odpowiednich uwagach, wplecionych do innych wykładów, a zwłaszcza do trzeciego. W tym rozdziale nie ogranicza się autor do samego opisania poszczególnych objawów, lecz wyszczególnia też choroby, w których one występują, wskazuje na ich znaczenie rozpoznawcze, tłomaczy ich powstanie i dołącza wskazówki lecznicze. Wykład VI z tytułem: „Die Verletzungen des Ohres“ zawiera opis wszystkich rodzajów uszkodzeń narządu słuchowego, ich objawy, przebieg, następstwa i leczenie. Jest to przedmiot bardzo ważny ze względu na to, że zmiany, w tym narządzie napotykane, są nieraz jedynemi, które pozwalają na rozpoznanie uszkodzenia czaszki, podczas gdy objawy ze strony mózgu, mimo tego uszkodzenia, zupełnie mogą brakować. Obszerne przedstawienie tego przedmiotu, jak również wykład następny VIII „Begutachtung von Ohrverletzungen“ ma wysoką wartość i zasługuje na szczególne uznanie. Rozdziały te zawierają bowiem dla każdego lekarza bardzo pożyteczne i potrzebne wiadomości, zwłaszcza w naszej dobie, gdzie sprawy ubezpieczenia i nieszczęśliwych wypadków w rękodziełach i przemyśle coraz więcej nabierają aktualności i lekarz coraz częściej znajduje się w położeniu rzeczoznawcy, mającego wydać orzeczenie o istniejącem lub udawanem kalectwie, jego przyczynach i stopniu.

Wykłady VIII i IX traktują o nowotworach, ciałach obcych i nerwicach ucha, z szczególnem uwzględnieniem klinicznie ważnych i praktycznie potrzebnych szczegółowych cierpień. Choroby ucha zewnętrznego i błony bębenkowej są przedmiotem wykładu X-go. Jako najczęstsza postać rozlanego zapalenia ucha zewnętrz. podaje autor grzybicę uszną. W leczeniu czyraka ucha zewnętrznego poleca on przecięcie, jednak nie wcześniej, aż można z pewnością liczyć na obecność ropy. Po przecięciu czyraka poleca wkładać do przewodu usznego pasek gazy, zamoczony w 1% rozczynie azotanu srebrowego. Ten sam środek ma oddawać dobre usługi w celu zapobiegania nawrotom tej choroby, jeżeli się go zastosuje jako pędzlowanie ścian ucha zewn. Z zadowoleniem wspomnieć możemy, że podział ostrych zapaleń ucha środkowego, przyjęty przez autorów w wykładzie XI, bardzo jest zbliżony do podziału, którego sprawozdawca w swojem dziele[1]) bronił. Trudno jednak zgodzić się z autorem jeżeli powiada: „dass ein isolierter Tubenkatarrh anatomisch, nicht erwiesen und klinisch nicht wahrscheinlich ist“ (str. 218): jakże można inaczej nazwać obraz chorobowy, przy którym obok upośledzenia słuchu i autofonii, nie można wykazać żadnych przedmiotowych zmian zapalnych, oprócz może lekkiego zaciągnięcia błony bęb. (zresztą prawidłowej), silnego nieżytu jamy nosowo-gardłowej, a natrysk powietrza sprowadza natychmiastową poprawę słuchu? Co do przekłucia, to Grunert zajmuje stanowisko skrajne, które najwybitniej charakteryzuje orzeczenie autora, że gdzie zachodzi wątpliwość co do obecności wypociny i co do wskazania do tego zabiegu, to lepiej zawsze jest wykonać go, gdyż w każdym razie mniej tym zabiegiem zaszkodzi się, niż przez jego zaniechanie tam, gdzie zachodzi do tego potrzeba; jest to stanowisko, którego autor już dawniej bronił w różnych artykułach i odczytach na posiedzeniach lekarskich. Tak zwane „suche leczenie“ nie poleca się w tej chorobie, zwłaszcza w praktyce ogólnej. Analogicznie do zapaleń ostrych dzieli autor także przewlekłe zapalenia ucha środk. na nieżyt przewlekły i przewlekłe ropienie (wykład XII). Jako ważny objaw, przemawiający za obecnością wypociny w jamie bęb., podnosi autor ograniczone przekrwienie dolnego obwodowego odcinka błony bębenkowej. W wykładzie XIII „Die ossalen Komplikationen der Mittelohreiterung“ opisuje autor choroby wyrostka sutkowego, próchnicę i zgorzel jamy bęb. i kostek usznych, oraz żółciolojak. Na kwestyę wydłutowania wyrostka autor zapatruje się radykalnie, twierdząc, że nawet w przypadkach wątpliwych należy zdecydować się na operacyę, choć próbną (Explorativoperation), a nie czekać za długo na wyraźniejsze objawy, bo „Je mehr Zeichen, desto mehr Leichen“. Przyznaje jednakże, że nawet dla bardzo doświadczonego lekarza może być trudnem oznaczenie chwili, w której dalsze czekanie byłoby szkodliwem. Następowy żółciolojak, powstały wskutek wrastania naskórka z przewodu ucha zewn. do jamy bęb. po ropnem zapaleniu

[1]) *Krótki zarys nauki o chorobach usznych* (Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich im. Edwarda Korczyńskiego w Krakowie).

ucha środk. odróżnia Grunert jako „extrauterin angelegter“ od pierwotnego prawdziwego żółciołojaka jako „intrauterin angelegtes“, powstałego wskutek śródmacicznego odszczepienia się nabłonka płaskiego. Jako nienależący do żółciołojaka wyklucza Grunert czop naskórkowy w przewodzie ucha zewn. i guz perlisty na błony bębenkowej Wysoką wartość przyznać należy wykładowi XIV-mu, traktującemu o „ośrodkowych powikłaniach ropienia usznego“, w którym różne te powikłania opisano pod względem rozpoznawczym w sposób bardzo dokładny i treściwy, stanowiący wybitną zaletę tego dzieła. Tętno zwolnione i napięte, oraz zapalenie n. wzrokowego, dające się postrzegać w ropniu mózgowym, uważa Grunert za następstwa — nie wzmożonego ucisku śródczaszkowego, lecz raczej za skutek podrażnienia przez toksyny n. błędnego, względnie n. wzrokowego. Surowicze zapalenie opon mózgowych, polegające na obrzęku mózgu i na wzmożonym płynie mózgowordzeniowym, może powodować te same objawy, co rozlane zapalenie opon mózgowych, od którego odróżnia się klinicznie tylko większą uleczalnością W leczeniu ropnicy, będącej następstwem zakrzepicy i zapalenia zatoki żylnej autor z zaufaniem podaje chininę, którą zapisuje w dawkach po 0·5. — Osobny rozdział (wykład XV) poświęcony jest twardzieli (sclerosis). Zapatrywania autora na tę chorobę znane są z innych jego prac, po części także podane w wyciągach w „Przeglądzie lekarskim“. Zajmującem jest to, że autorowie wykazali tę chorobę już w 10—12 roku życia chorych. Ostatnie 3 wykłady noszą tytuły: „Erkrankungen des inneren Ohres“ (XVI), „Taubstumheit“ (XVII) i „Missbildungen des Gehöroiganes. Prothesen u. Korrektionsapparate“ (XVIII). Słusznie ostrzega autor przed usiłowaniami miejscowego leczenia choroby ucha wewn., gdyż dość często napotyka się na bezcelowe, a nawet szkodliwe bezkrytyczne zastosowanie różnych sposobów natrysku powietrza w tej chorobie ze strony lekarzy. Trafne uwagi, tyczące się osławionych, szalbierczo zachwalanych narzędzi i olejków usznych, kończą cenne to dzieło. Po spisie treści następuje w dodatku spis narzędzi, potrzebnych dla praktycznego lekarza w celu badania i leczenia chorego ucha w codziennej praktyce, oraz wykaz istniejących w Niemczech zakładów dla głuchoniemych.

Dzieło omawiane stoi na wyżynie tegoczesnego stanu nauki i najnowszych jej zdobyczy. Wszędzie widnieje w autorze wytrawny spostrzegacz, doświadczony nauczyciel i praktyk. Przyjemne wrażenie robi niezwykła szczerość i trzeźwość w ocenianiu środków leczniczych i ich skuteczności. Z drugiej jednak strony jako wadę uważamy, że strona leczniczo-kliniczna zbyt skąpo jest uwzględnioną, gdyż według naszego zdania lekarz praktyk powinien zawsze rozporządzać pewnym zasobem różnych środków i sposobów leczniczych, które w przypadkach uporczywych i długotrwałych często zmieniać wypada. To, że piśmiennictwo nie zostało przytoczono, nie jest wadą, bo tego działu w takiej książce nie należy oczekiwać. Ważnym i pożałowania godnym uszczerbkiem jest zupełny brak rysunków, co pożyteczność tej książki dla początkujących znacznie ogranicza.

Wydanie jest ozdobne i godne znanej firmy nakładcy.

Spira.

• • •

IV. Wyciągi.

CHIRURGIA. Körte. **O najodpowiedniejszej porze operacyi w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Arch. f. klin. Chir.*, Tom 77, Z. 3). Wczesne operowanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego datuje się od roku 1889, kiedy Schüller wspomniał o takiej operacyi. W r. 1890 zwrócił znów uwagę chirurgów Kümmel na operowanie „na zimno“, w czasie przerwy między napadami. Autor, nauczony doświadczeniem, jest obecnie zwolennikiem jak najwcześniejszego operowania. Na 1791 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego spotkał w 341 zapalenie otrzewnej, z których wogóle 60 prc. (tak z operowanych, jak i z nieoperowanych) skończyło się śmiertelnie. Wiele przypadków zapaleń otrzewnej nie operowanych, wiele ostrych niedrożności jelit ma swe źródło w zapaleniu wyrostka i często o tem nawet nie wiemy. Przebiegu w żadnym przypadku przewidzieć nie można. Najlżejsze cierpienia biorą nagle fatalny obrót: naodwrót pozornie bardzo ciężkie leczą się same. Nasze sposoby badania nie dają żadnej rękojmi. Liczenie białych ciałek w początku choroby nie ma żadnej wartości. W początkach choroby, kiedy szanse operacyi byłyby najlepsze, nie ma zwykle objawów zajęcia otrzewnej, mimo że przy operacyi znaleźć można już obficie ropę. Najczęściej jeszcze cięższym stanom towarzyszy napięcie powłok brzusznych. Środki przeczyszczające, stosowane dawniej z zapałem w początkach choroby przez Francuzów i Amerykanów, często szkodzą, pobudzając błony śluzowe do silniejszego wydzielania, nieraz też przyśpieszają przedziurawienie wyrostka. Z tego zapewne powodu Francuzi i Amerykanie stali się pierwsi zwolennikami wczesnej operacyi. Makowiec sprawia wprawdzie ulgę, nie pomaga jednak zresztą wcale, a zaciera obraz chorobowy. Los chorych rozstrzyga się zwykle w pierwszych 48 godzinach. Nawet rozległe ropne zapalenia otrzewnej, wcześnie operowane, dają dość dobre rokowanie; tak n. p. z 137 przypadków zajęcia otrzewnej w 57 spotkał autor w bardzo wczesnym okresie już wolną ropę w otrzewnej. 27 z tych przypadków operowano w pierwszych 2 dniach: śmiertelność 18·8 prc. Z operowanych w 3 dniu 30 przypadków zmarło już 36·6 prc., z później jeszcze operowanych 66·6 prc. Operacya bardzo wczesna nigdy zaszkodzić nie może, a ochrania od groźnych następstw. Z 80 chorych operowanych wcześnie, nie umarł autorowi żaden (wspomina tu autor oczywiście o zwykłych przypadkach bez przedziurawienia). Z groźnych powikłań wspomina autor szczególnie o ropnem zapaleniu żył i ropniach wątroby (na 20 przypadków uratował autor 2), ropniach podprzeponowych (z 33 wyleczone 21 operacyjnie, reszta umarła), dalej o zajęciu części rodnych kobiecych, przetokach kałowych, ropniakach i t. d. Tworzenie się zrostów cechuje ostre występowanie niedrożności kiszek (z 5 przypadków 2 uratowane). Wyrostek należy usuwać tuż u przyczepu przy kiszce ślepej, gdyż pozostawienie małego nawet kikuta usposabia już do nawrotów. Pomyłki w rozpoznawaniu zdarzają się często. Należą tu n. p. tak zwane fałszywe zapalenia na tle nerwowem. Wyrostek usuwamy, a bole trwają dalej. Dalej przy nieprawidłowem położeniu wyrostka rozpoznajemy nieraz błędnie inne cierpienie, lub naodwrót inne cierpienie bierzemy za zapalenie wyrostka. Tak np. autor zoperował raz przypadek duru brzusznego, rozpoznawszy mylnie zapalenie wyrostka, a dopiero sekcya wyjaśniła sprawę. W przypadkach wątpliwych drenuje autor od tyłu przy grzebieniu kości biodrowej. Na 600 przypadków autora, operowanych „na zimno“, śmiertelność wynosiła 1 prc. Autor operuje dopiero w 4—6 tygodni po napadzie. Wnioski autora są następujące: 1) Każde zapalenie wyrostka, objawiające się silnymi bolami, podrażnieniem otrzewnej i napięciem powłok brzusznych, powinno być operowanem jak można najrychlej (w 1 lub 2 dniu). 2) Przypadki zajęcia otrzewnej można często jeszcze uratować, jeżeli operuje się w 1—2 dniu choroby. 3) Po upływie 2 dni należy tylko otwierać ropnie, wyrostek usuwać zaś potem „na zimno“. *Dr. Adolf Kłęsk.*

Hoffa. **Wrodzone biodro szpotawe** (*coxa vara*). (*Deut. med. Wochs.*, Nr. 32, 1905). Autor przyjmuje prócz biodra szpotawego na tle krzywicy lub urazu także typowe wrodzone biodro szpotawe, biorące początek w braku bioplastycznej energii rozrostu kości. W chrząstce nie spotykamy odznaczającej się warstwy rozrostowej, beleczki kostne nie rosną tu przez nawarstwianie (*appositio*), a szpik kostny okazuje zmiany podobne, jak w wieku starczym. Dokładne fotografie Röntgenowskie pouczają najlepiej, że takie cierpienie istnieje. Samorodne biodro szpotawe różnie się wybitnie od krzywiczego. Przedewszystkiem szyjka kości udowej zupełnie się niewykształca lub ledwo jest zaznaczoną, dalej linia nasadowa (*Epiphysenlinie*) przebiega tu pionowo, w biodrze krzywiczem zaś skośnie, w końcu zaś w krzywicy często spotykamy ubytki główki. Prócz tego w krzywicy kość udowa często bywa znamiennie wygiętą, co nie zdarza się przy biodrze szpotawem wrodzonem. Uraz wyłączyć można już z tego powodu, że cierpienie to spotykamy często obustronnie, lub po jednej stronie biodro szpotawe, a po drugiej wrodzone zwichnięcie, a dalej, że biodro szpotawe zdarza się także u maleńkich dzieci. Całą sprawę objaśnia autor zdjęciami röntgenowskiemi przypadków, których dotąd spostrzegał 10.

Dr. Adolf Kłęsk.

Bornhaupt. **Zranienia naczyń i urazowe tętniaki w wojnie rosyjsko-japońskiej.** (*Arch. f. klin. Chir.*, Tom 77, Z. 3). W szpitalu w Charbinie od 23 marca 1904 do 15 marca 1905 poczynił autor wiele ciekawych spostrzeżeń. W obecnej pracy zajmuje się autor zranieniem naczyń krwionośnych i urazowymi tętniakami. Przypadków takich spostrzegał autor 22. Nowoczesna

broń powoduje często wytwarzanie się tętniaków, co zapewne trzeba położyć na karb małego kalibru pocisków i stosunkowo gładkich a wązkich kanałów postrzałowych. Rannych przywożono najczęściej 6—10 dnia do szpitala, często w bardzo prymitywnych opatrunkach i bez szyn ustalających. W 3 przypadkach operowano z powodu wielkiego krwotoku. Z rannych jeden umarł na posocznicę. W 3 przypadkach nie operowano i to w jednym tętniak tętnicy biodrowej zewnętrznej znikł sam, w 2 zaś innych (tętn. tętnicy udowej) guz znacznie zmalał i nie wywoływał żadnych przypadłości. W 11 przypadkach zranioną była równocześnie tętnica i żyła. Z tych 9 operowano z powodu żyłotętniaka z pomyślnym wynikiem. W jednym przypadku tętniaka, wyżej wspomnianym, z silnem zakażeniem kanału, wyłuszczono tętniak, następowo jednak z powodu zgorzeli odjęto kończynę.

Zranień wielkich nawet naczyń, nie krwawiących jednak bardzo na zewnątrz, nie należy operować, jak radzi n. p. Zoege von Manteuffel odrazu na polu bitwy, lecz lepiej przeczekać pewien czas i operować dopiero w większym szpitalu, gdzie można być pewnym aseptyki. Szew boczny, a nawet okrężny przy doraźnem gojeniu się rany (*prima intentio*) jest postępowaniem idealnem. Chorych należy transportować tylko w opatrunkach ustalających i ostrożnie. W tętniaku tętniczym może szmer zupełnie nie występować. Urazowy tętniak leczy się nieraz sam, zakażenie usposabia do gwałtownych następowych krwotoków. Nowoczesne kule przebijają nawet okrągłe otworki w naczyniach, a naczynia nie usuwają się, jak sądzono, przed niemi. Najlepszym sposobem operacyi dużego tętniaka jest jego wyłuszczenie w 4 tygodnie po zranieniu wśród ścisłej aseptyki. Co do częstości ran różnych naczyń, to 2 razy zranioną była i została podwiązaną tętnica szyjna wspólna; oba przypadki zakończyły się szczęśliwie. Po podwiązaniu nie było żadnych przypadłości następowych. Z innych zranień, w których naczynie podwiązano, przytacza autor po jednem zranieniu tętnicy głębokiej uda i żyły kolanowej (1). Druga grupa obejmuje przypadki, w których wyłuszczono tętniaki. Były to zranienia: tętnicy pachowej (1), ramieniowej (1), udowej (2), kolanowej (1). W grupie trzeciej operowano żyłotętniaki, a mianowicie: ramieniowy (1), udowy (2), kolanowy (5), strzałkowy (1), w 3 przypadkach, wspomnianych wyżej, wcale nie operowano. Rany, zadane bronią nowoczesną, goją się według zdania autora przeważnie dobrze przy leczeniu zachowawczem. W końcu przytacza autor szczegółowe historye choroby.

Dr. Adolf Klęsk.

Schulz. **Zakrzepy żylnych zatok pochodzenia usznego.** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, Nr. 35, 1905). Autor miał na posiedzeniu lekarzy w Gdańsku odczyt o zakrzepach zatok żylnych pochodzenia usznego. Z oznak rozpoznawczych podnosi objaw Griesingera. Ucisk palcem pomiędzy mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym a dolną szczęką na wewnątrz i ku górze ku podstawie czaszki (żyła szyjna) jest wtedy bardzo po stronie chorej bolesny. Bolesność ta pochodzić może naturalnie także od obrzmiałych gruczołów. W omówieniu leczenia uznaje w zupełności racyę bytu podwiązywania żyły szyjnej, otwierania jej opuszki i oczyszczania ze skrzepów. W dyskusyi Behrend odmawia wartości objawowi Griesingera, gdyż spotyka się go również często przy ropniach zewnętrzno-oponowych tylnej części czaszki. Również nie jest on zwolennikiem podwiązywania żyły szyjnej, nie chroni to bowiem od przerzutów ropnych; odpływ odbywać się może drogą zatoki skalistej dolnej. Podwiązanie żyły wykonać należy, gdy skrzep nie sięga zanadto nizko ku sercu i spodziewać się należy, że jest natury zakaźnej. Ze statystyki Hesslera wynika, iż mimo podwiązania żyły szyjnej około w 21% występują przerzuty. *Dr. A. Klęsk.*

Schiff. **Stowaina jako środek miejscowo znieczulający.** (*Deutsch. med. Wochft.* Nr. 35, 1905). Stowaina, środek pokrewny kokainie (amylenchlorhydrat), został wprowadzony zeszłego roku w życie we Francyi. Jest ona dwa razy mniej trującą od kokainy. Stosowano ją w roztworach $^1/_2$% z dodatkiem 0,85% NaCl. Dawkę dozwoloną unormowano do 0,229 ($^1/_2$%—44 cm). Stowaina nie wywołuje przykrych przypadłości tak jak kokaina, a działa również silnie. Ze stron ujemnych podnoszą tylko krwawienie z powodu rozszerzenia naczyń w miejscu wstrzyknięcia i wskutek tego niezarysowania się pęcherza, oznaczającego znieczulenie. Brak ten usunąć się daje jednak przez dodatek adrenaliny. Stowainę dostarczają w rurkach pojemności 2 sz. cm. w roztworze 1%, dalej w rurkach o 10 sz. cm. (0,75%) i 1 cm. 10% z dodatkiem NaCl wyjałowioną, albo wreszcie *in substantia* po 5—10 grm. Gram kosztuje 45 fenigów, jest więc znacznie tańszą od kokainy. W Charité wypróbowano stowainę w 203 przypadkach. Znieczulenie wystąpiło w 92·5%, zawiodło głównie przy wyciąganiu zębów. Znieczulenie występuje zaraz po wstrzyknięciu i trwa podobnie długo, jak przy kokainie. Także w znieczuleniu lędźwiowem okazała się stowaina bardzo skuteczną. *Dr. A. Klęsk.*

OKULISTYKA. Odszkodowanie po wypadkach ocznych i oznaczenie jednostki bystrości wzroku. (*X. congrès international d'ophtalmol. Lucerne, 1904. Wydanie książkowe*, rok 1905). Ostatni międzynarodowy zjazd okulistów obrał za główny przedmiot swych obrad sprawę ogólniejszej, społecznej natury, dotyczącą ustawodawstwa przemysłowego i wartości zarobkowej oka uszkodzonego. Z powodu powikłania sprawy czysto lekarskiej, jaką jest stwierdzenie charakteru uszkodzenia, z zagadnieniem ekonomicznem, t. j. ocenieniem wartości zarobkowej, zależnem od ciał prawodawczych poszczególnych państw, nie zapadły na zjeździe żadne obowiązujące uchwały; mimoto wywody trzech głównych sprawozdawców, [Sulzer (Paryż), Axenfeld (Fryburg), Würdemann (Milwaukee)], i rozprawy oświetliły niektóre sprawy sporne i podały wiele praktycznych wskazówek.

Samo stanowisko lekarzy w sprawie określenia w odsetkach stopnia niezdolności do pracy nie jest wszędzie jednakie. Förster i Schmidt-Rimpler pozostawiają ocenę wysokości odszkodowania zawodowcom i przytaczają jako przykład niemieckie zawodowe stowarzyszenie młynarzy, które od lekarza żąda tylko oceny lekarskiej. Natomiast w Szwajcaryi, Francyi, Austryi, Belgii i t. d. żądają od lekarza oceny, podanej w odsetkach, uzasadniając to żądanie tem, że tylko lekarz zdoła ze stopnia uszkodzenia oka wnosić o jego zdolności zarobkowej. Przy ocenianiu zdolności zarobkowej z góry wyłączyć należy wszelką ocenę podmiotową; z drugiej jednak strony wzory matematyczne, polecano w swoim czasie przez Magnusa, nie odpowiadają również poczuciu słuszności i stwarzają skłonność do schematyzowania poszczególnych przypadków. Mogą one raczej służyć za dane pomocnicze dla doświadczalnie stwierdzonych wartości. Dla tak złożonego bowiem zjawiska, jak stosunek bystrości wzroku do zdolności zarobkowania, niezbędnem jest posiadanie całego szeregu dokładnych spostrzeżeń. Rzeczywista ocena wartości oka straconego lub uszkodzonego stanie się dopiero wtenczas możliwą, gdy zdoła się określić bystrość wzroku, wymaganą w różnych zawodach i stosunki, zachodzące między fizyologiczną bystrością wzroku, a jego zdolnością użytkową w poszczególnych zawodach. Najczęściej jednak lekarz-znawca nie posiada żadnych danych, upoważniających go do wydania oceny, a obecnie w praktyce używany podział na zawody wyższe i niższe nie jest wystarczającym przy ocenianiu wysokości odszkodowania. Zapobiedz temu mogłyby tylko systematyczne badania bystrości wzroku u robotników, któreby należało przeprowadzić nietylko w poszczególnych zawodach, ogółem biorąc, ale i w różnych gałęziach pracy jednego i tego samego zawodu. Za przykład mogą posłużyć zbadane dokładnie przez Sulzera warunki pracy w dwóch wielkich zakładach przemysłowych: w warsztatach tkackich i fabryce lamp żarowych. Zależnie od rodzaju czynności wymaganą jest rozmaita bystrość wzroku, siła akomodacyi i zdolność bryłowatego widzenia. Ta różnorodność wymagań wzrokowych, nie uwzględniona przez autorów wzorów matematycznych, stanowi główną przeszkodę w ich użyciu; według Sulzera przeprowadzenie masowych badań bystrości wzroku u robotników rozmaitych zawodów stworzyłoby podstawę do oceny utraty zarobku i oznaczenia wysokości odszkodowania. Przyszłość jednak dopiero okaże, czy badania te dadzą dodatnie wyniki i ułatwią rozwiązanie pytania, dotyczącego zarobkowej bystrości wzroku.

W sprawozdaniu Axenfelda zasługują na uwagę wnioski, streszczone przez samego autora w końcu pracy: 1) w przypadkach jednostronnej ślepoty lub jednooczności należy się w każdym razie renta stała w granicach od 25—30 prc.; czasami jednak procent przyznany może być wyższym ze względu na okres przyzwyczajenia się do nowych warunków życiowych. Wtedy jednakże należałoby już w pierwszej uchwale zastrzedz sobie prawo odpowiedniego zmniejszenia renty po upływie 1—2 lat. Między okiem lewem, a prawem niema różnicy. 2) Przy ocenie jednostronnej utraty soczewki (*aphakia*) należy uwzględniać tylko istotną bystrość wzroku bez szkieł poprawczych. Zmniejszenie renty może z czasem nastąpić, nigdy zaś nie powinno się jej zupełnie odbierać, lecz pozostawić co najmniej 10 prc. renty stałej. 3) Jednostronne obniżenie bystrości wzroku powyżej $^1/_{10}$ pozostawia jeszcze nienaruszoną zdolność obuocznego bryłowatego widzenia i dlatego nie wymaga wyznaczenia renty. 4) Badania bystrości wzroku dla celów zarobkowych należy wykonywać w warunkach, najbardziej zbliżonych do warunków pracy. A więc twarzą, zwróconą do okna lub jasno oświetlonej przestrzeni, a to w tym celu, by uwzględnić powstające przy pracy objawy podrażnienia oka lub olśnienia, n. p. w przypadkach plam rogówkowych. Badanie bowiem bystrości wzroku twarzą, zwróconą od okna, daje inne, może lepsze wyniki, nie zgadzające się jednak z rzeczywistością. Olśnienie i podrażnienie powinny być uwzględniane w wymierzaniu wysokości renty, są one bowiem powodem przerw w pracy, a tem samem uszczuplają wydatność pracy robotnika. 5) Zaburzenia mięśni ocznych, wywołujące widzenie podwójne, należy oceniać

jako jednooczność; po ustąpieniu widzenia podwójnego podobna ocena, jak przy braku soczewki. 6) Zwężenia pola widzenia podlegają ocenie w połączeniu z innymi objawami nerwicy urazowej. 7) Robotnicy rolni powinni otrzymywać odszkodowanie w tej samej wysokości, jak robotnicy fabryczni; w przypadkach jednooczności należy się im również stała renta.

Poza pytaniem ekonomicznej natury rozprawiano również nad sprawą rdzennie naukową, poruszoną w przedłożeniu francuskiego towarzystwa oftalmologicznego i dotyczącą oznaczenia jednostki bystrości wzroku. Do porozumienia również nie przyszło, wybrano tylko komisyę, która ma się zająć sprawą oznaczenia bystrości wzroku i przedstawić wyniki swych badań na najbliższym zjeździe. Ponieważ uchwała, która wówczas zapadnie, obowiązywać będzie nietylko okulistów, lecz wszystkich lekarzy, mających jakąkolwiek styczność z oznaczeniem bystrości wzroku. Nie od rzeczy będzie podać w krótkości wyciąg ze sprawozdania Sulzera, który jest jednym z głównych przedstawicieli, domagających się zmian w tym kierunku. W epoce kiedy Girand-Teulon i Snellen (1862) obrali kąt jednej minuty za jednostkę bystrości wzroku i oznaczyli przez ułamki stopnie niższe, mierzono jeszcze szkła według systemu calowego. Obecnie zniesiono system mierzenia na cale, a zaprowadzono podział według systemu setnego (dyoptrya). Podobnie zaleca Sulzer międzynarodową tablicę próbną do badania wzroku, opartą na nowym systemie mierniczym. Zamiast dzielić ćwiartkę obwodu kołowego na 90°, a te na minuty i sekundy i oznaczać kąt jednej minuty za jednostkę bystrości wzroku, wprowadza Sulzer system setny, według którego ćwiartka jest podzielona na 100° z dziesiętnemi i setnemi stopnia, a jako jednostkę mierniczą uznaje literę, która w odległości 5 metrów widziana jest pod kątem jednego stopnia. Odpowiada to prawie $^1/_{10}$ obecnej bystrości wzroku. Tę bystrość wzroku chce Sulzer nazwać na wzór mianownictwa, używanego w fizyce, nazwą „Snellen", inni znowu „stopniem", „eidoptryą", „Landolt zaś krótko mianem „opt".

W starej zasadzie oznaczania zdolności widzenia przez *minimum separabile* nie zmienia więc Sulzer nic, bystrość wzroku ma się nadal oznaczać przez najmniejszy kąt, pod jakim mogą być jeszcze oddzielnie widziane dwa punkty lub dwie linie czarne na białem tle. Jednostkę bystrości wzroku oznaczałoby się tylko przez kąt jednego stopnia, a szeregi dla oznaczenia wyższej bystrości wzroku miałyby być tak dobrane, by można je w praktyce wyrazić w liczbach całych. Stopniowanie bystrości wzroku, sto-owane obecnie według postępu geometrycznego, chce S. zastąpić mniejszym postępem geometrycznym przez wprowadzenie współczynnika 0·794, uzasadnionego fizyologicznym faktem zmniejszania się bystrości wzroku w miarę oddalenia od środka plamki żółtej. Sposób obliczania, podany przez Sulzera, nie zyskał sobie zwolenników. Landolt (Paryż) we własnem imieniu zastrzegł się przeciw tej nowej rachubie, podając łatwo sposób wyjścia dla dogodzenia stronie praktycznej przy zachowaniu obecnego podziału. Oznaczając dotychczasową jednostkę bystrości wzroku mianem 10, otrzymałoby się dla niższych stopni mierniki w liczbach całych.

Niedogodność obecnego sposobu określania polega jednak głównie w tem, że wartości liczebne dla różnych stopni bystrości wzroku są nieproporcyonalne do ekonomicznej wartości użytkowej, a wadę tę potrafi dopiero usunąć określenie wartości ekonomicznej każdego stopnia bystrości wzroku na podstawie fizyologicznej i przez wszystkich stosowanej jednostki bystrości wzroku. *Dr. W. Reis.*

Prof. Wicherkiewicz. **Jaskra pod względem pochodzenia, obrazu klinicznego i leczenia.** (*Nowiny Lekarskie* 1905, 5 i 6). W pracy tej przedstawia autor szczegółowo teoryę powstania jaskry i omawia ją krytycznie, następnie kreśli dokładny obraz objawów klinicznych jaskry, których znajomość jest tak ważna dla uniknięcia nieszczęsnych, a niestety zdarzających się jeszcze czasem pomyłek, polegających na pomieszaniu jaskry z zaćmą, albo zapaleniem tęczówki. Omawiając etyologię jaskry, podnosi znaczenie różnych zaburzeń ogólnych ustroju, jak skaza moczanowa, kiłowe zmiany w naczyniach, lub cierpienia odległych narządów, n. p. jajników, zaburzenia jelitowe i t. d. Podnosi też ważny wpływ silnych wrażeń psychicznych na wybuch jaskry ostrej i zwraca uwagę na większą częstość napadów jaskry w porze zimowej, niż w letniej. W leczeniu jaskry stosuje autor z powodzeniem już dawno podaną przez siebie mieszankę ezeryny (0·1 prc.), pilokarpiny (2 prc.) i kokainy ($^1/_2$ prc.). Głównym zabiegiem leczniczym pozostaje w przypadkach ostrych i podostrych oczywiście irydektomia, przy prostej jaskrze (*glaucoma simplex*) nie kwapi się jednak W. z zabiegami operacyjnymi, które nie przynoszą w tem cierpieniu pożytku, gdy stale używane środki zwężające źrenicę, mogą trwale powstrzymać postępy choroby. Tę samą zasadę leczenia stosuje autor do jaskry dziecięcej (*glaucoma infantile*), gdzie irydektomia jest i technicznie trudną i na przebieg choroby nie wpływa korzystnie. W przypadkach jaskry ostrej i podostrej zaleca autor po irydektomii systematyczne nagniatanie gałki ocznej zapomocą palców przez powiekę górną, przez co opóźnia się zabliźnienie ranki i ułatwia wytworzenie tak ważnej dla utrwalenia wyniku operacyjnego blizny filtracyjnej. *K. W. Majewski.*

Wolff Bruno. **O uszkodzeniach oczu noworodka podczas porodu.** (*Festschrift zur Jubilaumsfeier Prof. Julius Hirschberg*, 1905). Autor rozróżnia nieznaczne uszkodzenia oka noworodka, jak obrzmienie lub zaczerwienienie spojówki lub powiek, których powstanie samo się tłomaczy, dalej zmiany wziernikowe, mianowicie często zdarzające się drobne krwotoki siatkówkowe, które uważa za objaw zamartwicy (*asphyxia*), przemijającej lub wiodącej do zupełnego uduszenia płodu; wreszcie ciężkie urazy, które wywołują już to złamanie kostnych ścian oczodołu, lub rozdarcie powiek, jużto wysądzenie lub zupełne wyrwanie gałki ocznej, dalej porażenia mięśni ocznych zewnętrznych, a nakoniec skaleczenia ścian gałki ocznej. W szeregu tablic przeglądowych zestawia autor 112 przypadków ciężkich uszkodzeń oka podczas porodu, zebranych z piśmiennictwa, a w tej liczbie cztery spostrzeżenia własne. Ciężkie te urazy oka zdarzały się wprawdzie także w przypadkach, w których poród odbywał się siłami natury, o wiele częściej jednak podczas zabiegów położniczych, a zwłaszcza przy zakładaniu wysokich kleszczy, przyczem w znacznej większości przypadków trzeba było przypisać uszkodzenie oka u płodu nie zwężeniu dróg porodowych, lecz uciskowi, wywartemu bezpośrednio przez kleszcze. U dzieci, urodzonych w położeniu miednicowem lub po obrocie na nóżki, gdy główka rodzi się na końcu, uszkodzenia oka należą do wielkich rzadkości, natomiast najczęstsze są przy główce przodującej. Ze względu na niebezpieczeństwo, jakie dla tak delikatnego narządu, jak oko, tworzą kleszcze porodowe, radzi autor jak największą wstrzemięźliwość w ich zastosowaniu, a w razie konieczności założenia kleszczy, wielką ostrożność. *K. W. Majewski.*

Moreau. **Obrzęk złośliwy powieki bez krosty czarnej. Obecność prątka wąglika. Wyleczenie.** (*Revue gén. d'ophtalm.* 1905, 5). W lugduńskiej klinice okulistycznej Prof. Rolleta spostrzegano ciężki przypadek obrzęku złośliwego powieki dolnej lewego oka u 50-letniego białoskórnika, przypadek tem się cechujący, że nie było wcale krosty, ani ranki w obrębie obrzęku. We krwi, wydobytej zapomocą nakłucia z obrzmiałej powieki, znaleziono liczne prątki wąglika, nie znaleziono ich jednak mimo kilkakrotnego poszukiwania we krwi z palca. Chory gorączkował wysoko, a szerzenie się obrzęku zdołano powstrzymać przez głębokie okrojenie galwano-kaustyczne, oraz przez wstrzykiwania podskórne nalewki jodowej w otoczeniu części zajętej. Obrzęk powieki skończył się zgorzelą skóry, gałka oczna ocalała, chory wyzdrowiał, a *ectropion palpebrae*, jak dotąd, nie nastąpiło.

K. W. Majewski.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Bichel. **O odporności pepsyny wobec nizkiej temperatury.** (*Deut. med. Wochs.*, 1905, Nr. 35). Ogrzanie pepsyny w roztworze do 55—57° wystarcza do jej zniszczenia. Według Biernackiego dodatek kwasu solnego niektórych soli lub peptonów czyni pepsynę odporniejszą na wpływ wysokiej temperatury. Pepsyna sucha znosi jeszcze temperaturę 100°. W temperaturach nizkich, poniżej 10°, ustaje działanie pepsyny zwierząt ciepłokrwistych; pepsyna żołądka żabiego działa jeszcze energicznie w temperaturze 0°. Doświadczenia autora wykazały, że oziębienie pepsyny do —160° skroplonem powietrzem nie niszczy jej własności nawet po kilkudziesięciu godzinach; tak samo nie działa kilkakrotne zamrażanie i odtajanie. Pepsyna taka ogrzana do swego optimum działa jak pierwotnie. *Seńkowski.*

Croner i Cronheim. **O nowej próbie na kwas mlekowy.** (*Berlin. klinische Wochsch.*, 1905, Nr. 34). Autorowie upraszczają dawniej podany sposób Vournasosa, polegający na przemianie kwasu mlekowego na jodoform, a tego w izonitryl. Dwa grm. jodku potasowego rozpuszcza się w 8 ctm. sz wody, dodaje 1 grm. przesublimowanego jodu, sączy przez azbest i rozcieńcza wodą do 50 cm. sz., a do tego roztworu dodaje się 5 cm. sz. aniliny. Odczynnik, przechowywany w ciemnej flaszce, nie ulega zmianie przez kilka miesięcy. Kilka cm. treści żołądkowej alkalizuje się silnie potażem żrącym, zagotowuje i dodaje nieco opisanego odczynnika. W razie obecności kwasu mlekowego występuje natychmiast lub po powtórnem zagotowaniu przenikliwy zapach fenilokarbylaminu. Granica czułości 0,0025 prc. Alkohol, aceton, aldehyd i t. d. dają naturalnie ten sam odczyn. *Seńkowski.*

Mayer. **O zachowaniu się lecytyny wobec fermentów.** (*Berl. klin. Wochs.*, 1905, Nr. 35). Autor zastanawia się nad pytaniem, który z enzymów soku jelit cienkich działa na lecytynę: trypsyna, erypsyna czy lipaza. Doświadczenia z lipazą zwierzęcego

pochodzenia, mianowicie z steapsyną Grüblera, okazały, że lecytyna pod jej wpływem z łatwością się rozkłada i to najlepiej w oddziaływaniu kwaśnem; po zobojętnieniu sodą oddziaływanie przebiega znacznie wolniej. Doświadczenia z sokiem żołądkowym, który także zawiera ferment lipolityczny, nie dały na razie rozstrzygających wyników. Fermenty lipolityczne roślinne działają również, lecz znacznie wolniej, niż zwierzęce. Działaniu lipazy ulega lecytyna naturalna prawozwrotna (11,04°). Lecytyna racemiczna ulega działaniu lipazy w ten sposób, że prawozwrotna się rozkłada, a lewozwrotna pozostaje. Ponieważ wytwory lecytynowe różnią się znacznie między sobą pod względem optycznej czynności, przeto tu może leżeć powód nierównych wyników terapii lecytynowej. *Seńkowski.*

S. Rubinstein. **Niezwykły przypadek czynności zastępczych.** (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, Nr. 3). Istotnie niezwykły to przypadek, o którym pani Rubinstein wiadomość podaje. Dotyczy on chorej, której kończyny, tak górne, jak i dolne, uległy porażeniu w szóstym roku życia i w tym stanie pozostawały aż do śmierci w ciągu 17 lat. Chora przyzwyczaiła się wiele czynności, które ludzie zdrowi wykonywają zapomocą rąk, spełniać li zapomocą warg i języka. Język z czasem wydłużył się nadmiernie do tego stopnia, iż chora końcem języka dostawała niemal do nasady nosa. Dzięki szczególnemu wyćwiczeniu języka mogła chora nawet jeść bez obcej pomocy. Ujmowała. n. p. wargami widelec i zdejmowała zeń jadło językiem. Z czasem doszła do wielkiej wprawy w pisaniu i rysowaniu ustami. Podczas czytania z wielką zręcznością przewracała ustami karty książki. Wreszcie nauczyła się szyć ustami: zapomocą warg wbijała igłę w stół, przy którym siedziała, następnie wargami i językiem nietylko nawłóczyła nitkę, ale robiła na niej nawet węzełek. Wszystkie te, oraz wiele innych robót wykonywała chora nadzwyczaj zręcznie i dokładnie. *A. Wrzosek.*

P. F. Richter. **Doświadczalnie wywołana puchlina w zapaleniu nerek.** (*Berliner klin. Wochs.*, 1905, Nr. 14). Dotychczas można było wywoływać u zwierząt zapalenie nerek rozmaitymi środkami, jak kantarydyną, chromianem potasu, aloiną i t. p., ale obrazu chorobnego, odpowiadającego zupełnie chorobie Brighta, a więc zapalenia nerek, połączonego z obrzękami i przesiękami w jamach brzusznej i piersiowej, środkami tymi nie można było wywołać. Udało się atoli Richterowi wywołać u zwierząt stan chorobny, odpowiadający całkiem chorobie Brighta, a to przez wstrzykiwanie królikom w ciągu kilku dni z rzędu po 0,0075 do 0,015 azotanu uranowego i jednoczesne wlewanie do żołądka sporych ilości płynu. Okazało się przy tem, iż u zwierząt powstają obrzęki i przesięki w jamie brzusznej i piersiowej zawsze po wstrzykiwaniach azotanu uranowego, niezależnie od tego, czy do żołądka wlewa się im płyny (woda, mleko, wody mineralne), zawierające sporo soli kuchennej, czy też płyny, nie zawierające jej zgoła. Z badań tych wysnuwa autor wnioski pierwszorzędnej wagi zarówno dla patologii, jak i dla lecznictwa, z których najważniejsze są następujące: 1. Zatrzymanie w ustroju części stałych wogóle wskutek niedostatecznej czynności nerek nie wystarcza do wywołania puchliny. Zatrzymanie to jest jednakowe zarówno w zapaleniu nerek, wywołanem przez azotan uranowy, jak w zapaleniach, wywołanych przez rozmaite jady nerkowe, a jednak puchlina powstaje lub powiększa się tylko w zapaleniu nerek, wywołanem przez azotan uranowy. W zapaleniu nerek puchlinę wywołać można zarówno wtedy, gdy się daje zwierzętom sól kuchenną, jak i wtedy, gdy się jej nie daje. 3. Wielkie znaczenie w wywołaniu puchliny w przebiegu zapalenia nerek ma podawanie płynów. 4. W leczeniu zapalenia nerek, połączonego z puchliną, należy ograniczyć, o ile możności, ilość podawanych płynów, mleka nie wyłączając.

A. Wrzosek.

Severin S. A. **Czy centryfugowanie mleka zmniejsza ilość drobnoustrojów, w niem zawartych?** (*Centr. für Bact.* (2) Nr. 18, 20). Ilość drobnoustrojów wzrasta znacznie po osadzaniu mleka w wirówce. Autor dawniej przypuszczał, że dzieje się to skutkiem zanieczyszczenia mleka w wirówce. Obecnie po przeprowadzeniu doświadczeń twierdzi, że źródłem tego zjawiska są wegetacyjne postacie drobnoustrojów, zawarte w samem mleku. Dunbar i Kister przyjmują, że często w surowem mleku znajdują się drobnoustroje, zlepione w kłębek, które przeszczepione na pożywkę stałą, dają jedną kolonię. Kłębki takie rozpadają się podczas osadzania w wirówce na oddzielne cząstki i dlatego z mleka centryfugowanego wyrasta znacznie więcej kolonii drobnoustrojów. Autor zaś przypuszcza, że siła odśrodkowa gwałtownie przyspiesza dzielenie się komórek drobnoustrojowych. Które z tych dwóch przypuszczeń jest słuszne, na razie jest rzeczą nierozstrzygniętą.

Gertler.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Działanie eumidryny na oko badał Kostin (*Rozpr. dokt.* Petersburg, 1904), dochodząc do wniosku, że wkraplania nawet 10 prc. rozczynu tego środka nie sprawiają bólu, wywołują zaś rozszerzenie źrenicy, co do stopnia, szybkości powstania i trwania zależne od stopnia zgęszczenia rozczynu eumidryny, jednakże zawsze nastające rychlej, niż rozszerzenie, które wywołują odpowiednie rozczyny atropiny; przy słabszych rozczynach eumidryny trwa rozszerzenie krócej, przy silnych (10 prc.) dłużej, niż po atropinie. Działania ubocznego, właściwego atropinie, eumidryna nie wywiera lub w bardzo małym stopniu. Stosując równocześnie z eumidryną 2 prc. kokainę, można rozszerzenie źrenicy jeszcze znacznie przyspieszyć. Eumidryna poraża akomodacyę, a porażenie to trwa 1—2 dni dłużej od rozszerzenia źrenicy. W oczach prawidłowych nie wzmaga eumidryna ciśnienia śródocznego, natomiast, jak się zdaje, może je wzmagać w oczach, dotkniętych jaskrą. 1—5 prc. rozczyny eumidryny nie działają na nabłonek rogówki, 10 prc. rozczyn wywołuje jego łuszczenie się. Eumidryna nie niszczy bakteryi. Eumidryna może zastąpić zupełnie atropinę, a nadaje się głównie tam, gdzie zależy na szybkiem rozszerzeniu źrenicy, oraz u nienoszących atropiny; do celów rozpoznawczych nie nadaje się. *B.*

Skuteczność protargolu podnoszą Prof. Comba (*Riv. di Clin. Ped.* 1904, 4) w zapaleniu pęcherza u dzieci na tle zakażenia prątkiem okrężnicy (przepłukiwania 1 prc. rozczynem obok wstrzykiwań swoistej surowicy); Doc. Waldvogel (*Akad. Vorles*, Stuttgart, 1905) jako środka, zapobiegającego zakażeniu wiewiórem; Rudzki A. P. (*Monatsber. f. Urologie* 1905, Z, 6) w leczeniu wiewióra cewki moczowej u chłopców (wstrzykiwania rozczynów od $^1/_4$ prc. do $^3/_4$ prc.), w którym zaleca także podawanie wewnętrzne środków balsamicznych. *L.*

Helmitolu w nieżytach pęcherza używał Spindler (*Aerztl. Ctrztg.* 1905, 17), zarówno do miejscowych przepłukiwań w 1 prc. rozczynie, jak i wewnętrznie (do 8 kołaczyków po 0·5 na dzień). W 7 przypadkach ostrych skutek był wybitny, wyleczenie następowało najdalej po 4 dniach; w 3 przewlekłych (wiewiórowych) działanie było powolniejsze, niemniej jednak wyraźne. *B.*

VI. I. Międzynarodowy Zjazd chirurgów w Brukseli.

(8—23 września 1905.)

W pięknej stolicy Belgii zjechali się chirurgowie z obu półkul, aby założyć międzynarodowe stowarzyszenie. Najwięcej było przedstawicieli Anglii (21), Niemiec (23), Francyi (39), Belgii (34), Holandyi (19) i Szwajcaryi (15). Skromniej przedstawioną była Austrya (9, w tej liczbie dwóch polaków: Rydygier ze Lwowa i Bogdanik z Krakowa). Węgry, Rumunia i Hiszpania wysłały po pięciu, Szwecya czterech, po trzech było z Grecyi i Rosyi (w tej liczbie dwóch polaków: Ehrlich i Zawadzki z Warszawy), po dwóch było z Norwegii, Finlandyi, Danii, Serbii i Portugalii; Włoch był tylko jeden. Oprócz tego przybyło 16 z Ameryki, trzech japończyków i dwóch z Egiptu. Wszystkie te narodowości, czy kraje miały reprezentantów w Komitecie międzynarodowym, nie było atoli Polaka, jakkolwiek Rydygiera, jako takiego, zaproszono do Komitetu.

W d. 18 września otwarto przed południem Wystawę narzędzi; o godzinie 2 giej zaś po południu odbyło się Zgromadzenie walne w dużej sali pałacu akademii. Obrady zagaił minister rolnictwa baron Van der Bruggen, jego też obrano prezesem honorowym; przewodniczącym obrad zaś został Teodor Kocher z Berna. Po ukonstytuowaniu się nastąpiła rozprawa nad pierwszą kwestyą porządku dziennego: „O wartości badania krwi w chirurgii“, który zagaił referatem Kocher. Całe to posiedzenie razem z rozprawą trwało zaledwie nieco więcej nad godzinę. Wieczorem zaś o godz. 9-tej odbyło się przyjęcie członków Zjazdu w hotelu Métropole przez Towarzystwo chirurgów belgijskich. Był to koncert spacerowy, podczas którego roznoszono bulion, szampan, czarną kawę, ciasteczka, kanapki i lody.

W dniu 19 i 20 września przedstawiano w szpitalach „Saint-Jean“ i „Saint-Pierre“ operacye i niektóre metody lecznicze. W nieobecność Biera demonstrował Klapp z Bonn leczenie przekrwieniem żylnem i przyrządami ssącymi, znane czytelnikom „Przegl. lekar.“ z demonstracyi kol Frommera na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie, gdzie przedstawił chorych, u których ten sposób leczenia stosowano w moim oddziale. Podnieść tu muszę, że Bier obecnie zakłada opaskę tylko przez jednę godzinę dziennie Bardenheuer z Kolonii, który miał demonstrować swój sposób leczenia złamań i wyciągań (ekstenzyi), również nie przybył.

Po południu (19—IX) o godzinie 2-giej odbyły się rozprawy nad kwestyą „przerostu gruczołu krokowego“ i nad „chorobami chirurgicznemi nerki“, a w dniu 20-go nad „leczeniem chirurgicznem nierakowatych schorzeń żołądka“. Rozprawy wyczerpano w zupełności mimo znacznej liczby zgłoszonych mowców. We czwartek dnia 21-go września przedstawiano o godz. 9 rano rozmaite nowsze przyrządy, stoły operacyjne i t. d., po południu zaś o godz. 2 odbyła się rozprawa: „o leczeniu gruźlicy stawów“.

Wieczory tych trzech dni wypełniły po kolei: przyjęcie u prezydenta Zjazdu Kochera, przedstawienie (opera) w teatrze „de la Monnaie“ i uczta składkowa. Wkładka wyniosła po 20 franków od osoby, ale się za to Bruksela popisała wyśmienitą kuchnią i znakomitą piwnicą. Po uczcie, w której brał udział i burmistrz Brukseli, zaproszono nas do ratusza, gdzie przy dźwiękach muzyki, grającej na rynku, roznoszono w wspaniałych salach ratusza czarną kawę, likiery, ciastka i cygara.

W piątek o godz 9-tej zakończono rozprawy naukowe dyskusyą „o leczeniu zapalenia otrzewnej“, którą to sprawę wyznaczono pierwotnie na sobotę rano. Po południu o g. 2-giej zakończono Zjazd Posiedzeniem Walnem. Przedewszystkiem uchwalono ostateczne brzmienie statutu Towarzystwa międzynarodowego chirurgii. Ma ono stałą siedzibę w Brukseli, liczba członków jest ograniczona, a ustala ją Komitet co trzy lata przed Zjazdem. Każdy kraj wybiera trzech członków do Komitetu narodowego, z których jeden jest delegatem do Komitetu międzynarodowego. Opłata wynosi 40 franków na trzechlecie. W dyskusyi są dopuszczalne wszystkie języki europejskie, odezwy zaś urzędowe mają być wystosowane w języku francuskim, niemieckim i angielskim. Nad tym punktem wywiązała się obszerniejsza dyskusya, gdyż reprezentant Włoch upomniał się o te same prawa dla języka włoskiego; zebranie jednak wniosek ten większością głosów odrzuciło.

Miejscem przyszłego Zjazdu, który się ma odbyć za trzy lata, obrano Brukselę, a następnie przystąpiono do wyboru przewodniczącego. Było kandydatów trzech. Z tych przy głosowaniu otrzymał Czerny 50 głosów, Terrier 38, Bassini 14, a prócz tego padły 2 głosy na Kocha. Miano tedy przystąpić do głosowania ściślejszego; na wniosek francuzów jednak obrano Czernego przewodniczącym przez aklamacyę. W końcu jeszcze Zawadzki zainterpelował, dlaczego w Komitecie narodowym nie ma przedstawiciela polskiego? wytłómaczono to w ten sposób, że w Komitecie austryackim zasiada niemiec, polak (Rydygier) i czech, że zatem sprawę tę w ten sposob rozwiązano. Uchwalono wreszcie wystosowanie adresu do Listera i na tem zakończono obrady i Zjazd, który się odbył pod patronatem króla Belgów Leopolda II.

W dalszym ciągu nastąpi krótkie streszczenie obrad naukowych. *Bogdanik.*

VII. Tomasz Dower.

Nie ma chyba dziś lekarza, któryby nie polecał proszków Dowera; ale pewno nie wielu tylko zna niezwykłą historyę życia Tomasza Dowera, lekarza, a przytem korsarza, filozofa i znawcy piśmiennictwa.

Tomasz Dower urodził się w r. 1660 w hrabstwie Warwich w W. Brytanii, a medycynę studyował u Sydenhama, dla którego miał zawsze głęboką i prawdziwą cześć. Sydenham leczył go też na ospę. O leczeniu tem podał Dower ciekawe szczegóły: najpierw upuszczono mi 650 sz. cm. krwi, potem pobudzono go do wymiotów, aż osłabł mu wzrok i zaszedł mgłą, a wreszcie osłabionego pacyenta wprowadzono do nieogrzanego pokoju bez okien i poddano działaniu chłodu, przyczem bezwzględnie zabroniono chronić się przed chłodem jakąkolwiek szatą. W 24 godzinach musiał chory wypić 12 kubków piwa, zakwaszonego rozcieńczonym aromatycznym kwasem siarczanym. Chory zupełnie wyzdrowiał, chwali sposób leczenia swego mistrza i pisze sam, „że był przedewszystkiem skuteczny w postaciach zlewającej się ospy“.

W r. 1684 udał się Dower do Bristolu. Należy jednak przypuszczać, że wykonywanie praktyki lekarskiej nie zadawalniało go i nie zaspokajało awanturniczej jego żyłki, gdyż w r. 1708 wsiadł na okręt, aby odbyć podróż naokoło ziemi, albo, mówiąc ściślej, wynajął 2 okręty, wziął na nie bandę awanturników, których naczelnikiem się zamianował i puścił się w daleki świat na chybił trafił. W ciągu swej 3-letniej podróży zdobył i zrabował Dower hiszpański okręt z 21 działami, obsadził i zajął miasto Guayaquil. Złodziej i morderca Dower musiał tu jednak znowu objąć rolę lekarza: zdobyte miasto padło pastwą dżumy, a także ludzie z jego bandy pochorowali się; 80 mężczyzn chwyciła zaraza. Ale korsarz-lekarz nie stracił głowy: każdemu choremu puścił krew, gdyż gorączka była „tylko niezwykłem wrzeniem i ruchem krwi i soków żywotnych“, a lekarz przemagał ją napojami z obfitą domieszką kwasu siarkowego. Wynik był znakomity. Z 180 ogółem chorych zmarło tylko ośmiu „bo towarzysze podawali im za mocne napoje“.

W swej awanturniczej podróży morskiej uwolnił Dower Aleksandra Selkirka z wyspy Juan Fernandez, gdzie nieszczęśliwiec ten po rozbiciu się okrętu bawił sam zdala od wszelkiej ludzkiej istoty przez 4 lata. Temat ten posłużył Danielowi Defoë do napisania sławnego „Robinsona Cruzoëgo“. Wdzięczność całych pokoleń dzieci, które tę oryginalną książkę czytały i podziwiały, należy się więc po części i Tomaszowi Dowerowi.

Z wyprawy korsarskiej powrócił Dower do Londynu i wykonywał tu praktykę lekarską aż do swej śmierci w r. 1742. Jako lekarz Dower przedstawia ciekawy typ terapeuty: Znał on właściwie tylko 2 leki; używał ich już to w stanie czystym, już w najrozmaitszych kombinacyach z innemi substancyami. Typem tych jego „asocyacyi“ jest proszek, noszący jego nazwę. Oryginalna recepta na proszki Dowera brzmi: *Opii 1 uncya, saletry i siarczanu potasowego po 1 uncyi. Ipeca 1 uncya, Pulveris liquiritiae 1 uncya.* Saletrę i węglan potasowy zmięszaj w moździerzu, postaw na ogniu i rozgrzej do czerwoności, aż z soli powstanie popiół; popiół ten zetrzej na delikatny pyłek; dodaj makowca, znowu zmiel na delikatny pyłek i dodaj wreszcie inne składniki. Dawka: 40—60—70 granów (1 gran = 0.069) w kubku mleka z białem winem przed udaniem się na spoczynek.

Wedle wynalazcy miał ten proszek łamać ostry napad dny, względnie przed nim chronić. Do przepisu powyższego jeszcze dzisiaj się powszechnie stosują (we Włoszech najzupełniej, gdzieindziej zamiast soli dają mleczny cukier), tylko dawkę uważają za zbyt mocną.

Najczęściej używał Dower rtęci metalicznej Uważał ją za *panaceum* na wszelkie cierpienia i polecał ją na robaki, na dnę, świerzb, piasek moczowy, dychawicę itd. itd. Z powodu rozległego używania rtęci nazwano go nawet „doktor rtęć“. Współcześni koledzy zawodowi, zazdrośni i sceptyczni, nie żałowali mu docinków; — ale zabiegi przeciwników jego na nic się nie zdały i zwolennik merkuryuszu cieszył się do końca życia wielką i wierną klientelą. (*Med. Klinik*, Nr. 38, r. 1905). *Stahr.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Insbruk, 3 października.

Obrady Wiecu austryackich Izb lekarskich zagaił prezydent Izby tyrolskiej prof. Lode. Obecny na posiedzeniu namiestnik Tyrolu baron Schwarzenau powitał w uprzejmych słowach zgromadzenie, zaznaczając, że stan lekarski nie doznaje takiego uznania, na jakie zasługuje i że żądania lekarzy, tak najczęściej dosadnie usprawiedliwione, nie zawsze bywają uwzględniane, pomimo wszelkiej ich słuszności.

Do ważniejszych dotychczasowych uchwał Wiecu należą: 1) Elaborat specyalnego Komitetu pod tytułem „Pierwsze dziesięciolecie Izb lekarskich — pogląd krytyczny". Postanowiono przedłożyć rządowi. 2) Uchwalono powołać Komitet wykonawczy z 5, którego zadaniem będzie w przypadkach nagłych zastępować interesy Izb. lekarskich, pomagać w pracy Izbie zarządzającej i wykonywać uchwały Wiecu Izb. Komitet na razie wybrany na rok jeden ma wypracować dla siebie regulamin i przedłożyć go do zatwierdzenia następnemu Wiecowi Izb. Do Komitetu tego wybrani zostali: Brenner, Ewald, Obermüller, List i Festenburg. 3) Uchwalono założyć protest przeciw projektowi rządu, zmierzającemu do ustawowego uregulowania stosunków zawodowych techników dentystycznych, albowiem projekt ten przyznaje laikom prawo wykonywania czynności ściśle lekarskich. 4) W sprawie zamierzonej reformy o zabezpieczeniu robotników uchwalono polecić wyżej wspomnianemu Komitetowi wykonawczemu, by życzenia Izb lekarskich przedłożył rządowi i miarodajnym czynnikom, przyczem Wiec Izb stanął na stanowisku, określonem w tak zwanem „Memorandum", wydanem przez Izby lekar. austryackie w r. 1901. 5) Wobec zamierzonej reformy ustaw cywilnych wzywa Wiec Izby lekarskie, by o życzeniach swych co do paragrafów, dotyczących interesów lekarskich, zawiadomiły Komitet wykonawczy, który na podstawie tych życzeń przedłoży referat następnemu Wiecowi. Za podstawę do tych studyów posłużyć może Izbom bardzo gruntowny elaborat Izby wiedeńskiej, rozdany delegatom na Wiecu. *Dr. Stefan Schöngut.*

Konferencya Izb lekarskich, a mianowicie czeskiej, morawskiej i dolno-austryackiej, odbyła się tymi dniami w Wiedniu. Udział brali prezydenci tych Izb. Postanowiono na najbliższym wiecu Izb wnieść, aby Izby wybrały 4 lub 5 zastępców, którzyby stanowili osobną komisyę (*Geschäftsausschuss der Kammern*) z siedzibą w Wiedniu. Kamisya ta miałaby za zadanie stanowić w imieniu wszystkich Izb w sprawach, obchodzących czy to ogół, czy wielką część lekarzy, a nie cierpiących zwłoki. Nadto postanowiono na wiecu uczynić następujący wniosek: „Należy poczynić odpowiednie kroki, aby powołano do życia Izby w Krainie i Karyntyi, Izby, które już od lat nie istnieją". *Stahr.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 października.

* Wiec austryackich Izb lekarskich wybrał Izbę krakowską do pełnienia obowiązków Izby zarządzającej w roku następnym.

* Prof. Bujwid zawiadamia, że „wykłady dla lekarzy kursu dwutygodniowego o cholerze" rozpoczną się dnia 12 października w Zakładzie higieny (ul. Strzelecka. 7). Wykłady będą odbywać się od godz. 9 do 10 rano, ćwiczenia zaś od 10 do 12 we wtorki, czwartki i piątki. Wykłady są bezpłatne.

* Od dr. Biera, c. k. inspektora Zakładu dla badania środków spożywczych, otrzymaliśmy list, w którym donosi, że „czyniąc zadość życzeniu kolegów lekarzy rządowych, postanowił urządzić w czasie kursu cholerycznego w Zakładzie higieny — równocześnie kurs higieny i środków spożywczych z uwzględnieniem napotykanych w Galicyi zafałszowań, oraz podręcznych metod badania Kurs ten dojdzie do skutku, jeśli się zgłosi przynajmniej 8 uczestn ków".

* V-te Sprawozdanie roczne zarządu Towarz Domu Zdrowia uczącej się młodzi ży polskiej „Pomoc Bratnia" w Zakopanem za rok administracyjny 1904/5 wykazuje dalszy postępujący rozwój tej o tle szlachetnej o tyle potrzebnej instytucyi. Rozwój ten był y stokroć pomyślniejszy, gdyby zasoby Towarzystwa odpowiadały tym licznym zgłoszeniom o przyjęcie, którym z prawdziwym żalem zarząd uczynić nie jest w stanie. By zaradzić choć w części gwałtownej potrzebie, zarząd wskazuje potrzebującym drogę do Wydziału krajowego, który na podstawie osobnej umowy z zarządem przychodzi w pomoc, lecz tylko przynależnym do Galicyi. W Sprawozdaniu podkreślono, że podania należy wnosić przez zarząd Towarzystwa „Pomoc Bratnia" i wystarać się poprzednio o świadectwo lekarza tego Towarzystwa, który jedynie może ocenić kwalifikacye, objęte regulaminem do przyjęcia. Wyliczając trudności, z któremi zarząd musi walczyć, wymienia „Sprawozdanie" z naciskiem ciągły brak lekarza pomocniczego, któryby przez dłuższy czas pełnił obowiązki w sanatoryum. Z części lekarskiej „Sprawozdania" dowiadujemy sie, że przeciętny przybytek na wadze, przyjmując 3-miesięczny pobyt w sanatoryum, wynosił 3 kgr., t. j. 1 kgr. miesięcznie że na 59 chorych u 11 stwierdzono wyraźne polepszenie i zdolność do pracy, u 27 — poprawę, u 16 stan pozostał bez zmiany, u 4 wystąpiło pogorszenie, a 1 umarł.

Dyrektor sanatoryum, dr. J. Żychoń, zakańcza część lekarską „Sprawozdania" następującemi słowami: „A że liczba zgłoszeń stale wzrasta, więc czas pomyśleć społeczeństwu naszemu o naszej instytucyi, o stworzeniu jej jakichś pewnych podstaw, by nietylko wegetować, ale i rozwijać się mogła".

* Epidemia cholery w Prusach została opanowaną: sprawozdania wspominają już tylko o pojedynczych przypadkach; natomiast tworzą się nowe ogniska w Królestwie Polskiem. Pojawienie się cholery w takich zbiorowiskach ludnych, jak Łódź i Warszawa, przejmuje obawą dłuższego i złośliwszego grasowania epidemii. Obawę tę opieramy na niedopuszczeniu społeczeństwa do samoobrony, oraz na znanej powszechnie nieudolności czynownictwa rosyjskiego w tego rodzaju działaniach.

* Dr. Julian Trapp, b. profesor farmacyi i farmakognozyi w Petersburgu, obchodził w 90 tą rocznicę swoich urodzin. Sędziwy jubilat przed powołaniem go do Petersburga mieszkał w Warszawie. Z prac jego w polskim języku wyszły: 1) O związku chloru z jodem (Tyg. lekar., 1854) i 2) Farmakognozya: T. I. Farmakognozya królestwa roślinnego (Warszawa, 1869). T. II. Farmakognozya królestwa roślinnego i zwierzęcego (Tamże. Wydanie Biblioteki Umiej. lekarskich). Dzieło to ocenił ś. p. prof. Skobel w „Przegl. lekar." 1871).

* Dr. Zamenhof, wynalazca powszechnego języka „esperanto", otrzymał francuski order legii honorowej.

* Delegatem Izby lekarskiej zachodnio-galic. na obecnie odbywającym się Wiecu Izb jest dr. Stefan Schöngut sekretarz tej Izby; delegatem Izby wschodnio galic. jest prezydent Izby dr. Festenburg.

* Na zebraniu członków zarządu m. Lwowa i grona lekarzy lwowskich zapadła uchwała zorganizowania w stolicy Galicyi Towarzystwa „Kropli mleka".

* Ś. p. dr. Wszebor poczynił liczne zapisy, z których przytaczamy tylko te, które dotyczą instytucyi lekarskich: 10,000 rb. dla Towarz. doraźnej pomocy lekar. w Warszawie; 10,000 rb. na Kasę im. Mianowskiego; 10,000 rb. dla Towarz. kolonii letnich w Warszawie; 5,000 rb. dla szpitalika dzieci przy ulicy Aleksandrya; 1,500 rb. dla Tow. lek. warsz. pod warunkiem, aby odsetki od tej sumy przeznaczano na nagrodę konkursową, przyznawaną co lat 4 przez Towarz. za najlepszą oryginalną po polsku napisaną pracę; 500 rb. dla Kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach.

* Poseł do Rady państwa, dr. Mugdan (Berlin), mówił na „VII Zjeździe międzynarodowym ubezpieczenia robotników" o wolnym wyborze l karza. Oświadczył on, że sprawa ta może być rozwiązana tylko z punktu widzenia społeczno-politycznego, a tak pojęta, jest istotną koniecznością. Istnieje analogia między niezależnością sędziowską a wolnym wyborem lekarza: tak jedna jak druga jest wynikiem, postulatem i cechą kultury nowoczesnej.

* Powrót lekarzy, biorących udział w świeżo zakończonej wojnie po stronie rosyjskiej, nie nastąpi tak rychło. „Birżewyje Wiedomosti" obliczają, że wojska rosyjskie mogą powrócić z pola walki nie prędzej, jak za 7 miesięcy; natomiast zwinięcie szpitali, gdzie teraz przebywa bardzo wiele ciężko chorych żołnierzy, nie nastąpi przed upływem 2—3 lat; przeto lekarze, zatrudnieni w tych szpitalach nie powrócą do kraju przez ten cały czas.

* Kurator okręgu warszawskiego zarządził, ażeby we wszystkich naukowych zakładach żeńskich, jeśli opróżni się posada lekarza szkolnego, obsadzać te stanowiska lekarzami - kobietami.

* We Francyi zwrócono uwagę, że kroplomierze, w których tak powszechnie wydawane dziś bywają leki, są, co do ścisłości miary, nadzwyczaj wadliwym przyrządem. To nam przypomina inny fakt: jeden lekarz amerykański przyniósł przed paru laty na posiedzenie Towarz. lekarskiego 40 łyżek, między któremi nie znalazł dwóch tej

samej miary. Wogóle ścisłość dawkowania leków w każdej postaci wiele pozostawia do życzenia.

* W r. 1907 odbędą się w Ameryce dwa Zjazdy międzynarodowe: anatomiczny w Bostonie i dermatologiczny w Nowym Yorku.

* Niemieckie Izby lekarskie otrzymają wkrótce petycye zbiorowe, domagające się, by Izby zakazały lekarzom pisywać oceny nowych leków za pieniądze, wypłacane przez właścicieli fabryk.

* Między 10 a 16 września zaszedł jeden przypadek ospy w Chrzanowie; w tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: drohobyckim, horodeńskim, nadwórniańskim, przemyskim, śniatyńskim i turczańskim (po 1 gminie) i jeden przypadek we Lwowie.

Mianowania: Doc. Kandaratskij mian profesorem nadzwycz. chirurgii w Kazaniu. Dr. Sadowski — profesorem nadzw. położnictwa w Instytucie lekar. dla kobiet w Petersburgu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Tadeusz Soczołowski, lat 44 — w Warszawie. Dr. Daniel Rubner, l. 36, lwowianin, zmarł w Meranie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 37. Gabszewicz: Bezskuteczność zabiegów operacyjnych przy zwężeniu gardzieli i krtani. Czarnik. Intubacya i tracheotomia na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie w latach 1894—1903 (c. d.) Latkowski: O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek c. d.)

— *Medycyna* Nr. 38. Sokołowski: Rozcięcie tchawicy w suchotach krtani. Flatau i Koelichen: O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (c. d.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 7 i 8. Dzierżawski: O zastosowaniu paranefryny w dentystyce.

— *Głos lekarzy* Nr. 19 zawiera: Próba upaństwowienia pomocy lekarskiej w Austryi. — Z Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. — Sprawozdanie Wydziału krajowego w sprawach sanitarnych. — Partactwo lecznicze w Galicyi. — Uwagi nad reformą opieki nad obłąkanymi, zapoczętą przez c. k. rząd. — Z Towarzystw naukowych. — W sprawie szczepień ochronnych przeciw cholerze.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 39. Prettner: O tvořeni látek ochranných na života foetalního. Scherer: Vrozéne vady srdečni ve věku dětském (c. d.). Novy: O mimoděložnim těhotenstvi (dok.) Pachner: O bodnuti včelou a immunitě proti jeho následkům.

— *La Presse médicale* Nr. 75. Charrière; Wielka śledziona w pedyatryi. Caramano: Gorączka u histeryczek. — Nr. 76. Gosset: Technika apendicektomii. Labbé: O białku w produktach spożywczych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 39. Dunbar: O bakteryologicznem rozpoznaniu cholery. Kuttner: O niektórych ważniejszych praktycznych zagadnieniach, odnoszących się do sprawy zapalenia wyrostka robaczkowego. Levy: O leczniczej wartości lecytyn i o pożywkach zawierających lecytynę. Hirsch: Leczenie rzeżączkowego zapalenia stawów zastoinową metodą Biera. Freer: Okienkowe wycięcie w skrzywionej przegrodzie nosowej. Ruhemann: O wpływie ludzkiego moczu na kwas jodowy i na jod. oraz o ocenie mego urykometru przez Eschbauma i Krafta. Rosenberg: Znieczulenie miejscowe w dentystyce.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 39. Kraus i Přibram: W sprawie wytwarzania się toksyny mętwika cholery. Prochnik: Mętwik cholery bez cholery. Kaufmann: Przypadek komunikacyi tętniaka wstępującej aorty z stożkiem tętniczym tętnicy płucnej. Nikolić: Przytwierdzenie wątroby w przebiegu jej marskości. Lazar: Znaczenie tłuszczowo zwyrodniałej materyi czerwonych ciałek krwi dla mechanizmu aglutynacyi.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 39. Sobernheim i Tomasczewski: O krętku bladym. Herxheimer: Przyczynek do nauki o krętku bladym. Schridde: Zdolność wędrowania limfocytów. Hofmann: Przeobrażenie tkanki ziarninowej grzybowatych ognisk przetokowych zapomocą przekrwienia, wywołanego przyrządami ssącymi. Bail: Stosunek między agresywnością a substancyą życiową bakteryi. Fraenkel: O paciorkowcu chorobotwórczym dla człowieka. Treupel: Wartość poszczególnych objawów klinicznych duru brzusznego dla rozpoznania tej choroby. Lindenstein: Leczenie surowicze krupowego zapalenia płuc. Gebele: Leczenie złamań. Lossen: Przekrwienie zastoinowe metodą Biera w leczeniu ropówki pochewek ścięgnistych. Steinbüchel: Osobliwe powikłanie po próbnem wycięciu w celu rozpoznawczym. Groyer: Choroby oczne a samozakażenie żołądkowo-jelitowe. Zeissl: Uwagi nad leczeniem kiły. Backhaus: Zasady i doświadczenia z zakresu przyrządzania mleka dla dzieci. Gaertner: Prosty sposób mierzenia ciepłoty powłok skórnych.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 39. Pick: O powrocie do stanu pierwotnego po zaburzeniach połowiczego widzenia w następstwie napadów porażnych. Vlach: Przyczynek do nauki o posocznicy pneumokokowej jako zakażeniu następowem. Hacker: Dalszy przyczynek do wydobycia ciał obcych przy pomocy ezofagoskopu. Lorenz: O bocznem skrzywieniu kręgosłupa w następstwie rury kulszowej — w teoryi i praktyce. Knauer: Rokowanie przy mięśniakach macicy i ich leczenie. Franqué: Operacyjne i nieoperacyjne leczenie zapalnych, zwłaszcza ropnych chorób przydatków. Czermak: Osteoplastyczne wycięcie zewnętrznych ścian oczodołów. Chiari: Rozpoznanie nowotworów zatoki szczękowej. Aleksander: Chirurgiczne leczenie zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Kreibich: Problemat leczenia nerwic naczyniowych. Monti: Dyetetyka dzieci, które wyszły z okresu osesków.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 39 (od dnia 24/IX do 30/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 26, dziew. 25; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 15; zamiejscowych: męż. 12, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. —, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 5. 21) nowotwory: miej. —, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 10, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem:** miejscowych 33, obcych 19.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIV. Kraków 14 Października 1905. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu lwowskiego prof. dr. Marsa.

Przypadek obustronnej owaryotomii w ciąży.

Podał

Docent prywatny dr. F. Kośmiński.

Na istniejące guzy, wychodzące z jajników, może rozwijająca się ciąża, a dalej poród i połóg wpłynąć niekorzystnie. Guzy takie mogą zostać znacznie przemieszczone, uciśnięte, a nawet zaklinowane przez rozrastającą się macicę; skręt szypuły guzów przydarza się częściej; ściany guzów mogą pęknąć albo skutkiem ucisku lub też w następstwie skrętu; torbiele w połogu łatwo ulegają zropieniu, a nawet zdaniem niektórych autorów mają guzy takie przy równoczesnej ciąży rozwijać się szybciej i częściej ulegać przeobrażeniu w nowotwory złośliwe. I naodwrót guzy, wychodzące z jajników, mogą zadziałać niekorzystnie na rozwijającą się ciążę i przerwać ją skutkiem działania mechanicznego, podczas porodu wobec zaklinowania guzów stanowić mogą przeszkodę porodową, a przy znacznych rozmiarach guza przesunąć macicę i zmniejszyć wydatność skurczów macicy; w czasie połogu zaś przez znaczne bardzo przemieszczenie macicy lub uciśnięcie szyjki mogą być powodem zatrzymania się odchodów połogowych.

Wobec tego rokowanie w przypadkach ciąży, powikłanej guzami jajnika, wcale nie jest dobre. Heiberg[1]) podaje, że na 271 przypadków guzów jajnikowych, powikłanych ciążą, $^1/_4$ matek, a $^2/_3$ płodów zginęło. — Podobne liczby zawierają zestawienia Jettera[2]) i Rémyego[3]). Według najnowszych zestawień przy zachowaniu się wyczekującem w takich przypadkach wynosi śmiertelność matek 59·2%, a śmiertelność płodów 67% (Piersig-Winckel[4]) według innych śmiertelność matek = 31·31% (Tarnowsky-Menge[5]).

Z tych powodów o zachowaniu się wyczekującem można myśleć tylko w poszczególnych, wyjątkowych przypadkach tego rodzaju. Trojakie postępowanie uważano dawniej za wskazane wobec guzów jajników, powikłanych ciążą. Najczęściej ciążę przerywano. Przy znacznych objawach uciskowych wobec dużych torbieli guzy nakłuwano, stosunkowo rzadko guzy doszczętnie usuwano. Obecnie zapatrywania się zmieniły i większość autorów radzi przedewszystkiem doszczętne usunięcie guzów, uważając ciążę, równocześnie się rozwijającą, nie za przeciwwskazanie, lecz przeciwnie za ścisłe wskazanie do niezwłocznego zabiegu operacyjnego. Do tak radykalnej zmiany zapatrywań doprowadziły wyniki, uzyskane przy takiem postępowaniu czynnem, które dowiodły, że wycięcie jajników przy równoczesnej ciąży wcale nie jest dziś o wiele niebezpieczniejszym zabiegiem dla operowanej, niż w przypadkach, nie powikłanych ciążą. W tej sprawie zestawienia statystyczne nowszej daty stwierdzają wyniki, które nazwać można wprost świetnymi. I tak według zestawienia Orglera[6]) śmiertelność matek po wycięciu jajników w czasie ciąży wynosi 2·7%, Graefe[7]) podaje 2·3%, a Heil[8]) tylko 2·1%. W pewnej liczbie przypadków po wycięciu jajników ciąża zostaje przerwaną. Według Olshausena[9]) przerwanie ciąży następuje w 20% przypadków. Nowsze zestawienia dają podobne wyniki. I tak Orgler[6]) w swojem zestawieniu podaje 22·5%, Graefe[7]) 21·1%, a Heil[8]) 19·47% przerwania ciąży w następstwie wycięcia jajników.

Nawet po wykonaniu owaryotomii przez pochwę wyniki nie o wiele są gorsze. Dührssen[10]), gorący zwolennik operowania od strony pochwy, podaje, że po owaryotomii, wykonanej tą drogą, ciąża została przerwaną tylko w 26% przypadków.

Na pierwszy rzut oka odsetek ten wydaje się znacznym. Uwzględnić jednak należy tę okoliczność, że wogóle i w przypadkach, nie powikłanych guzami jajników, ciąża stosunkowo często, bo według Hegara i Schrödera[11]) w przeszło 10% przypadków przerywa się bez znanej przyczyny. Wobec tego i poprzednio wspomniane liczby, wskazujące w odsetkach częstość przerwania ciąży po owaryotomii, nie będą się przedstawiać tak niekorzystnie.

Należałoby przypuszczać, że bezwzględnie gorsze wyniki będą po obustronnej owaryotomii. Tymczasem z największych liczbowo zestawień (Orgler-Graefe-Heil) przekonać się można, że tak nie jest i że wyniki po obu-

[1]) Heiberg: P. Müller. H. d. Geburtsh. T. II. Str. 822.

[2]) Jetter: Ueber den Einfluss der Eierstocksgeschwülste auf die Konception. (Inaug. Dissert. Tübingen 1861).

[3]) S. Rémy: De la grossesse compliquée de kyste ovarique. (Ref. Annales de gynécol. XXVI. Str. 205).

[4]) Piersig: 14 Fälle von Ovariotomie in der Schwangerschaft. (Inaug. Dissert. München 1901).

[5]) Tarnowsky: Die Ovariotomie während der Schwangerschaft. (Inaug. Dissert. Leipzig 1901).

[6]) Orgler: Zur Prognose und Indikation der Ovariotomie während der Schwangerschaft. (Arch. f. Gyn. Tom 65).

[7]) Graefe: Zur Frage der Ovariotomie in der Schwangerschaft. (Münch. med. Wochs. Nr. 43. 1902).

[8]) Heil: Beitrag zur Ovariotomie in der Schwangerschaft als Fortsetzung der Orgler-Graefeschen Statistik. (Münch. med. Wochschr. Nr. 3. 1904).

[9]) Olshausen: P. Müller. H. d. Gebursh. T. III. Str. 214.

[10]) Dührssen: Zur Behandlung der die Schwangerschaft und Geburt komplizierenden Tumoren, speziell der zystischen Ovarialtumoren. (Deutsche med. Wochens. Nr. 42—43. 1904).

[11]) Schröder: Lehrbuch der Geburtshilfe. Str. 460. 1888.

stronnej owaryotomii w czasie ciąży wcale nie są gorsze, aniżeli po owaryotomii jednostronnej. Na ogólną bowiem liczbę 241 przypadków, zestawionych razem przez wszystkich trzech wymienionych autorów, spotykamy 43 przypadki obustronnej owaryotomii w czasie ciąży, z których w 10 ciąża została przerwana, co odpowiada 23%. Przy rozpatrywaniu poszczególnych przypadków, a zwłaszcza tych, które przebiegały niekorzystnie, nabiera się natomiast przekonania, że na rokowanie tak ze względu na matkę, jakoteż i na płód, wpływa przedewszystkiem rodzaj i jakość guzów jajnikowych, oraz stosunek guzów do otoczenia i narządów sąsiednich. Im przypadek mniej powikłany, a zatem im podjęty zabieg łatwiejszy, prostszy, tem wogóle lepsze rokowanie. A zatem zupełnie tak samo, jak przy zabiegach, mających na celu usunięcie guzów jajnikowych, a nie powikłanych ciążą.

Jeden taki przypadek obustronnej owaryotomii w czasie ciąży miałem sposobność spostrzegać i operować w klinice.

C. T., lat 30 licząca, przyjęta do kliniki 6 stycznia 1903 roku. L. prot. gin. 11.

Według podania zawsze przedtem zdrowa, miesiączkowanie zawsze prawidłowe, ostatnia miesiączka przed 5 tygodniami, t. j. z początkiem grudnia 1902 r. Rodziła pięć razy prawidłowo, ostatni raz przed 14 miesiącami. Od kilku miesięcy doznaje chora bolów w dolnej części brzucha i w tejże okolicy zauważyła równocześnie guz. Od kilku zaś dni miewa dolegliwości, jakie zwykle występują u chorej z początkiem ciąży.

Badanie wykazało: sutki obwisłe, zrazy gruczołów nieco powiększone. Powłoki brzuszne wiotkie. W dolnej części brzucha wyczuć można dwa osobne guzy. Guz leżący po stronie prawej wielkości główki noworodka, o powierzchni równej, gładkiej i sprężystych ścianach, chełbocze i daje się łatwo poruszać, a nawet przesunąć aż do łuku żebrowego prawego. Drugi guz, usadowiony nad pachwiną lewą, jest znacznie mniejszy, wydaje się twardszym i daje się tylko trochę ku górze wysunąć. Badając przez pochwę stwierdzić można, że ściany pochwy i część pochwowa są nieco rozpulchnione, a trzon macicy, leżącej w przodozgięciu, jest nieco pojemniejszy i sprężystszy. Od rogu prawego macicy wyczuć można wyraźnie dość grubą, szeroką szypułę, łączącą macicę z guzem prawym; szypuły drugiego guza tak dokładnie czuć nie można, zdaje się być krótką, napięta, szeroką.

Dnia 13 stycznia 1903 r. wykonałem w uśpieniu chloroformowem obustronne usunięcie guzów jajnikowych. Cięcie w linii środkowej. Rozległy zrost sieci ze ścianą guza prawego przecięto, a naczynia podwiązano. Szypuła guza prawego kilka centymetrów długa, lewego guza zaś bardzo krótka, a szeroka. Po usunięciu guzów podwiązano z osobna pojedyncze naczynia krwionośne w jednej i drugiej szypule, a kikuty pokryto otrzewną. Zespojenie powłok brzusznych w trzech warstwach. Oba guzy były torbielami skórzastymi, a w ścianie guza mniejszego, lewego, w miejscu, w którem widoczną była reszta utkania jajnikowego, znajdowało się ciałko żółte prawdziwe.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rana w powłokach brzusznych zgoiła się doraźnie i w trzy tygodnie po zabiegu, to jest dnia 5 lutego 1903 r. chora opuściła klinikę.

Ciąża przebiegała dalej zupełnie prawidłowo, a dnia 18 września 1903 r. nastąpił u osoby tej poród w obecności miejscowego lekarza siłami przyrody, prawidłowo. Połóg bez zaburzeń. Osoba ta ma się zupełnie dobrze. Płód płci żeńskiej, żywy, okazujący wszelkie cechy płodu donoszonego, rozwija się zupełnie prawidłowo.

Poród zatem u osoby tej nastąpił 249 dni po obustronnej owaryotomii. Zabieg operacyjny zaś, który pozbawił ją doszczętnie obu jajników i usunął ciałko żółte prawdziwe, został wykonany prawdopodobnie w 31 dniu trwania ciąży, jeżeli przyjmiemy, że ciąża trwa prawidłowo u kobiety średnio około 280 dni. Wyraźnie zaznaczyć muszę, iż w przypadku opisanym nie może być mowy o pozostawieniu resztki utkania gruczołowego jednego z jajników, ani też o przeoczeniu jajnika dodatkowego, nadliczbowego, gdyż w czasie zabiegu operacyjnego zwrócono w tym kierunku uwagę, co wobec prostych stosunków anatomicznych, jakie napotkano, nie budziło najmniejszych wątpliwości, ani nie sprawiało trudności.

Przypadek opisany wydaje mi się zasługiwać na uwagę z tego powodu, że jajniki i ciałka żółte usunięto w początku ciąży, a pomimo tego ciąża dalej prawidłowo się rozwijała. Takie przypadki zaś są wogóle bardzo rzadkie. W jeszcze wcześniejszym okresie ciąży, gdyż prawdopodobnie w kilkanaście dni po zastąpieniu, usunięto oba jajniki wraz z ciałkiem żółtem prawdziwem tylko w jednym przypadku, który przed rokiem opisał Essen-Möller[12]), a w którym również ciąża dobiegła końca.

Tem większe zajęcie budzą podobne przypadki obecnie, gdy sprawa czynności jajników, a zwłaszcza ciałka żółtego, jest, rzec można, na porządku dziennym. Wymownym dowodem tego są liczne prace doświadczalne, podjęte w tym kierunku w ostatnich czasach, a dalej bardzo zajmujące i szerokie rozprawy na posiedzeniu wiedeńskiego Towarz. położniczo-ginekologicznego w dniu 15 grudnia 1903 roku. Zagadnienie to było również przedmiotem rozpraw w sekcyi ginekologicznej na zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników we Wrocławiu 1904 roku.

Według przypuszczenia embryologa Gustawa Borna należy uważać ciałko żółte prawdziwe, odpowiednio do jego budowy i sposobu powstawania, za gruczoł o wydzielaniu wewnętrznem, który ma umożliwić usadowienie się i rozwój zapłodnionego jajka w macicy. W celu wyświetlenia tej sprawy przedsięwziął L. Fraenkel liczne badania doświadczalne i na podstawie ich wyników wystąpił z teoryą, znaną powszechnie jako teorya Born-Fraenkla[13]). Według tej teoryi należy uważać ciałko żółte za gruczoł o wydzielaniu wewnętrznem, który ciągle na nowo tworząc się w jajniku, co pewien czas działa jako bodziec na macicę, wskutek czego zwłaszcza błona śluzowa macicy ulega okresowo znacznemu przekrwieniu i przerostowi. Stan ten umożliwia w następstwie usadowienie się i dalszy rozwój zapłodnionego jajka w macicy, a w braku jego — miesiączkę. Jeżeli nastąpiło zapłodnienie, to ciałko żółte jeszcze przez dłuższy czas działa na macicę, aby ta zwiększonym wymaganiom sprostać mogła; w przeciwnym razie ciałko żółte ulega zanikowi. Jeżeli zaś ciałka żółte nie wytwarzają się, w takim razie macica ulega zanikowi, miesiączka się nie pojawia, a stan macicy, jaki napotykamy u bardzo młodych dziewcząt i kobiet starszych po okresie przekwitania, należy odnieść do braku pobudzającego działania ciałka żółtego na macicę.

Jak widzimy, teorya szeroko zakreślona i zdolna wytłómaczyć wiele zagadnień, dotąd niejasnych, a mogąca mieć nawet poważne znaczenie w zastosowaniu praktycznem wobec wielu zmian chorobowych. Nie chcąc odbiegać od przedmiotu, zaznaczę tylko, że doświadczenia innych badaczy co do działania ciałka żółtego nie są zupełnie zgodne z badaniami Fraenkla.

Co do bliżej obchodzącej nas sprawy wpływu ciałka

[12]) Elis Essen-Möller: Doppelseitige Ovariotomie im Anfange der Schwangerschaft. Ausgetragenes Kind. (Centralblatt f. Gynäkologie. Nr. 28. 1904).

[13]) L. Fraenkel: Die Funktion des Corpus luteum. (Archiv f. Gynaek. Tom. 68).

żółtego na dalszy rozwój zapłodnionego jajka, przypuszczał początkowo Fraenkel, że u królików wpływ ten rozciąga się aż do połowy ciąży, a zapatrywanie to zdawały się potwierdzać doświadczenia, które wykonał W. Magnus[14]).

W ciągu rozpraw w wiedeńskiem Towarzystwie ginekol. podniesiono, że sprawa dalszego rozwoju ciąży prawdopodobnie nie zależy tylko od czynności samego ciałka żółtego, lecz raczej od całego jajnika. Za tem przemawiałyby przedewszystkiem doświadczenia Mandla[15]). Bardzo zajmujące są dalej wyniki doświadczeń Skrobanskyego[15]), z których należałoby wnosić, że aby ciąża dalej się rozwijała (u królików po upływie 10 dni), muszą być w ustroju zachowane jajniki i ciałka żółte, albo też równocześnie tak jajniki, jakoteż i ciałka żółte usunięte. Po usunięciu tylko samych ciałek żółtych ciąża w doświadczeniach Skrobanskyego dalej się nie rozwijała.

Doświadczenia, które wykonał Kleinhans[17]) wspólnie z Schenkiem, stwierdzają, że wpływ ciałka żółtego na dalszy rozwój ciąży trwać może tylko krótki czas. Na 25 tych doświadczeń otrzymali oni w 6 przypadkach wynik dodatni, to jest ciąża rozwijała się dalej. Z tych 6 w dwu przypadkach usunięto ciałka żółte w 9-tym, w jednym przypadku w 11-tym, a w trzech przypadkach 13-go dnia po zapłodnieniu. Również i Fraenkel[18]) na podstawie doświadczeń innych autorów i licznych dalszych swoich własnych przyznaje obecnie, że wpływ ciałka żółtego na dalszy rozwój ciąży prawdopodobnie trwa w ogóle tylko krótki czas. U królików prawdopodobnie najwyżej do 9-go dnia, wobec trwania ciąży przez 30 dni.

Jak z dotychczas ogłoszonych przypadków obustronnej owaryotomii w czasie ciąży wnosić można, wpływ ten ciałka żółtego u kobiet trwać może również tylko bardzo krótko. Fraenkel oceniał w przybliżeniu, że wpływ ten u ludzi trwać może 7—8 tygodni. Dlatego radzi w odpowiednich przypadkach operować guzy jajnikowe dopiero w późniejszym okresie ciąży, powołując się równocześnie na zestawienie, które ogłosił Dsirne[19]). Tymczasem przypadek, powyżej już wspomniany, który ogłosił przed rokiem Essen-Möller[12]), dowiódł, że tak nie jest i że usunięcie obu jajników i ciałka żółtego, wykonane znacznie wcześniej, bo już w kilkanaście dni po zastąpieniu, nie wpłynęło niekorzystnie na dalszy przebieg ciąży. Opisany zaś właśnie przypadek nasz stwierdza, że przypadek Essen-Möllera nie jest wcale odosobnionym i że po usunięciu doszczętnem obu jajników wraz z ciałkiem żółtem we wczesnym okresie ciąży, rozwijać się może ciąża dalej zupełnie prawidłowo aż do końca bez uszczerbku dla prawidłowego rozwoju płodu.

W końcu poczuwam się do obowiązku złożyć szczere podziękowanie prof. dr. Marsowi za łaskawe odstąpienie powyższego przypadku.

[14]) W. Magnus: Bedeutung des Corpus luteum für die Schwangerschaft. (Ref. Centrbl. f. Gyn. Nr. 34. 1902)

[15]) Mandl: Centrbl. f. Gyn. Str. 624 i 633. Nr. 19. 1904).

[16]) Skrobansky: Centrbl. f. Gyn. Str. 657 i 659. Nr. 20 1904).

[17]) Kleinhans: Experimentelles zur Corpus luteum Frage. (Deut. med. Wochs. Nr. 49. Str. 1830. 1904).

[18]) Fraenkel Centrbl. f. Gyn. Nr. 43. Str. 1269. 1904).

[19]) Dsirne: Die Ovariotomie in der Schwangerschaft. (Archiv f. Gynaekologie Tom 42).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych prof. Stan. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Jothion, nowy przetwór jodu, w leczeniu chorób wewnętrznych.

Podał

Dr. Kazimierz Habicht.

Do najbardziej rozpowszechnionych leków, używanych w tegoczesnej medycynie, należą bezsprzecznie połączenia jodu; pominąwszy bowiem zastosowanie ich w leczeniu chorób skórnych i wenerycznych, w chorobach, wchodzących w zakres chirurgii i ginekologii, to mamy jeszcze cały dział chorób wewnętrznych, w leczeniu których bez podawania połączeń jodu, bądź zewnętrznie, bądź wewnętrznie, obejść się nie możemy.

Podawanie wewnętrzne jodu w postaci soli napotyka nieraz na bardzo wielkie trudności; sam smak podawanego przetworu jest dla osób wrażliwych, szczególnie dla kobiet, wstrętny i to do tego stopnia, że mimo różnych środków, poprawiających smak, jak woda sodowa lub inne wody mineralne, zawierające wolny kwas węglowy, chorzy bezwarunkowo odmawiają ich używania.

Sole jodowe, podawane wewnętrznie, nieraz już po pierwszych dawkach sprowadzają u wielu chorych podrażnienie błony śluzowej żołądka, — objawiające się brakiem łaknienia, zgagą i gnieceniem, względnie bolami żołądka; — w częstszych jeszcze przypadkach wywołują podrażnienie błon śluzowych dróg oddechowych, oraz inne zmiany, znane jako ostre lub przewlekłe zatrucie jodem (*jodismus*). Przy zastosowaniu połączeń jodu zewnętrznie chodzi nam o to, by jod przez naskórek dostał się do naczyń tkanki skórnej i tutaj, wszedłszy w połączenie z płynami ustroju, zadziałał na miejsce chorobowo zmienione. Środki, powszechnie dotychczas używane, nie zawsze odpowiadają temu celowi, — gdyż wiele z nich tylko powoli i w nieznacznej ilości ulega wessaniu przez naskórek i skórę, co spowodowało używanie w celu osiągnięcia większej pewności połączeń jodu do wstrzykiwań podskórnych; sposób ten jednak zmusza do zabiegu, połączonego z bolem dla leczącego się, i narażamy się na możliwość sprowadzenia cięższego cierpienia w postaci ropnia, a nawet zakażenia krwi; — zresztą nawet po podskórnem zastosowaniu przetworów jodu, — lek tylko powoli ulega wessaniu.

Przed niedawnym czasem fabryka „Bayer i Ska“ w Elberfeld oddała do wypróbowania nowe połączenie jodu jako ester kwasu jodowodorowego pod nazwą „jothion“, zawierające 80% czystego jodu. Środek ten, zastosowany naskórnie, czy to w stanie czystym, czy też w połączeniu z wyskokiem lub oliwą, czy też w postaci maści z wazeliną lub lanoliną w rozlicznych stosunkach, przechodzi do ustroju i ulega wessaniu według badań Wesenberga do blizko 50% użytego leku. Zastosowany w leczeniu kiły w oddziale prof. Fingera w Wiedniu i klinice chorób skórnych prof. Picka w Pradze, że tylko o tych dwóch wspomnę, oddał doskonałe usługi.

Na zlecenie prof. Pareńskiego używano tego środka dla osobistego doświadczenia w oddziale chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza, — a wynikiem tych badań, które wy-

kazały dużo dodatnich stron jothionu, środka rzeczywiście godnego polecenia, zamierzam podzielić się z czytelnikami naszego pisma.

Jothion, zastosowany naskórnie w rozczynach lub w stanie czystym, nie wywołuje nawet po kilkakrotnem użyciu żadnych zmian miejscowych; powstające w chwili zastosowania i to tylko czystego przetworu nieznaczne pieczenie, — w niektórych zaś razach lekkie zaczerwienienie skóry znika w krótkim czasie; jeszcze mniej drażni skórę zastosowany w mieszaninie z wyskokiem albo oliwą, lub też jako maść. Jedynie na czulszych częściach powłok, jak na skórze moszen, jothion wskutek bardzo silnego pieczenia nie da się użyć, chyba w postaci maści. Jako najwyższą dawkę używano do 4 gramów czystego jothionu dziennie.

Spostrzeganie nasze dotyczy 20 chorych, przyczem przekonano się, że po zastosowaniu jothionu już w przeciągu jednej godziny bez wyjątku da się wykazać wolny jod tak w ślinie, jak i w moczu. Próby odpowiednie wykonywano w ten sposób, że po zamaczaniu w ślinie badanej osoby papierka, napojonego skrobią — zwilżaliśmy go kwasem azotowym, przyczem na brzegu kropli kwasu powstaje w razie obecności jodu czerwonawe zabarwienie. W moczu zaś wykazywaliśmy jod w ten sposób, że do probówki z moczem dodawaliśmy nieco kwasu azotowego dymiącego, poczem dolewaliśmy chloroformu; po zakłóceniu, w razie obecności połączeń jodowych w badanym moczu jod metaliczny się uwalnia i rozpuszczony w chloroformie zabarwia go na czerwono. Przy zastosowaniu jothionu nawet przez dłuższy czas chorzy nie doznawali żadnych z dolegliwości wyżej przytoczonych, towarzyszących leczeniu przetworami jodowymi; jedynie smak metaliczny w ustach, występujący w kilka godzin po zastosowaniu leku, świadczył, że jod, krążący w ustroju, wydziela się błonami śluzowemi. W jednym tylko przypadku u chorego, dotkniętego gruźlicą płuc, zauważono silniejszy nieżyt nosa, lecz nie tak silny, by okazała się potrzeba odstawienia tego leku.

Podrażnienia nerek nie zauważono w żadnym przypadku; — a u jednego chorego, cierpiącego od dłuższego czasu na zapalenie nerek mimo stosowania przez czas dłuższy jothionu ilość białka, oznaczona za pomocą przyrządu Essbacha, nie zwiększyła się.

W spostrzeganych przez nas przypadkach wessanie jothionu nie zawiodło w żadnym; dla kontroli więc stosowaliśmy kilkakrotnie pędzlowanie jodwasogenem i nalewką jodową i mieliśmy sposobność przekonać się, że u tych chorych, u których nawet w 24 godzin po użyciu wymienionych przetworów jodu w moczu wykazać nie można było, to po zapędzlowaniu jothionem, nawet niewielkiej przestrzeni skóry, już w godzinę występował tak w ślinie, jak w moczu, wybitny ślad jodu.

Chcąc mówić o działaniu leczniczem jothionu, trzebaby powtórzyć to wszystko, co wiemy o działaniu przetworów jodu, — o wskazaniach do ich używania i otrzymanych skutkach leczniczych; przekraczałoby to jednak ramy artykułu o nowym przetworze jodowym; — dlatego też wspomnę tutaj tylko o kilku przypadkach z owych dwudziestu, poddanych leczeniu jothionem, jako objaśniających wybitne i szybkie działanie jodu, pochodzącego z naskórnego zastostosowania jothionu, na sprawę chorobową, przytaczając w krótkości przebieg choroby pojedynczych przypadków.

1) Chory *Z. O.*, l. 32, kilkakrotnie zapadał na zapalenie stawów, obecnie od tygodnia cierpi na gośćcowe zapalenie kolana ze znacznym obrzękiem i bolesnością zajętego stawu; stan bezgorączkowy. Zastosowano pędzlowanie zajętego stawu jothionem z wyskokiem w równych częściach, raz dziennie. Bole ustąpiły już w 3-cim dniu, w piątym zaś nie było ani śladu obrzęku.

2) Chory *Fr. Św.*, l. 34, uległ nawrotowi zapalenia gośćcowego wszystkich stawów z znacznym obrzękiem, zaczerwienieniem i bolesnością obu stawów kolanowych i skokowych; ciepłota dochodziła do 38·2°; już po jednorazowem napędzlowaniu zajętych stawów jothionem w rozczynie wyskokowym bole znacznie się zmniejszyły, a po 6 dniach ustąpiły zupełnie bolesność i obrzęki, ciepłota zaś spadła do prawidłowej.

3) Chora *M. W.*, l. 22, cierpi na gośćcowe zapalenie stawów. Zajęty staw barkowy i łokciowy lewy, nad koniuszkiem serca szmer skurczowy, ciepłota podniesiona, dochodzi do 38·3°; po 6 dniach leczenia jothionem z oliwą w równych częściach — bole, obrzęk i gorączka ustąpiły; po odstawieniu pędzlowania nastąpił nawrót bolów bez obrzęków i gor czki, ponownie więc zastosowano jothion przez 2 dni, poczem chora opuściła szpital jako uleczona.

4) Chora *W. R.*, l. 27, cierpi na zapalenie płuc i opłucnej z następową wypociną opłucną; w cztery dni po przesileniu występują silne bole i kłucie w boku prawym, przyczem zgromadziła się znaczna ilość wysięku w jamie opłucnej. Chora z powodu bolu nie może spać. — oddychanie nadzwyczaj utrudnione; — po zastosowaniu jothionu z wyskokiem w równych częściach bole ustają; narkotyku nie podawano; chora czując się zupełnie swobodną już w 3-cim dniu opuszcza szpital i usuwa się z pod obserwacyi tak, że niestety nie można było oznaczyć, o ile jothion działa w leczeniu świeżych wysięków.

III. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Arneth. **W sprawie wytłómaczenia zachowania się krwinek białych i czerwonych w leczeniu białaczki promieniami Roentgena.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 32, 33 i 34, 1905). W przypadku białaczki szpikowej zmniejsza się liczba krwinek białych pod wpływem naświetlania promieniami Roentgena, a liczba ciałek krwi czerwonych zwiększa się. I tak po 14-dniowem naświetlaniu zmniejszyła się liczba ciałek białych do ilości prawidłowej, znacznie później liczba krwinek czerwonych stała się prawidłową, podczas gdy ilość hemoglobiny wzrosła się tylko do 61 prc. Ciałka krwi jądrzaste zupełnie znikły; gdy później nastało pogorszenie stanu ogólnego i składu krwi (po zaprzestaniu naświetlania) ciałka jądrzaste znowu się pojawiły we krwi, przy tej samej ilości hemoglobiny i ciałek krwi czerwonych. Liczba neutrofilów wzrastała równocześnie ze zmniejszeniem się ogólnej ilości krwinek białych i doszła do 70—80 prc.; natomiast liczba krwinek białych eozynochłonnych malała do ilości prawidłowej; tak samo zachowywała się liczba limfocytów; ilość komórek tucznych najpierw wzrastała pod wpływem naświetlania, później zaś malała (do połowy pierwotnej ilości), nigdy jednak nie stała się całkiem prawidłową. Autor tłómaczy to zachowanie się krwi wpływem niszczącym lub osłabiającym promieni Roentgena na zarazek dotąd nieznany, wywołujący białaczkę. Poprawa składu krwi i przybranie postaci prawidłowej nie da się wytłómaczyć wedle niego leukolizą, bo pod wpływem promieni Roentgena następuje zmniejszenie się liczby ciałek białych krwi, ale ilość krwinek czerwonych wzrasta. *Latkowski.*

Lossen i Morawitz. **Chemiczne i histologiczne badania chorych na białaczkę, leczonych zapomocą promieni Röntgena.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* 1905, T. 85). W jednym przypadku białaczki szpikowej zmniejszyło się wydzielanie kwasu moczowego i stało się pod wpływem naświetlania prawidłowem, równocześnie liczba ciałek białych krwi stała się również prawidłową. Na podstawie tego można wnosić, iż pod wpływem promieni Röntgena zmniejsza się wytwarzanie leukocytów. Lecz przy najwyższej leukopenii wydzielanie kwasu moczowego może przy tem leczeniu pozostać nadmiernie wysokiem. Pod wpływem naświetlania może liczba leukocytów, we krwi krążących, stać się prawidłową, może jednak się wytworzyć obraz tak zwanej „białaczki aplastycznej“. W pewnych przypadkach może naświetlanie promieniami Röntgena wywołać niedokształcenie (hypoplasia) narządów krwiotwórczych. *Latkowski.*

Grober. **O losie fermentów trawiennych, rozpuszczających białko, w przewodzie pokarmowym.** (*Deutsches Archiv für klin. Medizin* T. 85, 1905). Na podstawie swych doświadczeń, przeprowadzonych w klinice jenajskiej, przychodzi autor do wniosku, że fermenty wydzielane moczem nie pochodzą z fermentów, wydzielanych do przewodu pokarmowego. Fermenty, pojawiające się w moczu, zostają wessane z wydzielających je gruczołów; fermenty zaś wydzielane z gruczołów do jelit zostają w nich rozłożone i nie ulegają wsale wessaniu. I tak pepsyna niszczy treść jelita cienkiego alkalicznie oddziaływującą, dlatego można ją wykazać tylko w górnej części jelita cienkiego. U zwierząt roślinożernych trypsyna rozkłada się w jelicie prostem wskutek kwaśnego oddziaływania treści jelitowej. U człowieka kał nie zawiera ani pepsyny, ani trypsyny. Przy biegunce można wykazać najpierw trypsynę, potem także i pepsynę. Pewne pasorzyty, żyjące w przewodzie pokarmowym, n. p. glisty psie, posiadają pewien ferment w swem ciele, ochraniający je przed strawieniem. *Latkowski.*

Baer. **Wpływ wydzielania kwasów glikuronowych na zatrucie kwasami (acidozę).** (*Zeitschrift f. klin. Med.* LVI. 1 i 2). Wobec teoryi, uważających kwas glikuronowy za przetwór niedokładnego spalenia cukru, po połączeniu się tegoż z ciałami wiążącemi (kamfora, fenol, wodnik chloralu) na ciała glikozydowe, które przy utlenieniu niedokładnem mają dawać związane kwasy glikuronowe, należałoby się spodziewać, że zwiększonemu wydzielaniu kwasów glikuronowych będzie towarzyszyło zwiększone wydzielanie substancyi acetonowych (kwas β-oksymasłowy, acetooctowy, a z nich aceton) i zatrucie tymiż kwasami, tak jak je zawsze spotykamy przy zwiększonem wydzielaniu cukru drogą moczu. W doświadczeniach swych wykazał autor, że zwiększone wydzielanie kwasu glikuronowego, wywołane zatruciem kamforą lub wodnikiem chloralu, nie powoduje zwiększonej wytwórczości kwasów, ani amoniaku. Owszem, przeciwnie, obniża znacznie ilość tych substancyi w moczu, jeśli były poprzednio zwiększone przez wywołanie cukrzycy zatruciem floryzynowem, działając równocześnie różnie na wydzielanie cukru i amoniaku. Przemawiałoby to na korzyść tych teoryi, które uważają kwas glikuronowy za ciało macierzyste dla substancyi acetonowych, bo ilość tych ostatnich musi się zmniejszyć, skoro zwiększymy wydzielanie ich macierzystego ciała; w każdym razie kwas glikuronowy pochodzi nie z cukru, ale z jakichś innych grup drobinowych białka, z produkcyą cukru nie mających nic wspólnego. *M. S.*

Schwartz i Kayser. **Pochodzenie igiełek kwasów tłuszczowych w czopkach Diettricha i wykazanie drobnoustrojów, rozkładających tłuszcze.** (*Zeitschrift f. klin. Med.* LVI. 1 i 2). Autorowie wykazali, że z wielu drobnoustrojów, znajdujących się w czopkach Dittricha, tłuszcze rozkłada tylko jeden gatunek białego gronkowca, posiadającego charakter pasorzytniczy. Rozkłada on równie silnie tłuszcze, jak znane chorobotwórcze gronkowce. Enzymu, któryby te drobnoustroje wytwarzały, nie znaleziono. Do rozkładu tłuszczu potrzebują te pasorzyty dłuższego czasu dlatego działanie ich występuje tylko w cierpieniach, połączonych z zaleganiem treści w oskrzelach, sprzyjających równoczesnemu rozwojowi gnicia. Oba te procesy przebiegają równolegle, ale rozkład tłuszczu nie stoi w przyczynowym związku z gniciem, co stwierdzają przypadki, gdzie przy daleko posuniętym gnilnym procesie kwasów tłuszczowych w wydzielinie nie spotykamy. Lecytyny opisane drobnoustroje nie rozkładają. *S. M.*

Klieneberger i Oxenius. **O zachowaniu się moczu i osadów moczowych w chorobach gorączkowych, żółtaczce i cukrzycy.** (*Deutsches Archiv für klin. Med.* T. 85, 1905). Zmiany, występujące w moczu pod postacią białkomoczu, pojawienie się wałeczków i innych składników osadu moczowego, powstają pod wpływem jadów, wytwarzających się w ustroju w przebiegu chorób zakaźnych lub w żółtaczce i cukrzycy. Zmian tych nie wywołuje ani wysoka gorączka, ani ciężki stan chorego. Podrażnienie nerek, ujawniające się białkomoczem, lub pojawieniem się wałeczków i nabłonków nerkowych, jest zwykle przemijające i nie uprawnia nas do rozpoznania zapalenia nerek. Podrażnienie to bywa zwykle większem w żółtaczce i cukrzycy, niż w chorobach zakaźnych. Wałeczki ziarniste i nabłonkowe są objawem rozpadu komórek cewczek nerkowych. Wałeczki szkliste nie mają tego znaczenia. Białkomocz, jak i wałeczki, mogą się nagle pojawić w moczu. Czy w danym przypadku mamy do czynienia z zapaleniem nerek, czy też z przemijającem zaburzeniem, można tylko orzec na podstawie ogólnego obrazu choroby i przebiegu choroby. *Latkowski.*

Chauffard. **O zapaleniu nerek pod wpływem sublimatu.** (*La semaine medicale* Nr. 2, 1905). Spostrzenia u ludzi i doświadczenia na zwierzętach doprowadziły autora do wniosku, że ostre zapalenie nerek, powstałe pod wpływem sublimatu, ma pewne, wyszczególniające je cechy. Znamiennym mianowicie i stałym objawem bywa wybitna oligurya, lub też nawet zupełny bezmocz, trwający przez kilka pierwszych (około pięciu) dni. Po bezmoczu następuje zwolna z dnia na dzień stopniowe zwiększenie się ilości wydzielanego moczu. Drugim, mniej stałym objawem jest skąpy tylko białkomocz, brak krwiomoczu, obrzęków i objawów mocznicy. Autor nie spostrzegał opisywanego przez Fischera zabarwienia czerwonego, ani też urobilinuryi, o której wspomina Hoppe-Seyler. Badania drobnowidowe osadu dowodzą niezbicie, że przyczyną bezmoczu jest mechaniczne zatkanie przewodów i kłębków nerkowych obumarłymi nabłonkami i wałeczkami, a wraz z ustąpieniem przyczyny, wydzielanie w nerkach powraca do stanu prawidłowego. Te same objawy można doświadczalnie wywołać na królikach. Zapalenie nerek pod wpływem sublimatu jest zapaleniem bez zjawisk przekrwienia i przenikania krwinek (*diapedesis*). Badanie wydzielania w nerkach stwierdza oddzielne przełamanie się linii wydzielania chlorków i azotu: wydzielanie azotu pierwej powraca do stanu prawidłowego, aniżeli chlorków. Rokowanie co do ostatecznego wyleczenia jest niepewne, ponieważ chorzy, dotknięci toksycznem zapaleniem nerek, zapadają później na marskość nerek (*nephrosclerosis*). W celach leczniczych przeciwwskazane jest podawanie środków moczopędnych, jako działających na nabłonki nerkowe, atoli autor zaleca wstrzykiwanie dużych dawek (3 litr. w ciągu 4 dni) fizyologicznego roczynu soli. *Dr. Blassberg.*

Gürber. **O sposobie wykrycia indykanu w moczu.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 33, 1905). Autor radzi używać 1% kwasu osmowego, jako środka utleniającego, zamiast podchlorynu wapniowego, gdyż ilość podchlorynu wapniowego w próbie Jaffego musi być dokładnie trafiona. Jeźli dodamy za mało podchlorynu wapniowego, odczynu nie będzie, jeźli zaś tego odczynnika za dużo, wtedy błękit indygowy utleni się na inne połączenia bezbarwne. Próbę Gürbera wykonywa się w ten sposób, że 1/3 probówki napełniamy moczem i dodajemy drugie tyle zgęszczonego kwasu solnego i 2—3 kropel 1% roczynu kwasu osmowego. Po kilku sekundach powstaje zabarwienie fioletowo-niebieskie lub niebieskie od błękitu indygowego. Nadmiar kwasu osmowego nie szkodzi odczynowi, dopiero po dłuższym czasie zabarwienie niebieskie znika. Próba ta wykrywa prawie takie same ilości indykanu, co próba z chlorkiem żelazowym, która znów nadaje się lepiej do ilościowego oznaczania, ponieważ chlorek żelaza nie utlenia dalej błękitu indygowego. *Latkowski.*

Langer. **O tworzeniu się niweczników w ustroju żywicieli tasiemców.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 35, 1905). Na podstawie swych badań autor przychodzi do następujących wniosków: 1) w ustroju ludzi, żywiących taśmowce, (jak i u psów), nie wytwarzają się niweczniki; 2) białko pasorzyta nie przechodzi do krwi żywiciela pod wpływem surowicy odpornej na tasiemca; 3) wysokowartościowe surowice, odporne na tasiemca, strącają roczyny białka równorzędnego pasorzyta, a nawet roczyny białka pasorzytów pokrewnych; dlatego tego rodzaju surowice mogą być użyte do rozpoznawania; 4) taśmowce żywią się białkiem rozpuszczonem, pochodzącem z pokarmów żywiciela; 5) działania surowic odpornych wydalającego tasiemca dotąd nie stwierdzono. *Latkowski.*

Siegel. **O wykryciu krwi w kale.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 33, 1905). Badając czułość próby gwajakowej, autor przekonał się, że ona daje często niepewne wyniki i że na podstawie dodatniego jej wyniku, nie można twierdzić, iż stolec zawiera krew. Przedewszystkiem przy wykonywaniu próby Webera należy do stolca dodać zawsze wody, aby uzyskać wyciąg eterowy z kału. Naczynia i probówki powinny być czyste, gdyż sole miedziowe i żelazowe barwią również na niebiesko nastój gwajakowy z terpentyną. Z pokarmów przedewszystkiem mięso napół surowe, a nawet gotowane daje zabarwienie niebieskie tej próby, dalej pokarmy, zawierające krew, leki, zawierające żelazo, n. p. *liqu. ferr. albumin.* (pigułki Blauda nie), w końcu fermenty. Dalej przekonał się autor, iż słabe roczyny krwi lub mało domieszki krwi w stolcach, tracą zdolność przenoszenia ozonu, gdy się utlenią na powietrzu lub zapomocą środków utleniających. Jako drugą próbę na krew, niejako próbę kontrolną, gdyż próba gwajakowa nie jest bezwzględnie pewną, poleca Siegel próbę Adlera z wodą utlenioną z wyskokowym roczynem benzidiny. Próba ta jest daleko czulszą od próby gwajakowej. Najpewniejszym sposobem wykrycia krwi w kale jest wedle autora, badanie spektroskopowe po zredukowaniu krwi na hematynę zredukowaną. *Latkowski.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Kermanner. **W sprawie powstawania położeń skośnych i poprzecznych.** (*Zentr. f. Gyn.* Nr. 34, 1905). U 19-letniej pierwiastki z miednicą ogólnie ścieśnioną (*c. vera* 10 cm.) wytworzyło się w I. okresie porodowym położenie skośne płodu. Gdy ułożenie na bok odpowiedni pozostało bez skutku, zbadał K. wewnętrznie i stwierdził guz tor-

biełowaty wielkości główki dziecięcej, zajmujący całą miednicę małą; ujście było bardzo wysoko po stronie lewej. Po odprowadzeniu cewnikiem 900 grm. moczu, guz znikł i wstawiła się czaszka. Po 2½ atoli godzinach znowu z tej samej przyczyny przesunęła się główka na talerz biodrowy i ponownie zstąpiła do wchodu po odprowadzeniu 300 grm. moczu. Dalszy przebieg powodu był prawidłowy. Ciekawą stronę przypadku stanowi kwestya, dlaczego pęcherz moczowy u pierwiastki nie unosił się zupełnie ponad miednicę małą. Musimy sobie zjawisko to wytłómaczyć nieprawidłowym związkiem z macicą, bądź też istnieniem zrostów po przebytem zapaleniu w tej okolicy. Przepukliny pęcherzowej przed porodem nie było. Jest to pierwszy przypadek, w którym stwierdzono zboczenie główki u pierwiastki z powyższej przyczyny. Także wypełniony pęcherz moczowy w połogu nie dawał się ponad spojeniem wybadać. *B. Wojciechowski.*

Haagn. **Przebieg porodu w przypadku przerostu szyi znacznego stopnia.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 35). Chora cierpiała od 15 roku życia na obniżenie macicy, tak znacznego stopnia, że guz sięgał na parę cm. przed szparę sromową. W 34 roku życia była chora w końcu 1-szej ciąży. H. stwierdził wówczas silny przerost i obrzęk szyi i obniżenie się macicy, jakoteż obu ścian pochwy. Przy okładach i spokoju część pochwowa się cofnęła. Poród przeciągał się mimo dobrych bolów z powodu niepodatności szyi, a gdy po 37 godzinach ciepłota dosięgła 39° przy ujściu na 5 kor., nacięto przednią i tylną ścianę szyi i urodzono kleszczami płód, niezupełnie donoszony, ważący 2700 grm. Po zeszyciu szyi, przestrzykano macicę. Połóg prawidłowy. Pierwotną rzeczą był w tym przypadku zapewne przerost szyi, poczem bez jakiegokolwiek urazu przyszło do opadnięcia macicy i wynicowania pochwy. Stan taki naraża chorą zarówno podczas ciąży, jak i porodu, na wielkie niebezpieczeństwo zakażenia. *B. Wojciechowski.*

Hoeslin. **O porażeniach obwodowych u ciężarnych.** (*Münch. m. Wochft* Nr. 14, 1905). W przeciwstawieniu do porażeń ośrodkowych u brzemiennych więcej są znane porażenia obwodowe, które H. dzieli według pochodzenia na spowodowane: 1) schorzeniem mięśni; 2) zapaleniem nerwów. Do pierwszej kategoryi należą porażenia wskutek rozmiękczenia kości, gdyż schorzenie mięśni według najnowszych badań idzie ręka w rękę ze sprawą chorobową kości, wywołaną tymi samymi czynnikami. Pierwsze objawy w takich przypadkach stanowią znużenie, bole i drgania mięśniowe, a co najważniejsze — skłonność do przykurczeń mięśni przywodzących udo. Niedowład w wspomnianych mięśniach rozwija się bardzo powoli, będąc nieraz przez przeciąg kilkuletni jedynym zwiastunem zbliżającej się choroby następowej. Znamieniem tego porażenia jest porządek przy dalszym jego rozwoju, w jakim on zajmuje pojedyncze gromady mięśniowe; pod tym względem znachodzimy, że najpierw podlegają temu porażeniu m. biodrowolędźwiowy, czworogłowy i odwodziciele uda, wskutek czego chód chorych staje się charaktorystycznym, kaczkowatym; po tych mięśniach następuje kolej na mięsień naramienny, piersiowy, kapturowy i inne duże mięśnie, przy których pomocy podnosimy w stosunkach prawidłowych ramię do linii poziomej i wyżej. Zanik mięśni, towarzyszący powyższemu porażeniu, podobny jest do formy młodzieńczej porażenia postępującego, z tą jednak różnicą, że tu nie mamy przerostu rzekomego i że tu nie słabną odruchy kolanowe stosunkowo do zaniku mięśni, tylko są one nawet wzmożone. Autor stosuje w początkach tego cierpienia fosfor i kąpiele słone, później poleca trzebienie. Inna forma porażenia, wywołana schorzeniem mięśni, tj. zapalenie wielu mięśni, ma dla swej rzadkości tylko wartość teoretyczną. O wiele częściej spotykamy się natomiast z porażeniami wskutek zapalenia nerwów, objawiającego się z stanowiska patogenetycznego pod 4 rozmaitemi postaciami, mianowicie jako: 1) urazowe zapalenia nerwów w połogu i porażenie; 2) zapalenie nerwów połogowe, powstałe przez styczność; 3) zapalenie nerwów połogowe zakaźne; 4) toksynowe zapalenie nerwów u ciężarnych i położnic. Pierwszą postać spotykamy nietylko po porodach ciężkich, choć zniekształtnienia miednicy i jej ścieśnienia usposabiają kobiety do takiego zapalenia; występuje ono też tam, gdzie główka noworodka przy dłuższem zatrzymaniu się nad małą miednicą wywiera znaczny ucisk na znajdujące się tamże nerwy, jak to ma miejsce u pierwiastek, a szczególnie u starszych pierworodek z mniej podatnymi mięśniami. Pierwszym znamiennym objawem tej choroby jest to, że zawsze rozpoczyna się podczas porodu, lub bezpośrednio po nim; co do umiejscowienia porażenia, to wyłącznie miarodajne są stosunki anatomiczne; zwykle zajęte są 3 nerwy: zasłonowy, strzałkowy i piszczelowy. Ponieważ bieg i rozgałęzienia nerwów bywają niezawsze te same, więc i przypadłości, cechujące urazowe zapalenia nerwów, są rozmaite. Według Romberga i Basedowa, bardzo często spostrzega się bole znaczne w okolicy biodrowej wzdłuż tylnej strony uda, aż do łydki, a równocześnie z nimi pojawiają się nieraz w mięśniach tych drgania, a później dopiero wytwarzają się porażenia. W ciężkich przypadkach, t. j. takich, gdzie wszystkie nerwy miednicowe podlegają porażeniu, widzimy zupełny bezwład obu kończyn; są to fakty stosunkowo często stwierdzone, choć ze stanowiska ginekologów nie jasne. Na szczęście choroba zwykle kończy się uleczeniem i odzyskaniem władzy; nieraz jednak pozostaje porażenie mięśni, należących do n. strzałkowego z następowym zanikiem na dłuższy czas, a nawet na zawsze. Rokowanie w tych razach zależne jest jedynie od przestrzeni, jaką choroba tuż po porodzie zajmuje; wspomnieć jeszcze trzeba, iż z etyologii tej choroby wynika, że ta sama osoba skłonna jest przy każdym następnym porodzie do (ponownego) zachorowania. Co się tyczy połogowego zapalenia nerwów, powstałego *per continuitatem*, przez ciągłość, to przyczyniają się do tego w pierwszym rzędzie takie sprawy, jak zapalenie żył połogowe, bolesny obrzęk uda u położnic, a szczególnie wysięk przymaciczny, wywołujący dość często stan zapalny w splocie kulszowym. Tak jak przyczyna, tak i przebieg choroby jest inny, aniżeli przy porażeniu urazowem. Sprawa rozwija się w tych przypadkach stopniowo w miarę postępu pierwotnego zapalenia, nie spotyka się tutaj porażeń zupełnych, leczenie jest wyłącznie przyczynowe. Znowu inny obraz chorobowy przedstawiają przypadki, w których wchłanianie substancyj zakaźnych wywołuje połogowe zakaźne zapal. nerwów (*neuritis puerp. postinfectiosa*). Usadawia się ono szczególnie w nerwach górnej kończyny, a mianowicie w pośrodkowym i łokciowym; rozpoczynając się w pierwszych tygodniach po porodzie, wywołuje naprzód bole w przedramionach, którym nieraz towarzyszą zaburzenia czucia, a zanik mięśni wśród zajętej przestrzeni; wszystkie te objawy mijają zawsze w przeciągu kilku miesięcy. Nieco podobną do tej postaci jest ostatnia kategorya zapalenia nerwów, powstałego na tle zatrucia u ciężarnych i u kobiet, które przebyły połóg prawidłowy. Co do etyologii, to w tych przypadkach odgrywa rolę choroba przypadkowa, jak grypa, różne stany gorączkowe, niepowściągle wymioty i t. p. Te ostatnie, powstające nieraz równocześnie z zapaleniem nerwów, wskazują może, iż wytworzone w ustroju toksyny są przyczyną chorobową; tylko tak można sobie wytłómaczyć podobieństwo przebiegu tego zapalenia z zapaleniem nerwów, pozostałem na tle nadużycia wyskoku lub jakiegoś innego zatrucia; dlatego tu się spotykamy z wiądem rdzenia rzekomym, a przedewszystkiem z ciękiemi zmianami umysłowemi, taksamo jak w zapaleniach nerwów z zatrucia wyskokiem. Zależnie od przestrzeni, jaką zajmuje zapalenie, objawy chorobowe są odmienne. Bywają przypadki, w których ono jest ograniczone li tylko do nerwów twarzy, lub 1 kończyny; inne znowu, gdzie nie zachowuje żadnego typu i wówczas są możliwe najrozmaitsze kombinacye, jak np. porażenie prawego n. pośrodkowego, a równocześnie porażenie lewej kończyny dolnej, albo 1 nerwu pachowego i obu kończyn dolnych i t. d.; w połowie przypadków spostrzegamy ogólne zapalenie nerwów z następowym zanikiem mięśni, równoległym kończyn górnych i dolnych. Ważne powikłanie w przypadkach tego rodzaju, stanowi zboczenie umysłowe Korsakowa z charakterystycznym niedowładem pamięci o rzeczach bieżących; H. miał na 40 przypadków tej kategoryi aż 16 razy wspomniane powikłanie. Rokować należy tem niekorzystniej, im szybciej porażenie się rozwija i im większą zajmuje przestrzeń: na 50 ciężkich przypadków umarło 10, tj. 20%. Autor przekonał się, że przerywaniem ciąży nie zawsze zapobiega się rozwojowi choroby i dlatego poleca zastosowanie tego środka ograniczać do przypadków z bardzo groźnym przebiegiem. *Korm.*

Sellheim. **Czy zbyt duża główka płodu usprawiedliwia także przy małem ścieśnieniu miednicy operacyjne jej rozszerzenie.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 35). Kobieta 38-letnia rodziła 7 razy siłami przyrody, 8-my zaś poród przeciągał się przy dobrych bólach przez 12 godzin. S. znalazł ujście zupełnie rozwarte, główkę dużą, twardą, nieustaloną, przy miednicy lekko płaskiej z *conj. diag.* 10½. Ostatnia ciąża pochodziła od drugiego męża, który w porównaniu z pierwszym miał ogromną głowę (Nr. 60 kapelusza). S. przeznaczył przypadek do pubiotomii. Wśród przygotowań pękła macica. Operacya wykazała płód, łożysko i krew płynną w jamie brzusznej, przedarcie poprzeczne ściany przedniej i rozpoczynające się pęknięcie ściany tylnej na wysokości pierścienia skurczowego. Przez wycięcie macicy uratowano matkę. Płód płci męzkiej 3740 grm., obwód główki czołowo-potyliczny 36 ctm., czaszka twarda. *B. Wojciechowski.*

Nebesky. **Przypadek torbiela polipowego.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 34). Przed operacyą rozpoznano torbiel jajnikowy. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono guz o budowie groniastej, w związku z przydatkami lewej strony. Pojedyncze guzy o ścianach cienkich, z treścią przejrzystą, czasem żółtawą, są wielkości orzecha aż do wielkości główki dziecięcej. Po oddzieleniu zrostów silniejszych z pęcherzem i otrzewną miednicy małej, wycięto całość wraz

z przydatkami strony lewej. Na preparacie widać zdrową trąbkę i jajnik, podstawa zaś guza znajdowała się w odległości ½ cm. od wnęki jajnika w kierunku „lig. infundibulo-pelvicum“. Guz cały rozpada się na 2 grupy, połączone ze sobą szypułą. Gołem okiem widać na wewnętrznej w całości gładkiej ścianie bliżej podstawy pojedynczych torbieli drobne brodaweczki. Pod drobnowidem ściana torbielków, jakoteż wspomniane brodaweczki złożone ze zbitej tkanki łącznej, wnętrze zaś wyścielone przybłonkiem jednowarstwowym kostkowym. Przydatki strony przeciwnej zupełnie zdrowe. Olshausen, który pierwszy ten rodzaj guzów opisał, nadał im nazwę: torbiela polipowatego lub groniastego. Są one bardzo rzadkie, powstają zdaniem Amanna z rozsianych drobniutkich ognisk jajnikowych i pozbawione są charakteru złośliwego. *B. Wojciechowski.*

Tusenbrook. **O zmiennej jędrności mięśnia macicznego ze względu na niebezpieczeństwo przebicia go przy skrobance.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 34). Przeciw spostrzeżeniu Kossmanna, że podczas skrobanki powiększa się niekiedy bardzo znacznie jama macicy wskutek t. zw. porażenia macicy nieciężarnej, wystąpił niedawno Strassmann, uważając to twierdzenie za błąd, który może mieć w praktyce zgubne następstwa i sądził, że chodziło tu o przebicie macicy. W obronie Kossmanna przytacza T. przypadek, w którym podczas skrobanki uczuł nagłe zwiotczenie ściany przedniej, podczas gdy tylna pozostała jędrną. Po ostrożnem zeskrobaniu wiotkiej ściany przedniej uczuł w pewnej chwili, gdy posuwał łyżeczkę wzdłuż dna, brak wszelkiego oporu. Zdaniem T., nastąpiło tu przebicie macicy. Uczucie, jakiego się przytem doznaje, jest tak różnem od tego, jakie się ma przy posuwaniu łyżeczki po wiotkiej podstawie, że przy pewnej uwadze i delikatności czucia tych dwu rzeczy ze sobą pomięszać nie można. Zarzuty Strassmanna, jakoby powiększenie się nagłe macicy nieciężarnej nie dawało się ani mechanicznie, ani fizyologicznie wytłómaczyć, stara się T. kolejno osłabić. Zarówno zdwojona otrzewna, jakoteż podatna błona śluzowa i pokręcone naczynia krwionośne pozwalają na nagłe powiększenie się macicy; sploł zaś włókien mięsnych nie może być zasadniczo różnym w macicy ciężarnej, a poza okresem ciąży. Co zaś do strony fizyologicznej, to Keiffer stwierdził na macicy psiej, że pewne bodźce wywołują zmniejszenie, inne wydłużenie się jamy macicznej. Wreszcie sądzi T., że gwałtowne rozszerzenie szyi macicznej przed skrobanką jest w stanie równocześnie z porażeniem zwieracza w ujściu wewnętrznem sprowadzić porażenie trzonu. Systematyczne mierzenie długości jamy macicy przed rozszerzeniem szyi i po niem, względnie przed skrobanką i po niej, jest dla wyjaśnienia tej sprawy bardzo pożądanem. *B. Wojciechowski.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. Lazarus. **O rdzeniowej siedzibie ośrodków ruchowych.** (*Zeitschrift f. klin. Medizin* T. 57, 1905). Autor przytacza dowody na to, że komórki rogów przednich w oddzielnych odcinkach rdzenia nie należą do pojedynczych nerwów lub mięśni, lecz są przeznaczone do pewnych złożonych ruchów. Żaden mięsień, ani nerw, nie jest zaopatrywany tylko przez jeden odcinek rdzenia; róg przedni każdego odcinka rdzenia nigdy nie rządzi jednym tylko mięśniem lub jednym obwodowym pniem nerwowym, tylko zawsze kilkoma, jak n. p. widać to na rozgałęzieniu 7-go korzonka szyjnego. Przecięcie przedniego korzonka nigdy nie poraża w całości należącego do niego mięśnia, tylko osłabia albo hamuje pewien oznaczony rodzaj ruchu. Podrażnienie korzonka ruchowego prądem przerywanym nie wywołuje skurczu całego jednego mięśnia, lecz wywołuje skurcz pewnych części kilku mięśni. Wedle badań autora na psach i królikach rdzeń oddziaływa już na bardzo słabe prądy galwaniczne i faradyczne. Tak przez podrażnienie istoty szarej, jak i białej, można wywołać ruchy skojarzone, podobne do ruchów dowolnych. W rdzeniu istnieją, jak i w mózgu, ośrodki ruchowe, przeznaczone do pewnych stałych ruchów mięśniowych złożonych, tak jak istnieją ośrodki rdzeniowe, kojarzące dla pewnych mechanizmów odruchowych, jak n. p. oddychanie. Ruchy skojarzone powstają u zwierząt jeszcze po wyjęciu mózgu. Po wysokiem przecięciu rdzenia pozostają pewne dobrze skojarzone odruchy. Ponieważ przekrój piramid rdzenia zawiera w części szyjnej przynajmniej 100.000 włókien, a również tyle musi być komórek rogów przednich, przeto ilość różnych kombinacyi ruchowych, które mogą być z mózgu wywołane, jest niezliczona. Przez ćwiczenie można pewne złożone ruchy zrobić mechanicznymi odruchowymi. Wynurzenie się jakiegoś nowego złożonego ruchu, jakoteż przystosowanie się mięśni i nerwów po przeszczepieniu zdrowego mięśnia do porażonego antagonisty, tłómaczy się istnieniem połączeń między komórkami i włóknami rdzeniowymi w najrozmaitszych kierunkach, które się w razie potrzeby przez ćwiczenie wyrabiają. Na końcu pracy zestawia autor lokalizacyę ruchowych czynności wedle odcinków rdzenia. *Latkowski.*

O. Fischer. **O rozmieszczeniu włókien piramidalnych, przeznaczonych dla unerwienia kończyn dolnych.** (*Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, T. XVII. H. 5. Mai, 1905). W przypadku jednostronnego porażenia kończyny dolnej prawej, zakończonego śmiercią, zbadał autor mózg, w którym stwierdził guzek gruźliczy, wielkości orzecha laskowego. Gruzełek był umiejscowiony w najwyższym odcinku zwoju przyśrodkowego przedniego, przechodził też na ścianę środkową półkuli, gdzie tylko bardzo małą cząsteczką zachodził na zwój przyśrodkowy tylny i na płatek przyśrodkowy. Gruzełek nie sięgał dalej, jak na centymetr w głąb. Badania, wykonane metodą Marchiego, wykazały zwyrodnienie w drodze piramid, które jednak autor tylko po rdzeń szyjny mógł wybadać. Włókna dla kończyny dolnej rozrzucone są w danym przypadku na wysokości wzgórków czworaczych po całem polu drogi piramid. W rdzeniu szyjnym zwyrodnienie obejmowało dwie drogi piramid, przednią i boczną, w przedniej ilość zwyrodniałych włókien była znacznie mniejszą. Badania te stwierdzają fakt, zauważony przez Hochego dla ręki, że w drogach piramid włókna tej samej czynności nie grupują się razem, ale są rozsiane po całem polu tej drogi. *Doc. Dr. Bochenek.*

I. Ingegnieros. **Porażenie postępujące wrzekome cukrzycowe.** (*Revue Neurologique* Nr. 14, 1905). Autor opisuje przypadek, w którym wszystkie klasyczne objawy porażenia postępującego tak były wyraźne, iż rozpoznanie nie mogło ulegać wątpliwości. Dopiero w jakiś czas później przeprowadzone badanie chemiczne moczu wykazało obecność ogromnych ilości cukru, bo do 20: 100. Przy odpowiedniem leczeniu ilość cukru ogromnie zmalała, a w ślad za tem poczęły ustępować zarówno psychiczne, jak i somatyczne objawy porażenia postępującego, aby w końcu zniknąć bez śladu. Gdy chory zaprzestał zachowywania przepisów, w krótkim czasie, bo w kilka miesięcy, zgłosił się powtórnie. Tym razem badanie wykazało znowu wszystkie objawy porażenia i ogromną ilość cukru. I znowu po zastosowaniu dyety cukier znikł zupełnie, a objawy nerwowe ustąpiły bez śladu. Chory, nauczony doświadczeniem, zachowywał później stale już dyetę przepisywaną i stale żadnych objawów porażenia postępującego nie przedstawiał. Zważywszy, iż chory kiły nie przebywał, należy przyjąć z całą pewnością, iż objawy nerwowe były wynikiem samozakażenia: przypadek to rzadki; w piśmiennictwie bowiem autor odszukał tylko jeden tak przekonywujący, a mający wielkie znaczenie praktyczne. *Dr. Rydel.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Maltopepsyna jest proszkiem żółtawym, bardzo dobrego smaku, słodowego zapachu; zawiera pepsynę, kwas solny i maltozę. Ten skład chemiczny zaleca maltopepsynę do stosowania w tych wszystkich przypadkach, w których zaburzenia trawienne, zależne od wadliwego składu soku żołądkowego, podkopały ogólne odżywienie ustroju.

Maltopepsynę wyrabia fabryka czeska Dra Stan. Rejthárka v Král. Městei. *Hekim.*

Eunatrolowi (oleinian sodowy) nadano obecnie lepszą postać, nazwaną »*eunatrol siccum*«, uwalniając go w próżni od nadmiaru kwasu oleinowego. Tego środka używa w leczeniu kamicy żółciowej Clemm (*Pharm. und ther. Rundschau* 1905, 14) w postaci wlewań do żołądka po poprzedniem przepłukaniu. Rauchmann zaś podaje (*Mediz. Woche* 1905, 19), że podając pigułki eunatrolowe (*Rp. Natr. oleinici, terrae silic. q. s. u. f. pill. Nr. 100*) zdołał w ciągu dni 14 wywołać rozpuszczenie się kamienia żółciowego, który zatkał przewód pęcherzykowy u 38-l. ciężarnej i wywoływał bardzo ciężkie objawy. Po tem leczeniu przez cały rok nie powróciły objawy kamicy. *Zm.*

V. Szlakami cholery.

Szkic historyczny

napisał

Dr. Adam Langie.

Między 8-ym a 37-ym stopniem północnej szerokości i 66-ym a 100-ym długości wschodniej rozciąga się kraj najbogatszy na kuli ziemskiej, obejmujący przeszło 4 miliony kilometrów kwadratowych, zwany Indyami Przedgangesowemi. Kraj to znany już starożytnym kupcom, bo z nim

oddawna w handlowych pozostawali stosunkach, a z którego tajemniczą zasłonę zerwać miała po raz pierwszy wiekopomna Aleksandra Wielkiego wyprawa. Wśród niebotycznych gór, rozległych równin, nad brzegami wspaniałych rzek, wśród groźnych gąszczów leśnych, na ziemi bujnej i tak urodzajnej, że wszelakich płodów dać może dostatek, mieszkał tam od wieków lud, któremu czarowna przyroda wykołysała rycerską fantazyę, szeptała natchnione słowa mistycznych zachwytów i pełne głębokiej filozofii podsuwała dumania. Lud to marzycieli i ascetów, wojowników i artystów, co wyprzedził kulturą swą inne ludy starożytne, rozwinął wspaniałą rodzimą literaturę i nas jeszcze karmi skarbami swej przecudnej poezyi.

Dziś wszystko się zmieniło. Nad przeszło 290 milionami ludu różnego pochodzenia, języka, wiary i obyczajów, zamieszkującego kraj starożytnych Indusów, panuje garść Anglików w ciągłej niepewności jutra, z ręką na szabli, z uchem wsłuchanem w niepokojące szmery, idące z głębi tajemniczych dżungli. A ten kraj złota i drogich kamieni, kraj szczęścia i bogactw nieprzeliczonych, darzy swe dzieci straszną plagą, która z nad delty Gangesu i Bramaputry po całej rozchodzi się ziemi, bo kraj ten — to ojczyzna cholery. Zabójczy, najgorętszy na ziemi klimat i ukształtowanie geograficzne kraju, nędza tysięcy mieszkańców, trapionych strasznemi klęskami głodu, składają się na to, że okropna zaraza nigdy tam nie gaśnie, urągając najnowszym zdobyczom nauki.

Indye oblewa od zachodu Zatoka Arabska, od wschodu Zatoka Bengalska, będące obie częściami Oceanu Indyjskiego. Na południe od olbrzymiego pasma gór Himalajów rozciąga się rozległa równina Hindostanu, przecięta trzema wielkiemi rzekami. Podczas gdy wschodnia jej część, dorzecze rzeki Indu, zwane Pendżabem, odznacza się niesłychanem bogactwem ziemi urodzajnej, to zachodnia tworzy lesisto-bagnistą najniezdrowszą nizinę, przerzniętą nieprzeliczoną siecią ramion delty Gangesu i Bramaputry. Również całe wschodnie wybrzeże półwyspu, sięgającego w kształcie mocno zwężającego się ku południowi trójkąta głęboko w morze — to jedna długa nizina, pokryta mnóstwem jezior, lagun i bagnistych delt rzecznych. To też największe ogniska życia, w których gromadzi się tłum nędzny i głodny proletaryatu indyjskiego: Kalkuta, Madras, Goa, Bombaj, leżące wszystkie w bagnistej nizinie wybrzeży, są zarazem głównemi ogniskami wiecznie tam grasującej cholery, która okresowo co pewien czas wysyła z nich swe złowrogie ramiona polipa na cały kraj i dalej, hen za morza i lądy — aż do nas. A historya epidemii cholery w XIX-tem stuleciu wykazała, że jest to najstraszniejsza zaraza nowszych czasów, wobec której i dziś jeszcze stoją prawie bezsilnie: najpotężniejsze rządy, najenergiczniejsze władze i największe umysły uczonych.

Kiedy i jak dawno zagnieździła się w Indyach cholera, wobec braku danych — nie wiemy. Pierwsze wzmianki o epidemiach, ograniczonych do samego tylko półwyspu, pochodzą z wieku XVI, obfitsze już z końca XVII i XVIII, a dokładne wiadomości posiadamy o epidemiach, które srożyły się tam w latach: 1804, 1811 i 1813. Dotąd jednak cholera nie przekraczała nigdy granic swej pierwotnej ojczyzny, nastąpiło to dopiero w roku 1817 i odtąd datują się owe okresowe najścia przez zarazę tę innych krajów sąsiednich i innych części świata. Pierwsze dziesiątki XIX wieku przyniosły i nam ten podarek, z dalekiego pochodzący wschodu.

Szlaki, jakimi kroczy cholera w swym niszczącym pochodzie, aby wtargnąć do Europy, są dziś dokładnie znane. Właściwie, pomijając pewne modyfikacye nieznaczne, zauważyć się dają głównie dwie drogi: lądowa przez Persyę, Kaukaz do Rosyi — i morska przez Arabię, Egipt do portów europejskich na wybrzeżu morza Śródziemnego. Zauważyć przytem można, że pochody cholery bywają raz szybkie, to znów powolne; czasem w ciągu jednego roku dociera zaraza do miejsc, o tysiące kilometrów oddalonych od pierwotnego jej ogniska, to znów wlecze się krok za krokiem, ogarniając z roku na rok coraz to nowe obszary. Prawie zawsze wygasa w zimie, najczęściej jednak po to tylko, aby z wiosną odżyć na nowo w zajętych w roku zeszłym miejscowościach, i z nich, jako z wtórorzędnych ognisk, dalej się szerzyć.

Pierwsze wtargnięcie cholery do Europy datuje się z r. 1823, kiedy to pojawia się zaraza w Tyflisie, Baku i Astrachanie, zawleczona tu z Kalkuty drogą przez Bombaj, Bagdad, Persyę, Kurdystan, Tabris i wybrzeża morza Kaspijskiego. Lecz wtedy nie rozszerzyła się poza nawiedzone zarazą obszary Rosyi Europejskiej.

W roku 1830 pojawia się znów epidemia w Tyflisie, podobnie, jak tamta, przywleczona z Persyi. Teraz już pochód jej jest szybki i groźny. Dociera do Moskwy, Kijowa, Litwy, Królestwa Polskiego, przechodzi do Austryi i Niemiec, skąd przez Hamburg dostaje się do Anglii i w szeregu następnych lat szerzy zniszczenie w całej niemal Europie, bo we Francyi, Hiszpanii, Włoszech, Belgii i po raz pierwszy nawiedza Kanadę i Amerykę Północną.

Cholera z lat 1847 i 1848 idzie tą samą mniej więcej drogą. Z Indyi przez Afganistan, Turkestan, Persyę, Kaukaz do Rosyi Europejskiej, skąd rozchodzi się znów po całym kontynencie i przerzuca się do Wielkiej Brytanii.

Szlak epidemii z lat 1852—1855 zupełnie ten sam: Indye — Persya — wybrzeża morza Kospijskiego — Rosya Europejska.

Dopiero cholera, srożąca się w Europie w latach 1865 do 1866, obrała inną drogę. Z Bombaju dostaje się morzem do Arabii, gdzie w Mece dziesiątkuje tysiące pielgrzymów, a rozwleczona przez nich po portach egipskich, przenosi się do wszystkich niemal większych portów europejskich nad morzem Śródziemnem i do Odessy. Z portów morza Śródziemnego obiera sobie drogę przez Francyę, Włochy, Turcyę do środkowej Europy, gdzie spotyka się z drugim szlakiem, mającym punkt wyjścia w Odessie, a dążącym przez Rosyę do Galicyi, Węgier i Austryi.

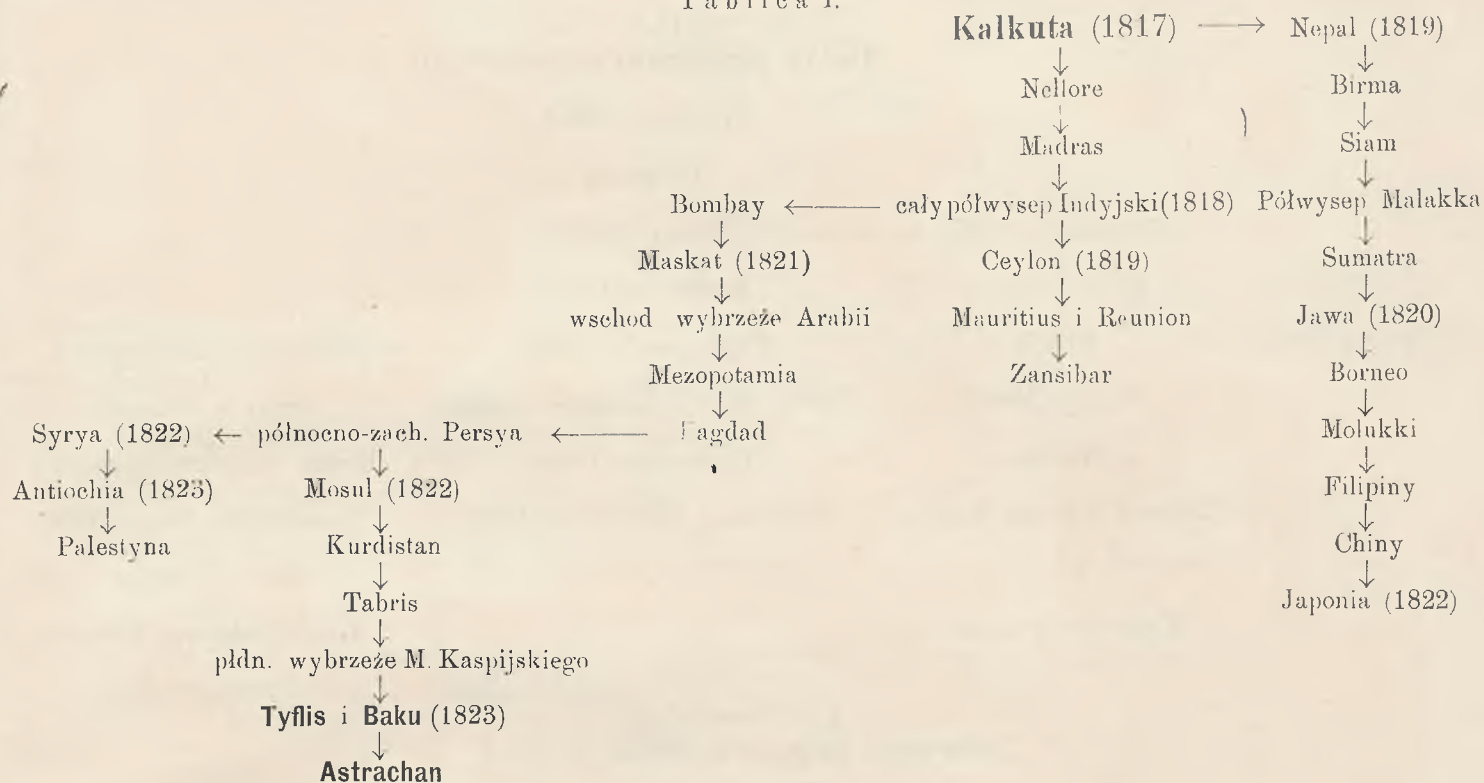
Cholera z lat 1871—1874 dostaje się do Europy z Teheranu przez Azyę Mniejszą i Rosyę; do Turcyi Europejskiej zaś wprost z Azyi Mniejszej.

Epidemia z lat 1884—1887 szerzy się znów, jak jej poprzedniczka z lat sześćdziesiątych, z Indyi przez Egipt morzem do Tulonu i Marsylii, skąd obejmuje przedewszystkiem Francyę, Hiszpanię i Włochy, a z tych ostatnich dopiero do Tryestu i Fiume, aby rozszerzyć się w południowych krajach Monarchii austro-węgierskiej.

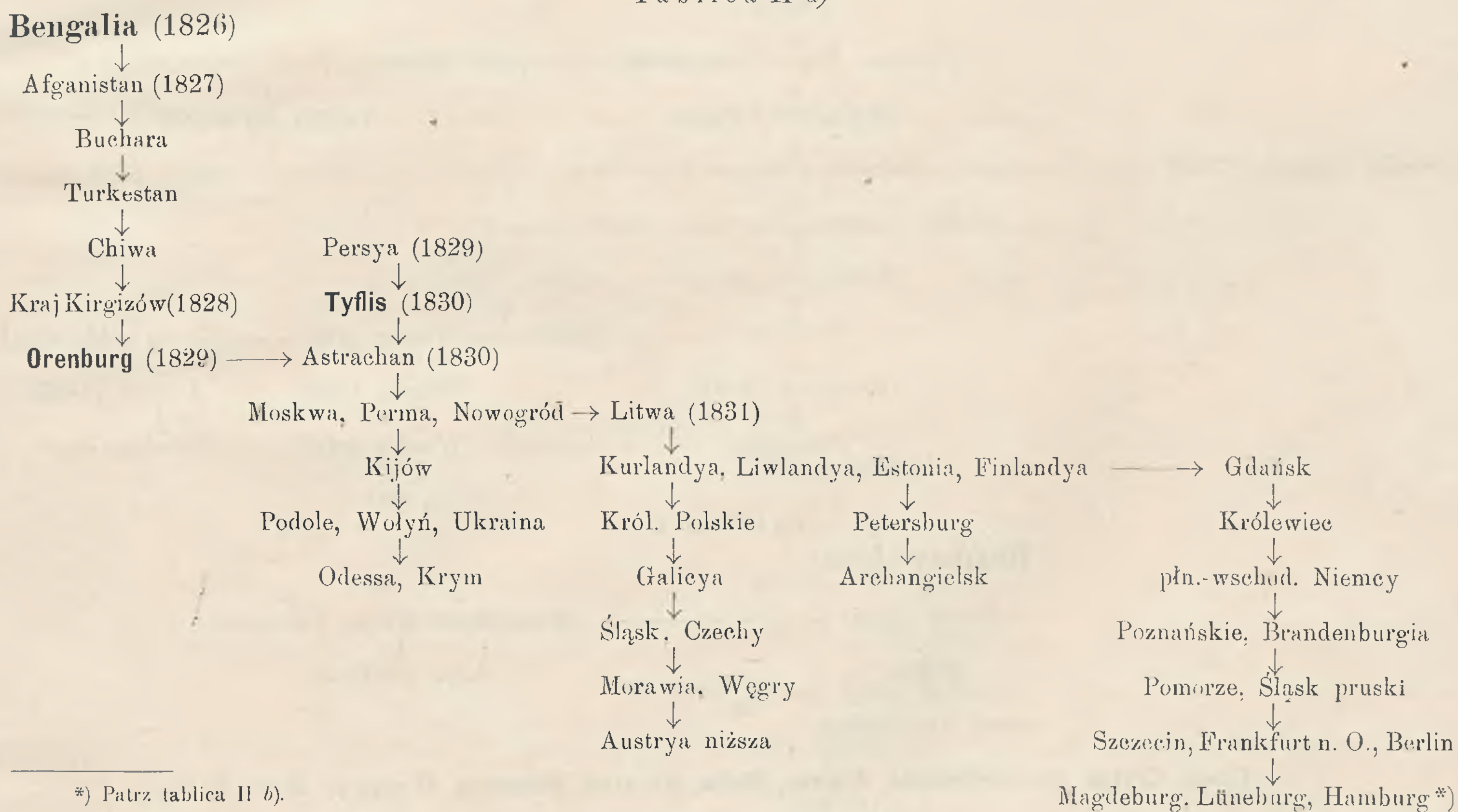
Ostatnie epidemie z lat 1892—1894 przyszły do Europy częścią owym pierwszym szlakiem przez Afganistan, Kaukaz do Rosyi; stąd do Galicyi, Węgier, Bośnii, Rumunii i Konstantynopola, a równocześnie w niewyjaśniony bliżej sposób wybucha całkiem niespodziewanie cholera w Paryżu i Hamburgu, gdzie dla niej nie udało się na pewne wykazać drogi, którędyby tam dotarła. Z tych dwóch ognisk na zachodzie Europy szerząc się zaraza, dochodzi do Niemiec, Belgii i Holandyi.

Znajomość szlaków, którymi tylokrotnie nawiedziła nas cholera w ciągu ubiegłego stulecia, jest ważną ze względów historycznych; ma ona wielką doniosłość dla celów zapobiegawczych rozwleczeniu zarazy i dla ochronienia od niej na przyszłość lądu europejskiego, o ile to jest możliwem. Dla łatwego przeglądu i rozpatrzenia znanych nam dotąd szlaków cholery zestawiłem je poniżej w formie tablic. Tablice te, z wyjątkiem I, obejmują tylko szlaki, dążące do Europy i na tej części świata, jako najwięcej nas obchodzącej, kończą się. Miejscowość oznaczona największym drukiem wskazuje pierwotne ognisko zarazy, oznaczona mniejszym drukiem tłustym: ognisko jej następowe już na ziemi europejskiej; liczba w nawiasie oznacza rok, a strzałki wskazują kierunek pochodu epidemii.

Tablica I.

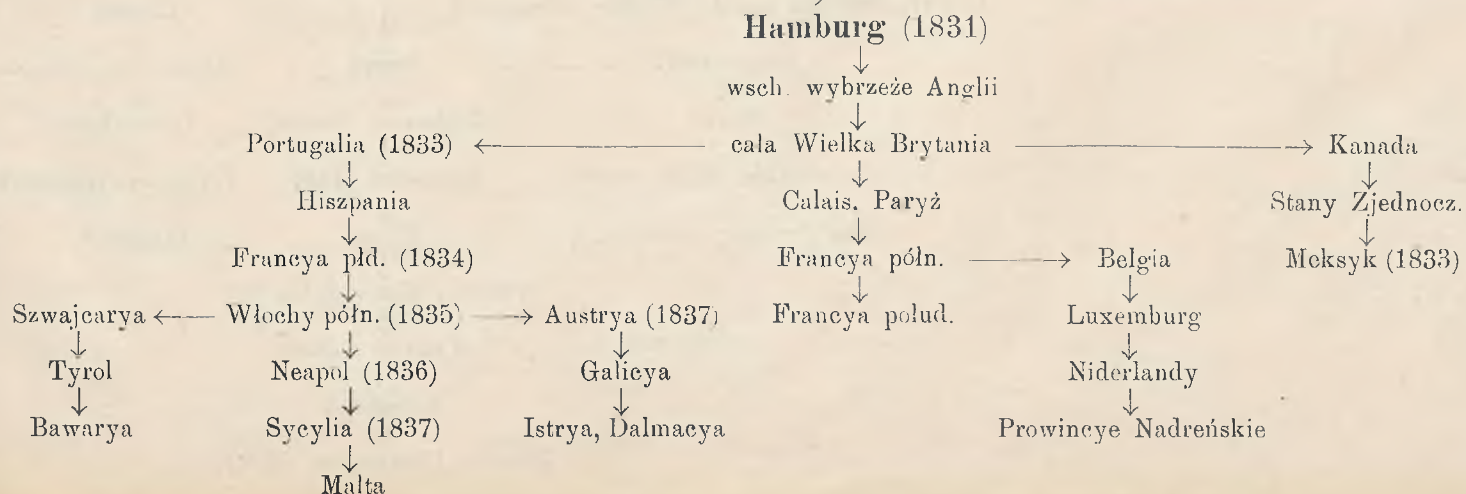


Tablica II a)



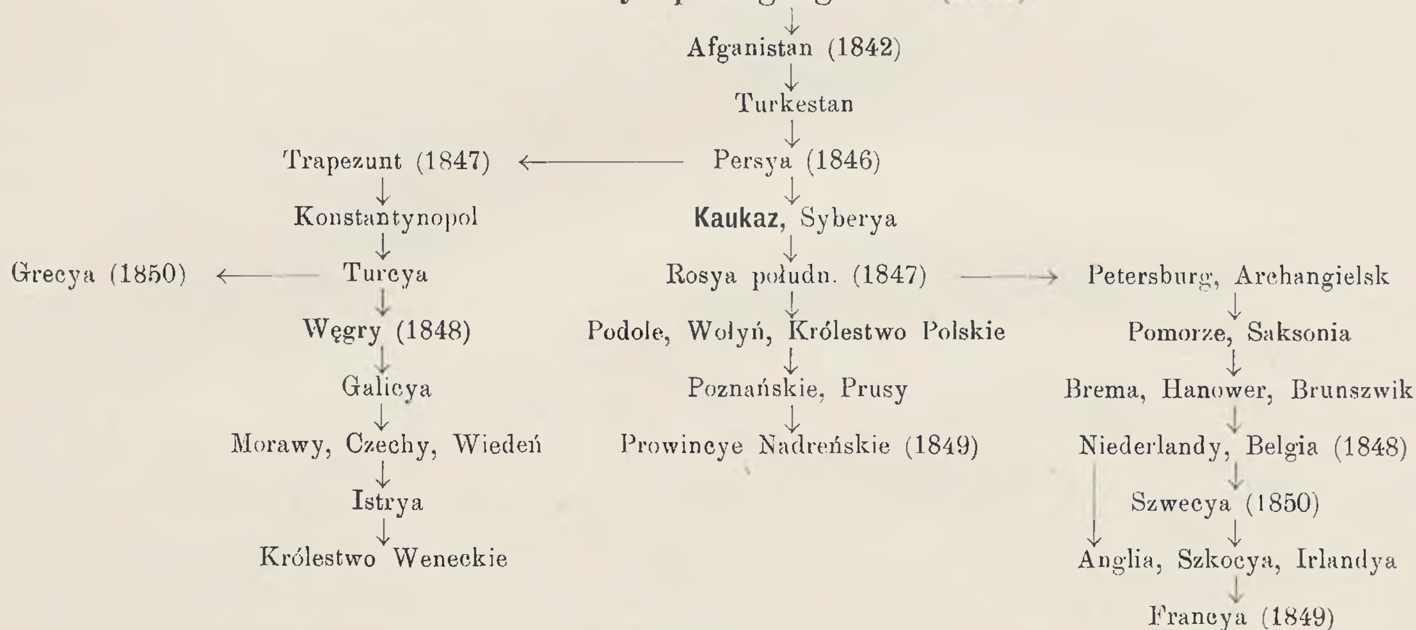
*) Patrz tablica II b).

Tablica II b).



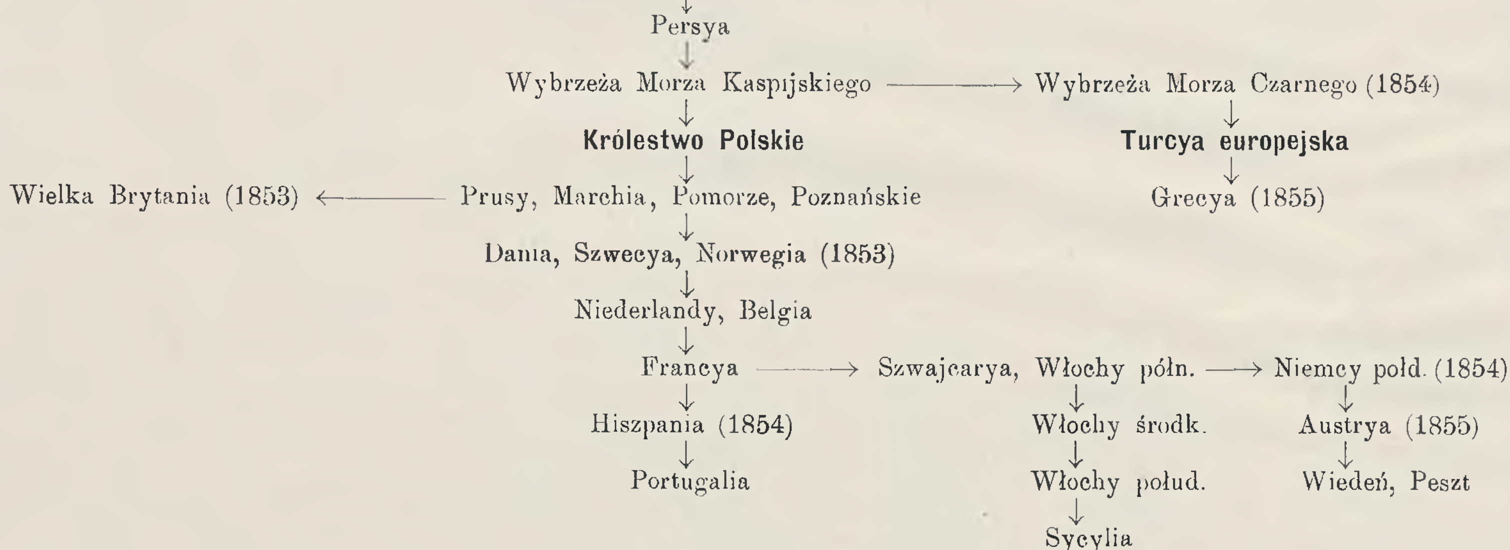
Tablica III.

Indye przedgangesowe (1840)



Tablica IV.

Półwysep Indyjski (1852)



Tablica V.

Bombay (1860)



Tablica VI.

Teheran (1870)
↓
wschod. wybrzeża Arabii (1871)
↓
Mekka i Medyna
↓
Turkestan
↓
Azya Mniejsza ⟶ **Turcya europejska** ↓ Rumunia, Bulgarya (1872)
↓
Prusy (1871) ⟵ **Rosya** ⟶ Turcya europ.

Prusy (1871) ↓ Niemcy półn. ↓ Drezno, Hamburg, Monachium (1873) ↓ Bawarya ↓ Śląsk pruski (1874)

Rosya ↓ Królestwo Polskie ↓ Galicya (1872) ↓ Śląsk, Morawy, Czechy, Węgry ⟶ Slawonia i Dalmacya
Śląsk, Morawy, Czechy, Węgry ↓ Wiedeń

Tablica VII.

Indye (1883)
↓
Port-Said
↓
Egipt
↓
Tulon, Marsylia (1884)
↓
Hiszpania (1885) ⟵ Francya poludn. ⟶ Paryż, Genewa
↓
Włochy półn. ⟶ Fiume (1886), Tryest (1886)
↓
Neapol
↓
Sycylia (1885)
↓
Malta (1887)

Fiume (1886) ↓ Chorwacya ↓ Węgry

Tryest (1886) ↓ Istrya, Dalmacya ↓ Gorycya ↓ Kraina

Tablica VIII.

Indye (1892)
↓
Afganistan
↓
Kaszmir, Persya
↓
Wybrzeża M. Kaspijskiego
↓
Baku, Batum, Tyflis, Odessa
↓
Kijów ⟵ Niżny Nowogród ⟶ Astrachan

Kijów ↓ Lublin ↓ Królestwo Polskie ↓ Galicya

Niżny Nowogród ↓ Petersburg ↓ Ryga

Astrachan ↓ Rosya środk. i połd. ↓ Galicya ↓ Węgry ↓ Bośnia (1893) ↓ Rumunia ↓ Konstantynopol

Równocześnie: **Paryż** ⟶ Havre ⟶ Antwerpia.
Hamburg ⟶ dorzecze Elby i Odry ⟶ Niederlandy ⟶ Belgia (1893).

VI. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu chirurgów.

(18—23 września 1905.)

I.

Wartość badania krwi w chirurgii.

1. Dr. Ortiz de la Torre (z Madrytu) oświadcza, że badanie krwi w Hiszpanii jeszcze mało się rozpowszechniło, prawdopodobnie z powodu trudności, nastręczających się przy badaniu. Wiadomość, potrzebna chirurgowi, ogranicza się w rzeczywistości do wykazania ilości hemoglobiny, liczby i jakości białych ciałek krwi. Ilość hemoglobiny oznacza stopień zakażenia, liczba białych ciałek krwi oznacza dzielność obronną ustroju. W następstwie operacyi ściśle aseptycznych bywa przejściowa hiperleukocytoza bardzo znaczną. Badanie krwi daje nam cenne wskazówki. Referent zaleca zatem jego stosowanie.

2. Dr. Sonnenburg (z Berlina) twierdzi, że badanie krwi ma wartość łącznie z badaniem objawów klinicznych. W obecnym stanie nauki badanie krwi sposobami fizycznymi (kryoskopia i t. d.) ma wartość względną. Chirurg powinien śledzić leukocytozę i zarodki chorobowe krwi.

I. Leukocytoza: krzywa leukocytozy warta tyle przynajmniej, co krzywa ciepłoty, tłómaczy nam ona odczyn ustroju i nasilenie zakażenia. Jej należy się miejsce na tablicy ciepłoty i tętna. S. sądzi, że niektóre choroby będą miały swą własną charakterystyczna krzywiznę leukocytozy. Jeżeli przy ciepłocie podwyższonej i tętnie przyśpieszonem leukocytoza jest mała, a nawet się zmniejsza, wtedy rokowanie jest złe. Przeciwnie — wysoka leukocytoza przy ciężkich objawach klinicznych daje rokowanie dobre, lecz leukocytoza, dosięgająca bardzo szybko wysokiej liczby, wskazuje na przebieg niepomyślny. Nie trzeba jednak zapominać, że przygotowanie do operacyi (środki przeczyszczające) mogą wpływać na leukocytozę. Chloroform więcej ją wzmaga, aniżeli eter. Sam zabieg operacyjny, n. p. próbne cięcie brzuszne, powiększa przejściowo leukocytozę, trwającą 2—3 dni; termin ten przedłuża się, jeżeli się jamę otrzewną tamponuje albo sączkuje.

II. Badanie bakteryologiczne jest według S. bardzo ważne tam, gdzie źródło zakażenia jest wątpliwe (zapalenie szpiku kostnego). W przypadkach ropienia w kończynach obecność bakteryi w naczyniach krwionośnych rozstrzyga o wskazaniu do amputacyi. Niemniejsze znaczenie prognostyczne ma obecność prątków; n. p. obecność pneumokoków polepsza rokowanie w zapaleniu wyrostka robaczkowego lub otrzewnej. Modyfikując sposób operowania, unikając ile możności otwarcia naczyń krwionośnych i chłonnych, zapobiegamy przedostaniu się prątków do krwi. S. występuje wobec tego przeciwko wyłyżeczkowaniu szpiku kostnego i macicy.

3. Dr. W. Keen (z Filadelfii) streszcza się w następujących słowach:

1⁰. Badanie krwi jest równie dobrym środkiem rozpoznawczym, jak badanie ciepłoty i tętna.

2⁰. Hematopexia. Należy rozróżnić krzepnięcie krwi zewnątrz- i wewnątrznaczyniowe. W durze krzepnięcie jest z początku spóźnione, pod koniec choroby przyspieszone. Krzepnięcie krwi występuje zazwyczaj między 3 a 10 minutą, jeżeli wystąpi później, zachodzi obawa ciężkiego krwotoku pooperacyjnego.

3⁰. Kryoskopia jeszcze nie uprawnia do żadnych wniosków.

4⁰. Jodofilia przydatną jest w rozpoznawaniu różniczkowem między rwą a zapaleniem szpiku kostnego, pomiędzy gruźlicą a zwykłem ropieniem.

5⁰. Hemoglobina. Zmniejszenie jej o 40% jest przeciwwskazaniem do znieczulenia ogólnego.

6⁰. Leukocytoza zależy także od oddziaływania ustroju. Może jej brakować w przypadkach ropni ograniczonych.

4. Dr. Depage (z Brukseli) zestawia krytycznie zdania sprawozdawców, zresztą bardzo zgodne. Znaczenie kryoskopii krwi zostało wybitnie obniżone; tak samo jodofilia sama przez się zdaje się nie mieć znaczenia, nie mniej eozynofilia i bakteriemia. Badanie krwi może dopiero wtedy mieć znaczenie, jeżeli się wynik jego zestawi z innymi objawami klinicznymi. Do tych wniosków doszedł, badając krew w całości pod względem fizycznym i chemicznym, potem badał surowicę i ciałka krwi z pomocą dr. L. Mayera.

Po tych czterech przemówieniach sprawozdawców upatrzonych nastąpiła krótka dyskusya:

Peugniez (Amiens) podaje na podstawie dwóch przypadków wycięcia śledziony, że krew, wzięta z opuszki palca, obfitowała w ciałka wielojądrzaste.

Rouffart (Bruksela) sądzi, że w przypadkach niezapalnych odczyn hematologiczny zależy głównie od niedokrewności (włókniaki, poronienie aseptyczne, ukleje i t. d.).

Legrand (Aleksandrya) spostrzegał w 22 przypadkach ropni wątroby, że im towarzyszy leukocytoza 16 do 32000. Jest to liczba znacznie wyższa, aniżeli ją podaje Tuffier.

Gross (Nancy) sądzi, że leukocytoza wyraźna jest energiczną odpowiedzią ustroju zdrowego. Słaba leukocytoza może znaczyć zarówno, że sprawa chorobowa jest małej doniosłości jakoteż, że ustrój poważnie chory nie oddziaływa dostatecznie. (C. d. n.). *Dr. Bogdanik.*

* * *

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Insbruk, 5 października 1905.

Dnia wczorajszego zakończyły się obrady X-go Wiecu Izb lekarskich w Insbruku. W dalszym ciągu zapadły następujące ważniejsze uchwały:

6) Postanowiono zwrócić się do Rządu z protestem przeciw dotychczasowemu tłómaczeniu przepisów, tyczących się przymusu zawodowego lekarzy i żądaniem, by tenże przy współudziale zastępcy zawodu lekarskiego zarządził ścisłe odgraniczenie paragrafu o przymusie zawodowym.

7) W sprawie odpowiedzialności cywilnej *(Haftpflicht)* lekarzy uchwalono wezwać Rząd, by przy rozprawach sądowych, których przedmiotem jest cywilna odpowiedzialność lekarzy, zasiadał sędzia ze sfer lekarskich, podobnie jak się to dzieje przy Sądach handlowych; lekarzy postanowiono wezwać, by się ubezpieczali na wypadek odpowiedzialności cywilnej.

8) W celu osiągnięcia jednolitego postępowania Izb lekarskich w stosunku do lekarzy, ogłaszających się w dziennikach, uchwalono, że niedozwolonem jest lekarzowi, choćby był właścicielem sanatoryum albo zakładu leczniczego, stałe, czyli dłuższy czas trwające ogłaszanie się w czasopismach lekarskich, chyba że od Izby, w której okręgu przebywa, wyraźne do tego otrzyma zezwolenie.

9) W sprawie uregulowania stosunków służbowych lekarzy kolejowych, poruszonej ponownie przez Izbę lekarską praską, uchwalono powołać się na elaborat Izby zachodnio-galicyjskiej, przedłożony na IX-tym Wiecu, który na razie zalega jeszcze w komisyi, *ad hoc* wybranej.

10) W sprawie wniosku Izby lekarskiej praskiej, zmierzającego do obniżenia cen środków lekarskich, względnie obowiązującej taksy, uchwalono sprawę tę przekazać komitetowi wykonawczemu *(Geschäftsausschuss)* celem rozpatrzenia i zdania sprawy na następnym Wiecu Izb.

11) Wobec zamierzonej reformy ustawy karnej, uchwalono zażądać, by projektu takiej ustawy, o ile dotyczy spraw lekarskich, udzielono Izbom lekarskim do oceny. Dalej uchwalono, by wszystkie Izby w przeciągu 4 miesięcy udzieliły swej opinii w tym kierunku Komitetowi wykonawczemu.

12) W związku z rozstrzygnięciem Trybunału administracyjnego, tyczącem się przynależności do Izby lekarskiej profesorów przedmiotów teoretycznych, uchwalono wyrazić ubolewanie z powodu tego rozstrzygnięcia, sprzeciwiającego się wszystkim dotychczasowym opiniom korporacyi lekarskich i równocześnie wyrazić nadzieję, że nikt nie zechce się uchylić od obowiązku przynależności do Izby lekarskiej z powołaniem się na powyższe rozstrzygnięcie.

13) Uchwalono zaprotestować przeciw uchwale stałej komisyi parlamentarnej przemysłowej, która dozwala kasom majsterskim na

zabezpieczanie członków w kierunku pomocy lekarskiej i wnieść petycyę do parlamentu, by dotyczący ustęp z ustawy wykreślono.

14) Jako zarządzającą wybrano jednogłośnie Izbę lekarską zachodniogalicyjską.

Po wyczerpaniu porządku dziennego omawiano jeszcze dwie sprawy, poruszone przez Izbę lekarską niższo-austryacką. Już dawniej zgodziły się wszystkie Izby na to, by jako najniższe honoraryum za świadectwa dla towarzystw asekuracyjnych ustanowić kwotę 10 koron. Ponieważ zdarzyły się przypadki, w których niektóre towarzystwa nie były o tem postanowieniu poinformowane, uchwalono, by każda Izba lekarska uwiadomiła towarzystwa asekuracyjne w jej okręgu się znajdujące o tem postanowieniu.

Drugą sprawą, omawianą poza porządkiem dziennym, była kwestya ministerstwa zdrowia *(Sanitätsministerium)*. Wyrażono życzenie, by każda z Izb lekarskich środkami, jakie uzna za stosowne, dążyła do powołania takiego ministerstwa.

Wreszcie nadmienić należy, że wspomniany Komitet wykonawczy *(Geschäftsausschuss)* zaraz po Wiecu się ukonstytuował, wybierając przewodniczącym dr. Brennera z Berna. *Dr. St Schoengut.*

---

* *Z zarządu Towarz. samopomocy lekarzy otrzymaliśmy następujące pismo:*

„Pan Władysław Popiel, dyrektor zakładu kąpielowego w Lubieniu koło Lwowa, stosownie do zawartej z Wydziałem Towarzystwa samopomocy lekarzy umowy, przesłał obecnie na fundusz dla niezaopatrzonych wdów i sierót po lekarzach, należących do tegoż Towarzystwa, kwotę 239 kor. 20 hal., pochodzącą z dobrowolnego opodatkowania wydawanych w bieżącym roku kąpieli ponad 20,000.

Wydział Towarzystwa przesłał w swoim czasie za humanitarny ten czyn p. Popielowi publiczne podziękowanie, a obecnie czuje się w obowiązku nadmienić, że gdyby wszystkie zakłady kąpielowe krajowe czyn ten w przyszłości naśladować zechciały, zebrałaby się łącznie z darami i dochodem ze sprzedaży znaczków suma poważna dla wdów i sierót po tych, którzy w przeważnej części do podtrzymania i rozwoju naszych zdrojowisk się przyczyniają.

Mamy też nadzieję, że w przyszłości przykład p. Popiela znajdzie chętnych naśladowców."

Kraków, dnia 25 września 1905.

Sekretarz: *Dr. Langie.* Prezes: *Dr. H. Jordan.*

Towarzystwo „Ochrony prawnej lekarzy berlińskich", które istnieje od roku 1868 i zajmuje się ściąganiem lekarskich honoraryów, ogłosiło obecnie w pismach niemieckich sprawozdanie za rok 1904. Towarzystwo liczyło 31 grudnia 1904 r. 909 członków. Towarzystwo miało w roku sprawozdawczym dochodu przeszło 24.000 marek, rozchodu przeszło 20.000, — zysk czysty wynosi około 4000 marek mimo ciągłego obniżania tantyemy i powiększania personalu biurowego i podnoszenia płac. W roku 1904 oddano do ściągnięcia 21.218 rachunków w łącznej sumie 387.192.00 marek, do 31 grudnia 1904 ściągnięto 10.328 rachunków wynoszących sumę 165,105.73 marek, zostało do załatwienia 7163 rachunków na sumę 105,425,37. Towarzystwem kierują lekarze, płac za to nie pobierają. Z dochodów czystych pobierają dary różne instytucye lekarskie, i tak n. p. Kasie pogrzebowej lekarzy berlińskich przekazano dotąd w darowiznie 9000 marek. Zasadą, na której się wspiera Towarzystwo jest, że każda czynność lekarza powinna być wynagradzana, chyba że lekarz wyraźnie wynagrodzenia się zrzeka. *Stahr.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 12 października.

* Z przyznanych przez rząd 25,000,000 K na uzupełnienie braków w uniwersytetach i politechnikach austryackich, na Galicyę przypada 5 milionów, mianowicie na wszechnicę Jagiellońską 1,400,000 K, na lwowską 2,400,000 K i na politechnikę we Lwowie 1,200,000 K. Nie byłaby to kwota mała, gdyby nad wszechnicami galicyjskiemi nie ciążyła ze strony rządu klątwa złego czynu; bo w zarządzie oświaty, jak i we wszelkiej gospodarce, skutki systematycznego, wieloletniego, niemal programowego zaniedbywania musiały doprowadzić do braków tak daleko idących, że ich nie usunie jednorazowe przyznanie chociażby nawet wydatnego funduszu zapomogowego. Jeśli na cały Wydział lekarski Uniw. Jagiel. przypadnie tylko 300,000 K, przeznaczonych na zakład weterynaryi, to kiedyż przyjdzie kolej na klinikę psychiatryczną, na klinikę położniczą i szkołę położnych, na klinikę laryngologiczną, na niezbędne dziś przeróbki i przystosowania w instytucie anatomicznym, na zakład higieny i tyle innych potrzeb? Nikt nie zaprzeczy zasług b. ministrowi oświaty dr. Hartlowi i obecnemu prezydentowi ministrów, dr. Gautschowi, około szczerego i wydatnego zaopiekowania się wyższymi zakładami naukowymi w Austryi; ale jeśli mowa o Wydziale lekarskim Uniw. Jagiellońskiego, to przyjmując z wdzięcznością zadatek dobrej woli, widzimy jasno, że tego za mało, że instytucye nasze pozostają jeszcze nadal nie kompletne i wymagają dalszych nakładów.

* Tegoroczne wpisy na Wydział lekarski Uniw. Jagiell., sądząc ze zgłoszeń dotychczasowych, zdają się wyróżniać wysoką liczbą adeptów medycyny; na wzrost ten wpłynęły dwie przyczyny: wybitnie zmniejszona w ostatnich latach liczba młodych lekarzy w Galicyi, co głównie odczuwały katedry uniwersyteckie, nie znajdujące często kandydatów na asystentów, oraz przeniesienie się do Krakowa znaczniejszej liczby kandydatów z Warszawy i innych tamtejszych wszechnic.

* Reprezentantem Rosyi na Zjeździe przeciwgruźliczym w Paryżu był nasz rodak dr. Rapczewski.

* Na ostatniem posiedzeniu Zjazdu przeciwgruźliczego dr. Flieger wyraził imieniem lekarzy amerykańskich prośbę, by przyszły Zjazd mógł odbyć się w Stanach Zjednoczonych. Zjazd ten przypadnie dopiero w 1908 r.

* Na 100 dzieci niżej roku życia umiera we Francyi 15, w Szwecyi 17,4, w Stanach Zjednoczonych 19,2, w Szwajcaryi 22, w Danii 22,7, w Finlandyi 22,8, w Luksemburgu 25,3, we Włoszech 25,8, na Kubie 26,1, w Holandyi 27,4, w Austryi 31,8, w Prusiech 33,9, w Niemczech 34,5, w Wirtembergii 36,1, w Bawaryi 38, w Saksonii 42. A zatem Francya, która przed kilku dziesiątkami lat zagrożona była depopulacyą wskutek wysokiej śmiertelności osesków, dziś stoi na czele narodów pod względem ochrony, danej niemowlętom: posiada ona od r. 1874 t. zw. „prawo Roussel"; które zapewnia wszystkim dzieciom, pozbawionym opieki rodzicielskiej, ochronę rządową, w postaci nadzoru i opieki lekarkiej i policyjnej.

* Na świeżo odbytym Zjeździe lekarzy niemieckich w Meranie oświadczył dr. Voigt, że limfa ochronna przeciw ospie doskonale przyjmuje się u królików i że te pożyteczne dla badań lekarskich zwierzęta mogą zastąpić jałówki do wytwarzania szczepionki.

* Przyszłoroczny Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich odbędzie się w Stuttgardzie.

* Następny Zjazd abstynentów odbędzie się w Stokholmie 1907 r.

* Tegoroczny Zjazd psychiatrów południowozachodnich odbędzie się w Karlsruhe 4 i 5 listopada.

* Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych na Szląsku wygasło. Od dnia wybuchu epidemii (listopad, 1904 r.) zapadło tam na tę chorobę osób 2,950, z których 1,600 zmarło.

* Między 17 a 23 września zaszły przypadki duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: horodeńskim, jaworowskim, kamioneckim, lwowskim i nadwórniańskim — po jednej gminie w każdym z tych powiatów.

Mianowania. Starszy ordynator szpitala Jana Bożego dr. Taczanowski mianowany starszym lekarzem tegoż szpitala w Warszawie. — Ordynator Domu wychowawczego w Warszawie, dr. Anders, mianowany pomocnikiem głównego lekarza w szpitalu Dzieciątka Jezus. — Dr. Stan. Szczurkowski mianowany lekarzem miejskim we Lwowie w charakterze zastępcy.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Franciszek Hübner, b. lekarz szpitala na Pradze, zmarł w Mandżuryi.

Na fundusz im. ś. p. dr. Edwarda Korczyńskiego przeznaczony dla wspierania ubogich rekonwalescentów, opuszczających klinikę lekarską krakowską do dnia 5 października złożyli: dr. Łobaczewski 20 K, dr. Buzdygan 20 K, dr. Bobkiewicz 20 K, dr. Pozniak 10 K, dr. Murczyński 10 K, dr. Surzycki 20 K, dr. Zoll 20 K, dr. Latkowski 20 K, p. Lisowski Kaz. 15 K, pani Kochańczykowa 20 K, państwo Chorążowie 30 K, p. Kramarzyński 10 K, pani Kosińska 15 K, dr. E. Zieliński (N. Sącz) 10 K; z Administracyi „Czasu": 26/IX 125 K, 26/IX 20 K, 27/IX 120 K, 30/IX 75 K, 3/X 50 K; dr. Majewicz 10 K, dr. Steiner 10 K, dr. G. Friedberg 10 K, p. Macharski 30 K, dr. Zanietowski 15 K, doc. dr. Bauiowicz 20 K, dr. B. Skibniewski 50 K, państwo Dolińscy 20 K, dr. Zaleski (Sanok) 10 K, dr. Baczyński 10 K, Administracya „Przeglądu lekarskiego" 7 K, dr. Szurek 10 K.

Razem 832 K złożono na książeczkę Kasy Oszczędności miasta Krakowa Nr. 237,829. *Dr. Latkowski.*

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 38. Ziembicki. O węgorku jelitowym. Latkowski: O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek (c. d.). Czarnik: Intubacya i tracheotomia na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie w latach 1894—1903 (c. d.)

— *Medycyna* Nr. 39. Rzętkowski: O wpływie spożywanego mięsa na wydzielanie z moczem ciał alloksurowych. Flatau i Koelichen: O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 10. Rzętkowski: Przyczynek do charakterystyki ruchu naukowego lekarskiego u nas wogóle, a w Warszawie w szczególności. Pręgowski: W sprawie nowych badań psychologicznych (c. d.). Idzikowski: Z Sanatoryum niemieckiego.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 10. Hornung: Sprawozdanie o stanie zdrowotnym w c. k. 1 szkole realnej we Lwowie w r. szkolnym 1903/4. Szulisławski: Z higieny oka. O ostrym śluzoropotoku spojówek i ochronie oczu niemowląt. Barzycki: Sprawozdanie roczne o inspekcyach w r. 1902.

— *Przegląd felczerski* Nr. 19 zawiera: Bezsenność. — Narządy rodne kobiece i ich funkcye (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 40. Maixner: O arteriosklerose vnitřních orgánů. Scherer: Vrozené vady srdečni ve věku dětském (dok.). Berka: O razu letošni cerebrospinálni meningitidy na Moravě.

— *La Presse médicale* Nr. 77. Letulle: Walka z gruźlicą. Sanatoryum Montigny-en-Ostrevent. Nr. 78. Levaditi i Petresko: Przechodzenie krętka bladego do cieczy pęcherza pryszczydłowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 40. Klemens: O wartości praktycznej dyagnostycznych cieczy w schorzeniach durowych człowieka. Schütz: Łożyskowe przenoszenie się przyrodzonej odporności. Schüller: O wykazaniu biszkoptowatego kształtu bakteryi w kosmkach przewlekłego ogólnego zapalenia stawów i o jego stosunku do kiły. Bing: Dwa przypadki „nephritis achlorica“ z zastępczem nadmiernem wydzielaniem żołądka. Vohsen: Leczenie nieżytu u osesków i małych dzieci wogóle.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 40. Dürck: O „beriberi“ i o zakażeniach drogą jelit na archipelagu Malajskim. Joseph: Niektóre działania obrzęku naturalnego oraz sztucznie wywołanego. Jonnesco: Skurcz odźwiernika z nadmiernem wydzielaniem żołądka i tężyczką. Roosen-Runge: Dwa przypadki gorączki maltańskiej. Herz: Przyczynek do rozpoznania przepukliny przeponowej. Brüning: Dwa osobliwe przypadki podskórnego pęknięcia ścięgien. Meyer-Westfeld: Oddzielenie serca przyrosłego po zlepnem zapaleniu osierdziowo mostkowem. Fink: Jak długo należy przebywać w Karlsbadzie przy kamieniach żółciowych. Müller: Przyczynek do praktyki znieczulenia miejscowego. Bail: Stosunek między agresywnością a substancyą życiową ciała bakteryi (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 40 Tatsujiro Sato: Przypadek torbielowatego zwyrodnienia nerki w następstwie zapalenia miedniczek i samej nerki. Jagić: Barwienie komórek wypocinowych. Hořčička i Poledne: Dwa przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, oraz szereg badań wydzieliny z nosa zdrowych ludzi odnośnie do znajdowania się ziarenkowców typu meningokoków. Jehle: Przypadek wstecznego wewnętrznego uwięznienia wyrostka robaczkowego. Kahler. O nadliczbowym zębie w nosie, oraz przyczynek do sprawy wysokiego podniebienia. Kraus i Schiffmann: W sprawie miejsca powstawania niweczników.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 40. Lucas-Championière: Etyologia i leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego. Knauer: Rokowanie przy mięśniakach macicy i ich leczenie (dok.). Czermak: Osteoplastyczne wycięcie zewnętrznych ścian oczodołów (dok.). Monti: Dyetetyka dzieci, które wyszły z okresu osesków (dok.) Friedberger i Luerssen: Bakteryologiczne rozpoznanie cholery. Böhme: Technika bakteryologicznego badania cholery. Juliusberg: Przyczynek do poznania zaraźliwego jadu nabłoniaka skóry. Klein: Terapeutyczne postępy w zakresie ginekologii. Bartholdy: Kliniczne doświadczenia z formicyną. Hesse: Kąpiel oczna roztworem sztucznej soli emskiej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 40 (od dnia 1/X do 7/X) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 25, dziew. 24; nieżywo: chł. 4, dz. 3 — **Zmarło:** miejscowych: męż. 23, kob. 20; zamiejscowych: męż. 8, kob. 11.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. 1, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 7, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. —. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 12, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem:** miejscowych 43, obcych 19.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 18 b. m. o godzinie 6 po południu w ***„Domu lekarskim“*** posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym: kol. dr. Gliński demonstrować będzie rzadsze okazy anatomo-patologiczne; kol. dr. Lemberger mówić będzie: „O związkach saponinowych“.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Toksykologiczne badania nad najużywańszymi środkami odkażającymi wykonał Dr. Bruno Promnitz z Schönhausen n/Ł. i doszedł do wniosku, że dawka śmiertelna znacznie rozcieńczonych tych środków wynosi u królików na kilogram wagi:

Sublimat	0,015 grm.
Kwas karbolowy	0,268—0,348
Kreolina	1,1
Bacillol	2,37
Lysol	2,45
Septoforma	3,26
Lysoform	6,5

Wynika stąd, że **lysoform** jest stosunkowo najmniej trujący. *L.*

Szarą maść rtęciową do wcierań znacznie przewyższa

Zawiera 33⅓% Hg.



Prawnie zastrzeżony

Pat. węg. Nr. 24,723.

MERCURO CRÊME

Opakowania:
I. po 30 g. w graduowanych tubach.
II. w pudełkach podzielony 10 dawek po 3 g.

Cena 2 korony.

Dr. ROSENBERGA.

Bezwonny, nie zawiera tłuszczu, nie brudzi bielizny.

Wciera się zupełnie w ciągu 3—5 min.

Wytwórca rozsyła pp. lekarzom próbki i piśmiennictwo chętnie gratis i franco. Sprowadzać można przez wszystkie apteki.

53 Wytwórca: **Apteka Dr. A. Rosenberga** Budapeszt, VIII, Kerepesi-út 43

Skład główny dla Austryi: **G. & R. Fritz, Wiedeń I.** Sprzedaje tylko aptekom.

Sprzedaż drobna: C. BRADY, apteka „zum König von Ungarn", Wiedeń, I. FLEISCHMARKT 1.

Dr. F. NAVRATILA

LECZNICA „BELLARIA"

w ARCO,

najcieplejszej stacyi klimat. połud. Tyrolu dla chorych wewnętrz. i nerwowych, dla rekonwalescentów. Leczenie fizykalno-dyetetyczne. Kąpiele słoneczne nawet w grudniu i styczniu. Leżalnia. Wyśmienita kuchnia. Położenie prześliczne. 200

Prospekty i wszelkie informacye na żądanie.

LUSSINPICCOLO

Dr. Franciszek Wobr

ordynuje od 1-go października przez całą zimę i udziela jaknajchętniej wszelkich objaśnień. 202

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.



Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony. Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku. 159

Dwie flaszki wysyłam franco

(Preparat ten wydaje się jedynie na przepis lekarza).

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.

Rok XLIV. Kraków 21 Października 1905. Nr. 42

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza (Prym. Dr. Borzęcki).

Przypadek licznych mięśniaków skóry *(myomata cutis multiplicia)*.

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz

prywatny docent dermatologii w Uniw. Jagiell.

W skórze spostrzegamy podobnie, jak w innych narządach ustroju, różne nowotwory: złośliwe i łagodne. Pierwsze mają mniej swoistych znamion, związanych z budową narządu (skóry), — drugie zaś mają ich znacznie więcej, a jedne i drugie odznaczają się w wielu razach sposobem powstawania i są z punktu patologii bardzo zajmujące. Przedewszystkiem łagodność nowotworów drugiego rodzaju nie jest bardzo ścisła, co odnosi się w szczególności do dużej grupy znamion (*naevi*). Inne z nich, włączone do ogólnej grupy nowotworów, nie odpowiadają całkiem ściśle temu pojęciu, jak: bliznowce prawdziwe (*keloid*), żółte kępki (*xanthoma*) różnego rodzaju, kłykciny kończyste (*condylomata accuminata*), mięczaki zakaźne (*mollusca contagiosa*). A w końcu spotyka się grupę nowotworów, tak złośliwych, jak łagodnych, o pewnym typie klinicznym, dla skóry znamiennym. Do tych należy przedewszystkiem typ skóry pergaminowej barwikowej (*xeroderma pigmentosum Kaposi*) z nowotworami różnego rodzaju (raki skórne, mięsaki, włókniaki, naczyniaki, śluzaki) i typ: mnogie nerwowłókniaki (*neurofibroma cutis multiplex*), łączące się nierzadko z objawami jakiejś zmiany ośrodków nerwowych.

Te dwa ostatnie typy chorobowe mają wiele cech wspólnych. Przedewszystkiem obie sprawy rozpoczynają się w pierwszych latach życia pojawieniem się plam barwy żółtawej aż do ciemnobrunatnej, rozrzuconych zazwyczaj na całej powierzchni skóry nieregularnie i w rozmaitej ilości. W typie nerwowłókniaków w różnym okresie życia, najczęściej w okresie dojrzewania, zaczynają wzrastać dotąd prawie niewidoczne guzki w skórze, dochodzące niejednokrotnie do bardzo dużych rozmiarów. Obok tego pojawiają się zawsze tu i owdzie w skórze drobne naczyniaki.

W typie skóry pergaminowej u osobnika ze zmianami barwikowemi, jak powyżej opisałem, występują na miejscach odsłoniętych zapalenia skóry, doprowadzając do zaniku lub przerosłych blizn, — a w tym okresie zazwyczaj rozwijają się już ogniska nowotworowe rozmaitego rodzaju. Obie te sprawy chorobowe dotyczą wieku młodego i nierzadko kilku członków rodziny tak, że w całym przebiegu robią wrażenie zboczeń, które osobnik przynosi ze sobą na świat.

Jeżeli do tych dwóch typów dołączymy ogromną grupę znamion (*naevi*) i gruczolaki łojowe (*adenoma sebaceum*), — które występują u osobników, upośledzonych nerwowo i psychicznie, — dojść musimy do przekonania, że większość nowotworów, pojawiających się w skórze, należy do typu nowotworów wrodzonych.

W skórze istnieją jednak i nowotwory o jeszcze mniej znanej przyczynie, złożone z włókien mięsnych gładkich, które Virchow nazwał *myoma laevicellulare*, Zenker *leiomyoma*, — o których pojawianiu się w skórze wspomina pierwszy Verneuil (1858). Besnier rozdziela je na dwie oddzielne grupy: jedne, pojawiające się w samej skórze, jako pochodzące z mięśni w niej istniejących: mięśni naczyń czy gruczołów, — i nazywa je *myômes simples, dermatomyômes proprement dites.* — drugie, rozwijające się z mięśni głębszych, bezpośrednio pod skórą leżących, t. zw. *myomes dartoïques.* Te drugie, pojawiające się w okolicy sutków, moszny, warg sromnych i w napletku są zazwyczaj duże i pojedyncze, rzadko liczniejsze. Ze względu na te znamiona odłączać trzeba te dwa typy od siebie i drugie uważać za należące raczej do zakresu chirurgii, niż dermatologii. Pierwszy typ zaś budzi wiele zajęcia u dermatologów ze względu na rzadkość pojawiania się i przebieg choroby.

Taki to przypadek miałem sposobność spostrzegać w szpitalu św. Łazarza na oddziale chorób skórnych i wenerycznych. Prymaryuszowi oddziału P. Dr. Borzęckiemu składam podziękowanie za łaskawe odstąpienie mi tego przypadku do opracowania.

Magdalena Z., lat 19 licząca, nie wie dokładnie, kiedy choroba się zaczęła, twierdzi jednak, że choroba trwa przynajmniej od lat dziesięciu, a od roku zauważyła powiększenie się guzków.

Przy zgłoszeniu się chorej do szpitala znajdowało się kilka guzków na brzegu skrzydełka nosowego prawego, na przegrodzie skórnej i na brzegu wargi górnej (Fig. 1). Guzki były różnej wielkości, od wielkości prosa do wielkości fasoli (na wardze) dochodzące. Barwa wahała się między żółtawo-różową, a sinawą; w pokrywającej je skórze naczynia były rozszerzone. — kształt ich zaś był zazwyczaj owalny. Przy dotyku wyczuwało się prawie chrząstkowatą twardość przy napiętej, połyskującej skórze. Chora nie doznawała żadnych bólów, a nie wywoływało się ich także dotykiem.

Dla badania histologicznego usunięto zaraz z początku dwa guzki ze skrzydełka, — później wycięto i resztę guzków w celach leczniczych. Wycięcia dokonano rzeczywiście dla celów rozpoznawczych, gdyż rozpoznanie wahało się między mięśniakami *(myoma)*, a gruczolakami łojowymi *(adenoma sebaceum)* Wszystkie bowiem znamiona kliniczne, — kształt i wejrzenie guzków, ich zbitość, przebieg tej sprawy chorobowej, pojawiające się bardzo często bóle przy ucisku i samoistnie napadowo — nie pozwalają na pewne rozpoznanie; dopiero badanie histologiczne guzków rozstrzyga, jak to słusznie zauważa Joseph, na pewno, z jaką sprawą chorobową mamy do czynienia.

Oglądany gołem okiem miał nowotwór w niniejszym przypadku po wycięciu postać guzka kulistego, z kilku drobniejszych złożonego, na przecięciu barwy szarawej, zbitszego, niż tkanka otaczająca. Nie-

które guzki mniejsze, składające cały nowotwór, odcinały się tak wyraźnie od otoczenia, jak gdyby łatwo wyłuszczyć się dały, w innych granica ta była mniej ścisła.

Wycięte guzki składały się przeważnie z mniejszej lub większej liczby drobniejszych, pooddzielanych od siebie i od otoczenia tkanką łączną; między guzami tkanka ta była dość luźna, złożona z drobnych włókien, w otoczeniu guzków zaś tworzyła wiązki zbitsze, stanowiące niejako otoczkę, w niektórych miejscach wyraźną. Z otoczenia wchodziły także drobne włókna w sam guz, rozdzielając go na pojedyncze wiązki, złożone jedynie tylko z komórek mięsnych gładkich. Nowotwory



Fig. 1.

zajmowały całą grubość skóry właściwej i sięgały zazwyczaj od warstwy brodawkowatej aż do tkanki podskórnej, która w skórze nosa jest bardzo wązka i skąpa. Przeważna część guzków stykała się dolną powierzchnią z gruczołami łojowymi, które wskutek tego, że guzki pochodziły ze skóry nosa były bardzo duże i skupione po kilka razem. Niektóre guzki sięgały aż do wiązek mięśni prążkowanych, pod nimi leżących. Guzki zachowywały się różnie także w stosunku do warstwy brodawkowatej: jedne sięgały tak wysoko, że guzek oddzielało od naskórka tylko bardzo wązkie pasmo tkanki klejorodnej. Naskórek zaś nie przedstawiał smug, jak w stanie prawidłowym, lecz dolna jego granica była prostolinijna. W innych miejscach warstwa brodawkowata była zupełnie dobrze utrzymana, a smugi naskórka albo były prawidłowe co do wielkości i kierunku wzrostu, albo ukośne, jakby mechanicznie przy wzroście zwrócone w kierunku mniejszego oporu (Fig. 2).

Pojedyncze guzki, tworzące jakby zraziki dużego guzka, były złożone, jak wspomniałem, z komórek mięsnych gładkich, ułożonych we wiązki, które przebiegały w różnych kierunkach. To też na przekrojach poprzecznych widać smugi, przebiegające różnie i różne ich przekroje: podłużne, skośne i poprzeczne. Wśród wiązek, oraz między niemi spostrzega się drobne włókna tkanki klejorodnej, wchodzące z przestworów między drobnymi guzkami, których kształt na przekroju bywa różny. Jedne są duże, prawie dokładnie okrągłe lub owalne, inne wydłużają się w smugę wstążkowatą, wreszcie inne, szczególnie na obwodzie leżące, tworzą pasmo, przypominające kształtem powiększony mięsień przywłośny (*arrector pili*), chociaż nie widziałem nigdy wyraźnego związku z torebką włosową. Mięśni przywłośnych w otoczeniu również nie spotykałem w skrawkach, co tłómaczę tem, że guzki wycięto ze skóry skrzydełek nosowych, gdzie włosy są drobne i gdzie w stanie prawidłowym mięśni tych zazwyczaj brak.

Wśród guzków uderza ubóstwo naczyń, gdyż wśród wiązek spotyka się zaledwo tu i owdzie przecięte drobne naczynie. A następnie wprost dziwnym jest brak włókien elastycznych, które w stanie prawidłowym są tak liczne przy obu nasadach mięśnia, tak w pobliżu torebek, jak w warstwie brodawkowatej. Niektórzy autorowie, jak Besnier, Arnozan i Vaillard, Jadassohn, Audry, Łukasiewicz, Marschalko, Roberts, wspominają o obecności tych włókien nawet w dużej ilości. W naszym przypadku spostrzega się włókna tylko w otoczeniu guzka w skórze, podczas gdy nie ma ich wcale wzdłuż luźnych włókien tkanki klejorodnej wśród samego guzka.

Bardzo ważne znaczenie w tych przypadkach musi mieć zachowanie się torebek włosowych i ich stosunek do guzka lub jego pojedynczych części. W jednych guzkach spostrzega się torebkę wśród nich, oddzieloną ściśle od otoczenia odcinającemi się wiązkami nowotworo-



Fig. 2.

wemi, składającemi całość guzka. Inne torebki widać w bezpośredniem sąsiedztwie guzka, czasem oddzielone tylko paroma włóknami tkanki łącznej; stosunek ten jednak może być i inny: jakgdyby guz rozrastający się działał mechanicznie na ułożenie torebki, gdyż zakrzywia się ona zaraz pod linią naskórka i leży poziomo, równolegle do powierzchni skóry, a na górnej powierzchni guzka między nim a naskórkiem. Dalszy ciąg takiej torebki jest widoczny obok lub pod guzkiem i wtedy smuga, tworząca tak zmienioną torebkę, jest zazwyczaj bardzo wązka, o komórkach drobnych, jakby zanikła.

Gruczołów potnych w żadnym ze skrawków nie spotkałem, dlatego nic o ich zachowaniu się mówić nie mogę. Gruczoły łojowe zdają się być prawidłowe, a tylko, jak zazwyczaj w tej części skóry (twarz) obfite i duże.

Najwięcej zajęcia budzić musi w tych przypadkach miejsce wyjścia tego rodzaju nowotworów. Przeważna część autorów stwierdza, że guzy mięśniakowe powstają z istniejących w skórze mięśni gładkich, gdy jednak Jadassohn, Roberts, Neumann, Marschalko, Audry są zdania, że nowotwory te wychodzą z mięśni gładkich przywłośnych (*arrectores pilorum*), Hess i Croocker uważają warstwę mięsną naczyń za miejsce, z którego twór się rozwija. Łukasiewicz, Wolters, Brigidi i Marcacci twierdzą, że w ogóle mięśnie gładkie skóry, tak torebek włosowych, jak naczyń, jakoteż gruczołów, mogą być punktem wyjścia. W przypadku, przezemnie opisanym, mogę wyłączyć powstanie guzów ze ścian naczyń, gdyż nie spostrzegałem, jak Hess i Croocker, zgrubiałej warstwy mięsnej w ścianach naczyniowych, a wśród guzów naczynia były bardzo skąpe i drobne. Podobnie nie spostrzegałem żadnego związku z gruczołami potnymi, ani łojowymi. Do pewnego stopnia

istniał tylko niejaki związek z torebkami włosowemi, które w niektórych miejscach znajdowały się wśród guzka. Obrazy te jednak nie upewniają w tym kierunku, — z nich nie można wnosić na pewno, że punktem wyjścia jest mięsień przywłośny (*arrector pili*). Dla stanowczego stwierdzenia trzebaby spostrzegać, wedle mego zdania, sam początek rozwoju guzka z takiego mięśnia, bo wtedy tylko możnaby wykazać z całą pewnością pochodzenia nowotworu. Jak dotąd, przypuszczenie takie jest wprawdzie bardzo prawdopodobne, ale nie zdaje mi się być udowodnione.

Zastanawiając się nad przyrodą tej sprawy nowotworowej, — uwzględniając wszystkie dane kliniczne i histologiczne, — przeprowadzićby można pewną analogię z innymi nowotworami skóry, o których powyżej wspomniałem.

W spostrzeganych dotąd przypadkach mięśniaków nie zauważono wprawdzie tak wybitnych znamion, towarzyszących tej sprawie, z którychby, jak przy skórze pergaminowej (*xeroderma*) lub nerwowłókniakach, można wnosić z największem prawdopodobieństwem, że są to przypadki zboczenia wrodzonego. A jednak znajdowanie się mięśniaków na różnych częściach ciała pojedynczo, jak w przypadkach Herzoga lub Audryego, albo, jak częściej, licznych, zgrupowanych w pewnem miejscu w skórze, — ich budowa anatomiczna z mięśni gładkich, — wreszcie przebieg, przemawiałyby przecież za tem, że są to nowotwory, rozwijające się jako wada rozwojowa. Pierwszą wskazówkę stanowiłby wiek, w którym guzy te występowały w znanych przypadkach. Jeżeli bowiem to jest wadą wrodzoną, to nowotwory tego rodzaju pojawiać się powinny już w dzieciństwie lub w okresie rozwoju, a przynajmniej w tym wieku muszą być widoczniejsze, jak to bywa n. p. w mnogich nerwowłókniakach. Spostrzeżenia ścisłe w tym kierunku są bardzo trudne, — dlatego w przyszłości o tym szczególe w każdym przypadku pamiętać się powinno. Guzy tego rodzaju powstawać mogą prawie niepostrzeżenie, wzrastać pomału, a dopiero wtedy się ujawniać wybitniej, kiedy stają się z jakiegoś powodu dla chorego uciążliwe: albo zatem sprawiają bole, jak to w wielu przypadkach zauważono, albo stają się przykre ze względu na swą mnogość w pewnej części skóry, albo oszpecają dotkniętego, jak w powyżej opisanym przypadku, gdy znajdują się na twarzy. Należy jednak zauważyć, że w większości znanych dotąd przypadków odnoszono początek powstawania guzów do wieku młodego, około 20 roku życia; Hess zaznacza, że w jego przypadku choroba powstała między 3 a 4 rokiem życia, a w przypadku Jarischa guzy trwały od dzieciństwa, chociaż chory zgłosił się dopiero w 56 r. życia. W przypadku, przezemnie spostrzeganym, już w 10 r. życia miały być jakieś widoczne objawy, chociaż dopiero na rok przed zgłoszeniem się chorej stały się wyraźniejsze.

W połowie znanych przypadków chorzy zgłaszali się dla bolów, występujących przy ucisku guzów lub też niezależnie od jakiegokolwiek urazu, samoistnie i napadowo się pojawiających. Bole te pojawiały się w różnym okresie rozwoju i w różnym wieku, w niektórych przypadkach (Marschalko, Łukasiewicz, Roberts) już bardzo wcześnie, bo około 20 r. życia, w innych znacznie później, — ale znamy w literaturze przypadki, w których mimo długiego trwania i późnego wieku chorych (Jadassohn, Neumann, Besnier, Jarisch) bolów wcale nie było. Dlatego nie można uważać bolów, jak to chce Joseph, za ściśle należące do obrazu klinicznego tej choroby, — ale raczej za objaw przypadkowy, wywołany warunkami w ułożeniu guza w bliskości nerwów. W moim przypadku nie było ani bolów samoistnych, ani też guzy nie były przy ucisku bolesne, — co tłómaczę właśnie tem, że rozrost ich silniejszy był jeszcze świeższej daty i do ucisku na nerw dojść nie mogło.

Z dotychczasowych spostrzeżeń nie można również wnosić, jakoby istniały jakieś ulubione miejsca rozwoju mięśniaków Zauważyć jednak można pewne ograniczenie, n. p. do jednej kończyny, guzów, pojawiających się nawet obficie (w przypadku Marschalko: 100 guzów na goleni prawej; Łukasiewicza: 60 na kończynie dolnej lewej). W wyjątkowych przypadkach u ludzi starych spostrzegano obok zgrupowanych na pewnej przestrzeni i pojedyncze guzki, rozrzucone w miejscach oddalonych, zawsze na górnej połowie ciała (Brigidi i Marcacci, Arnozan i Vaillard, Besnier). Twarz była dość częstą siedzibą nowotworów (Crooker, White, Hess, Roberts, Jarisch, Herzog) i w tych przypadkach tylko ta część ciała była guzami zajęta.

Myśl zatem, że nowotwory, o których wspomniałem, są wadą wrodzoną, przez co pokrewne znamionom (*naevi*), nie jest nową. Wypowiadali ją niejednokrotnie co do różnych spraw nowotworowych Unna i Darier, a Hallopeau i Leredde przez rozszerzenie grupy znamion (*naevi*). Unna stwierdza w swej „Histopatologii skóry“, że mięśniaki należą do guzów wrodzonych, a Darier rozszerza także na tłuszczaki i mięśniaki tłómaczenie powstawania nowotworów skóry z niewłaściwego siedliska (*heterotopia*), przez oddzielenie w życiu płodowem pewnych grup komórek lub wyróżnionych części tkanek i następowy ich rozrost w pewnej chwili życia. Powraca się zatem do teoryi Cohnheima, wypowiedzianej w r. 1882, wedle którego wszystkie nowotwory należą do wad wrodzonych Czy tak jest w rzeczywistości, rozstrzygnąć mogą przyszłe badania, — stwierdzić jednak trzeba, że najnowsze spostrzeżenia co do przebiegu zachowania się nowotworów i stosunków anatomicznych, skłaniają bardzo wybitnie myśl w tym kierunku. Teorya ta objaśnia przedewszystkiem w sposób bardzo dobitny, jaki może być punkt wyjścia nowotworu, chociaż nie tłómaczy, dlaczego taki twór płodowy, gdzieś w ustroju zamknięty, pozostaje długi czas w ukryciu i rozwija się dopiero w pewnym okresie życia. W stosunku do nowotworów skóry teorya ta ma szczególne zastosowanie, w takich bowiem sprawach jak gruczolaki łojowe (*adenoma sebaceum*), nerwowłókniaki, mięśniaki, naczyniaki, znamiona i t. p., nowotwory wzrastają w pewnym określonym wieku, chociaż w postaci obcych ognisk zauważa się je nierzadko już w wieku dziecięcym, — a wzrost ten odnieść należy najprawdopodobniej do czasu, w którym ustrój młody dojrzewa. Dlatego, chociaż spostrzega się przypadki tych nowotworów i w wieku późnym, to jednak najczęściej sami chorzy odnoszą wzrost do wieku znacznie wcześniejszego. Niestety wywiady w tym razie nie zawsze są pewne, — bo chorzy zgłaszają się wtedy, kiedy nowotwory sprawiają im pewne fizyczne dolegliwości albo ze względów kosmetycznych, jak w powyżej przytoczonym przypadku.

Piśmiennictwo. 1) Arnozan i Vaillard: Annal d. derm. et syph. 1881. — 2) Andry: Annal. d. derm. et syph. 1898 — 3) Babes: Die Neubildungen d. Haut (Podręcznik Ziemssena). — 3) Besnier: Annal. d. derm. et syph. 1880 i 1885. — 4) Brigidi i Marcacci: Annal. et derm. et syph. 1882. — 5) Busch: Arch. f Derm. u. Syph. 1903. T. 65. — 6) Chevalier: Thèse Lyon. 1900. — 7) Crocker: The Brit. Journ. of Derm. 1897. — 8) Darier: Tumeurs de la peau. La prat. derm 1900—1903. — 9) Devic i Gallavardin: Revue d. chir. 1901. — 10) Fox: Brit. Journ. of Derm. 1902. — 11) Hallopeau i Leredde: Traité de dermat. 1900. — 12) Hardaway: Arch. of med. sciem. 1886. — 13) Herzog: Journ of cutan and gen. urin. dis. 1898. — 14) Hess: Virchows Arch. 1890. T. 120 — 15) Hoag: Amer. Medic. 1902. — 16) Huldschinsky: Inaug Diss. Freiburg. 1901. — 17) Jacobi: Münch. med. Woch. 1900. — 18) Jadassohn: Virch Arch. 1890. T. 121. — 19) Janim: Deut. Arch f. kl. Med. T. 70. — 20) Jarisch: V Zjazd derm. niem. Str. 360 — 21) Joseph: Gutartige Neubildungen. Podręcznik Mraćka. 1904. — 22) Levandowsky: Centrlbl f Physiol. 1900. — 23) Łukasiewicz: Arch f. Dermat. u. Syph. 1892 T. 24. — 24) Marschalko: Monatsh. f prakt. Darmat. 1900. T. 31. — 25) Morris: Brit. Journ. of Derm. 1901. 1902 — 26) Neumann: Arch. f. Derm. u. Syph. 1897. T. 39. — 27) Roberts: Brit. Journ. of Derm. 1900. — 28) Verneuil: Bul. d. l soc. anat. 1858. — 29) Vidal: Journ. of aut. and gen. urin. dis. 1885. — 30) Unna: Histopathologie der Haut. — 31) Virchow: Die krankhaft. Geschwülste. T. 3. — 32) White: Journ. of. cut. and gen. urin. dis. 1899. — 33) Wolters: Arch. f. Derm. u Syph 1893

* * *

II. O występowaniu miesiączki po poronieniu.

Podał

Dr. Bernard Engländer

lekarz chorób kobiecych i akuszer w Krakowie.

Jak z jednej strony ogólnie jest wiadomo, że prawidłowy połóg trwa po porodzie około 6—8 tygodni, w którym to czasie regularnie po raz pierwszy miesiączka występuje, tak z drugiej strony dane co do występowania miesiączki po poronieniu są nader skąpe i bez wyraźnego ścisłego określenia terminu pod względem czasu pojawienia się pierwszego krwawienia miesiączkowego.

Leopold (1) w swej publikacyi powiada, „że nowa błona śluzowa może się wytworzyć już w 4-tym, a nawet w 3-cim tygodniu po porodzie, z reguły jednakże na pewno dopiero po 6 tygodniach następuje zupełne jej odrodzenie i w tym też czasie dopiero występuje pierwsza miesiączka“. Z nim zgadzają się wszyscy inni autorzy, jak: Ries (2), Schatz (3), Mac Lennan (4), Wormser (5), Burckhardt (6), Florenzo D' Erchia (7). — Wormser (5) wyraźnie wskazuje na połogowy charakter błony śluzowej macicy w 3-cim tygodniu po porodzie, jakkolwiek odrodzenie jej zupełne już nastąpiło.

Nieliczni autorowie, jak van der Hoeven (8), Polano (9) i K. Hegar (10), którzy zajmowali się poronieniem, wypowiadają jedynie na podstawie badań drobnowidowych zdanie, że zwijanie się połogowe macicy i jej błony śluzowej po porodzie trwa dłużej, że po poronieniu błona śluzowa macicy wcześniej osiąga prawidłowe swoje wejrzenie, niż po porodzie; co się jednakże tyczy części klinicznej, t. j. kiedy pierwsza miesiączka po poronieniu występuje, o tem w dostępnem mi, względnie obszernem piśmiennictwie, nie znalazłem żadnych danych. Sprawa ta wydaje mi się dość ważną i dlatego zastrzegam sobie omówienie jej później.

Na czele publikacyi o poronieniu stoi wyczerpująca praca mikroskopowa Hegara (10), w której autor udowadnia, że odrodzenie błony śluzowej macicy prędzej postępuje, niż po porodzie. Tego samego zapatrywania są: van der Hoeven (8) i Polano (9), który nawet podaje, jak długiego czasu potrzebuje błona śluzowa macicy, by odrodziła się zupełnie po poronieniu. Dochodzi on do wniosku, że okres 4—8-dniowy zupełnie jest wystarczający. Jakkolwiek więc dokładnie jesteśmy powiadomieni o zmianach na błonie śluzowej macicy tuż po poronieniu, to jednak brak nam wręcz danych, kiedy macica podejmuje napowrót właściwą sobie czynność fizyologiczną, którą podczas ciąży utraciła. W tym celu poddałem dokładnemu badaniu 57 przypadków, które dla łatwiejszego zoryentowania się w materyale podaję poniżej w formie tabeli. Uwzględniłem w niej głównie sposób miesiączkowania przed poronieniem, t. j. czy miesiączkowanie odbywało się regularnie co 3 lub 4 tygodnie, albo nieregularnie, t. j. bez zachowania jakiegokolwiek typu. W następnej rubryce omówiłem czas przerwania ciąży; następnie skreśliłem pokrótce sposób postępowania wśród poronienia i przebieg po poronieniu, a w końcu przytoczyłem dane co do występowania pierwszej i następnych miesiączek po poronieniu.

Stwierdziłem więc, że na 57 poronień w pierwszych 4 miesiącach księżycowych 36 razy wystąpiła miesiączka w 4 tygodnie, 8 razy w 5-tym tygodniu, 6 razy za 5 tygodni, 2 razy w 6-tym tygodniu, 4 razy za 6 tygodni, jeden jedyny raz [1]) za 3 tygodnie; jeśli się jednak uwzględni, że w ostatnim przypadku pacyentka zawsze co 3 tygodnie miesiączkowała, to można i ten przypadek zaliczyć do tych, w których miesiączka pojawiła się w 4 tygodnie po poronieniu. Rzecz ta przedstawia się odsetkowo jak następuje: w 4 tygodnie po poronieniu (również licząc przypadek 4), pojawiła się miesiączka w 64·9%, w 5-tym tyg. w 14%, za 5 tygodni w 10·5%, w 6 tym tygodniu w 3·5%, a za 6 tygodni w 7%.

Jest więc widocznem, że najczęściej — i to należy uważać za regułę — pierwsza miesiączka po poronieniu następuje już po 4 tygodniach, a więc również po taksamo długim okresie, jak po zwykłej miesiączce u przeważnej części zdrowych kobiet, niestosunkowo rzadziej w 5-tym tygodniu, albo później.

Jak więc jest regułą, że pierwsza miesiączka po porodzie następuje dopiero po 6—8 tygodniach, tak należy uważać ten termin po poronieniu za wyjątek, gdyż tu, — jak tabela wskazuje — już wcześniej występuje pierwsza regularność. Możnaby więc powiedzieć, że ustrój kobiety wcześniej osiąga równowagę po poronieniu, t. j., że narządy płciowe kobiety wcześniej zaczynają wykonywać swą czynność fizyologiczną, aniżeli po porodzie. Jeśli się prócz tego zważy, że zmiany, jakie wczesna ciąża w pierwszych czterech miesiącach księżycowych w macicy za sobą pociąga, nie są tak znaczne, jak przy końcu donoszonej ciąży, to nie będziemy się dziwić, że już wcześniej nastąpiło pierwsze krwawienie. Ustrój bowiem ludzki zachował się tu tak, jak po zwykłej miesiączce.

Z powyższego możnaby jeszcze wyciągnąć ten wniosek, że ustrój kobiety oddziaływa na poronienie, jak na zwykłą miesiączkę.

Zdaje mi się, że omówiłem powyżej dokładnie i wykazałem dobitnie, jaki zachodzi stosunek między poronieniem a miesiączką. W tym celu przytoczyłem jedynie przypadki, w których poronienie odbyło się bez znacznego lub dłuższego krwawienia, gdzie przebieg nie był powikłany podniesioną ciepłotą lub też idącymi z nią w parze zmianami zapalnemi lub gnilnemi w macicy, zwłaszcza na jej błonie śluzowej, lub też zmianami zapalnemi przy- i okołomacicznemi, lub też wogóle ogólnem posocznicowem zatruciem krwi *(sepsis)*. Przekonałem się bowiem, że sprawy powyższe przedłużają czas od chwili poronienia do pojawienia się pierwszej miesiączki, zależnie zupełnie od ciężkości schorzenia ustroju po poronieniu.

Niemałe znaczenie ma dla lekarza wiadomość, kiedy występuje po poronieniu pierwsza miesiączka. Zachodzi bowiem pytanie, czy lekarz wezwany do krwotoku z części rodnych, n. p. w 4 tygodnie po poronieniu, powinien wy-

[1]) Patrz tabela przyp. 4.

Przypadek	Imię, nazwisko, zatrudnienie i wiek	Miesiączka	Poronienie	Leczenie	Przebieg	Pierwsza miesiączka	Następna miesiączka
1	Anna Sch., lat 35 żona wyrobnika, 2 porody.	regularnie co 4 tygodnie	w 6 tygodniu	w 9 dniu wyskrobanie macicy z powodu krwawienia.	bezgorączkowy	w 5-tym tygodniu	regularnie co 4 tygodnie
2	Kat. St., lat 21, żona wyrobnika, 2 porody.	„	w 2 miesiącu	wyleczenie samoistne	„	w 4 tyg.	„
3	Róża E., lat 23.	regularnie co 5 tygodni	w 6 tygodniu	„	„	w 6-tym tygodniu	„
4	Marya B., lat 26, żona urzędnika, 3 porody.	regularnie co 3 tygodnie	w 2 miesiącu	z powodu dreszczu wyjęcie ręczne jaja	„	po 3 tyg.	regularnie co 3 tygodnie
5	Helena O., lat 21, żona kupca.	regularnie co 4 tygodnie	„	„	„	za 6 tyg.	„
6	Róża R., lat 26, żona krawca, 2 porody.	„	„	„	„	w 5 tyg.	„
7	Natalia J., lat 36, żona krawca, 5 porodów	„	„	z powodu krwotoku wyjęcie ręczne jaja	„	w 6 tyg.	„
8	Józefa B., lat 24, żona kupca, 2 porody.	regularnie co 26 dni	w 5 tygodniu	wyskrobanie macicy	„	w 4 tyg.	„
9	Marya P., lat 26, żona kupca, 2 porody.	regularnie co 4 tygodnie	w 3 miesiącu	z powodu krwotoku wyjęcie ręczne jaja	„	„	„
10	Barbara W., lat 30, żona maszynisty	„	„	wyleczenie samoistne	„	„	„
11	Paulina R., lat 25, żona kupca, 2 porody.	„	w 2 miesiącu	„	„	„	„
12	Lola S., lat 22, krawczyni.	„	w 6 tygodniu	Abrasio	„	w 5 tyg.	„
13	Józefa B., lat 24, żona kupca, 2 porody, przed 2 laty, poronienie w 5 tygodniu.	„	„	„	„	w 4 tyg.	„
14	Marya W., lat 24, żona motorowego, 1 poród.	„	w 4 miesiącu	wyleczenie samoistne	„	„	„
15	Natalia N., lat 30, żona pocztowego, 1 poród.	„	w 5 tygodniu	wyjęcie ręczne jaja z powodu krwotoku	„	„	„
16	Paulina R., żona kupca, 2 porody, przed 3 laty, poronienie.	„	„	wyskrobanie macicy	„	„	„
17	Brigida F., lat 31, żona krawca, 2 porody.	„	w 6 tygodniu	wyleczenie samoistne	„	w 5 tyg.	„
18	Joanna Cz., lat 28, żona wyrobnika, 2 porody.	„	w 2 miesiącu	„	„	„	„
19	Wanda H., lat 38.	„	„	„	„	„	„
20	Tekla Ł., lat 48, żona wyrobnika, 11 porodów.	„	w 3 miesiącu	„	„	w 4 tyg.	„
21	Bruche H., lat 32, żona robotnika.	„	w 6 tygodniu	wyjęcie ręczne jaja z powodu krwotoku	gorączka w następstwie ropnia w okolicy stawu łokciowego praw., po przecięciu którego gorączka spadła	w 5-tym tygodniu	„
22	Salomea R., lat 26, żona wyrobnika.	„	w 4 miesiącu	wyleczenie samoistne	bezgorączkowy	„	„
23	Wanda H., lat 38	„	w 3 miesiącu	„	„	„	„
24	Katarzyna Z., lat 40, żona krawca, 1 poród	„	w 2 miesiącu	„	„	w 4 tyg.	„
25	Salomea K., lat 50, żona wyrobnika, 10 porodów.	„	w 4 miesiącu	„	„	w 5-tym tygodniu	„
26	Salomea F., lat 20, żona kupca.	„	w 2 miesiącu	„	„	w 4 tyg.	„
27	Eleonora R., żona urzędnika, 1 poród.	„	w 3 miesiącu	„	„	„	„
28	Leona S., lat 30, żona kupca, 6 porodów.	„	„	„	„	w 5 tyg.	„

Przypadek	Imię, nazwisko, zatrudnienie, wiek	Miesiączka	Poronienie	Leczenie	Przebieg	Pierwsza miesiączka	Następna miesiączka
29	Regina B., lat 42	regularnie co 4 tygodnie	w 3 miesiącu	wyleczenie samoistne	bezgorączkowy	w 4 tyg.	co 4 tyg. 1 poród
30	Karolina K., lat 23, robotnica.	„	w 2 miesiącu	„	„	„	„
31	Eleonora R., żona urzędnika, 2 porody, przed 4 laty poronienie.	„	w 4 miesiącu	„	„	„	co 4 tyg.
32	Marya P., lat 23, robotnica.	„	w 7 tygodniu	„	„	w 5-tym tygodniu	„
33	Józefa S., lat 26, żona golarza.	„	w 6 tygodniu	„	„	w 4 tyg.	„
34	Karolina H., lat 25, żona fryzyera, 2 porody.	„	w 2 miesiącu	wyskrobanie macicy	„	„	co 4 tyg. 1 poród
35	Marya W., lat 50, żona robotnika, 5 porodów.	„	„	wyleczenie samoistne	„	„	co 4 tyg.
36	Eleonora R., żona urzędnika, 3 porody, 2 poronienia.	„	w 3 miesiącu	„	„	w 6 tyg.	„
37	Rozalia G., lat 34, żona górnika, 6 porodów.	regularnie co 24 dni	„	„	„	„	„
38	Marya K., 6 porodów.	regularnie co 4 tygodnie	w 2 miesiącu	„	„	w 4 tyg.	„
39	Marya St., lat 37, żona robotnika.	„	w 3 miesiącu	„	„	„	„
40	Marya W., lat 50, żona robotnika, 6 porodów.	„	„	„	„	„	„
41	Marya K., lat 47, 6 porodów, 1 poronienie.	„	„	„	„	„	„
42	Zofia D., lat 45, żona robotnika, 6 porodów.	„	w 2 miesiącu	„	„	„	„
43	Salomea D., lat 30, żona kupca, 2 porody.	„	„	wyskrobanie macicy	„	„	„
44	Marya W., lat 50, żona robotnika, 6 porodów, 2 poronienia.	„	w 3 miesiącu	wyleczenie samoistne	„	„	Amenorhoë
45	Amalia K., lat 50, żona kupca, 4 porody.	„	w 4 miesiącu	„	„	w 6 tyg	co 4 tyg.
46	Róża B., lat 25, żona kupca, 1 poród.	„	w 3 miesiącu	„	„	w 5-tym tygodniu	co 4 tyg. 1 poród
47	Marya W., lat 50, żona robotnika, 8 porodów.	„	„	„	„	w 4 tyg.	co 4 tyg.
48	Fanny Sch., lat 38, żona kupca, 5 porodów.	„	w 2 miesiącu	„	„	„	„
49	Ernestyna A., lat 43, żona kupca, 5 porodów.	„	w 7 tygodniu	„	„	„	„
50	Joanna M., lat 30, wieśniaczka, 6 porodów.	„	w 6 tygodniu	„	„	„	„
51	Joanna P., lat 38, wieśniaczka	„	w 2 miesiącu	„	„	„	„
52	Marya W., lat 45, żona posługacza, 7 porodów.	„	w 3 miesiącu	„	„	„	„
53	Fanny Sch., lat 36, żona kupca, 5 porodów, 1 poronienie.	„	w 6 tygodniu	„	„	„	„
54	Lola D., lat 42, akuszerka, 4 porody.	„	w 2 miesiącu	„	„	w 6 tyg.	„
55	Dora K., lat 24, żona fryzyera.	„	w 7 tygodniu	„	„	w 4 tyg	„
56	Elżbieta K., lat 32, żona górnika, 2 porody	„	w 4 miesiącu	„	„	w 5-tym tygodniu	„
57	Marya K., lat 30, żona robotnika, 3 porody.	„	w 2 miesiącu	„	„	w 4 tyg.	„

konać jakiś zabieg operacyjny? Mam tu na myśli wyskrobanie. Pod tym względem lekarze dość często błądzą.

Odpowiedź na to taka: jeśli poronienie ukończyło się po kilkudniowem krwawieniu, a dopiero po dłuższym bezkrwawym okresie znów chora zaczyna krwawić, to krwawienie takie słusznie można uważać, — naturalnie wykluczywszy po dokładnem zbadaniu wszelkie inne możliwości, — za krwawienie miesiączkowe; jeśli się jednak pojawiają po poronieniu częste krwawienia dołem z małemi przerwami, to najczęściej nie minięmy się z prawdą, jeśli przyjmiemy, że w jamie macicy coś pozostało, co jest przyczyną tego częstego krwawienia. Wtedy to dopiero zastosowanie łyżeczki powinno mieć miejsce.

Piśmiennictwo. 1) Leopold: Archiv f. Gynaek. Bd XII. H. 2. — 2) Ries: Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd XXIV. 1892. H. I. — 3) Schatz: Frommel's Jahresberichte. XIII Jahrgang über 1899. — 4) Mac Lennan: Frommel's Jahresberichte XIV Jahrg. über 1900. — 5) Wormser: Archiv f. Gyn. Bd LXIX. 1903. — 6) Burckhardt: Archiv f. Gyn. Bd LI. H. 1. — 7) Florenzo D' Erchia: Zeitschr. f. Gyn. u. Geb. Bd XL. H. 3. — 8) van der Hoeven: Frommel's Jahresbericht XVI Jahrg. über 1902. — 9) Polano: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XLI. Heft 1. — 10) K. Hegar: Beiträge zur Geb. u. Gyn. Bd VI. Heft 2. u. Frommel's Jahresberichte XVI Jahrgang über 1092.

III. Oceny i sprawozdania.

Kamilla Horwitz: **Über die Histologie des embryonalen Knochenmarks.** *(Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der hohen med. Fakultät der Universität Zürich).* Wien, 1904. Verlag von Moritz Perles. Str. 29.

Ta sama rzecz wyszła w „Wiener med. Wochenschrift" Nr. 31—35 1904, oraz po polsku w „Gazecie lekarskiej" Nr. 26 z r. 1904. Autorka zajmuje się w pracy swej kwestyą stosunku, jaki zachodzi między myeloblastami (typ Naegeli) a myelocytami, względnie leukocytami wogóle. Dokonała w tym celu badania szpiku kostnego 12 płodów ludzkich, z których tylko 2 były już zupełnie rozwinięte, a 10 miały od 4—9 miesięcy. Jak wiadomo, w szpiku kostnym ludzkim znajdujemy, szczególnie u ludzi młodych, obok myelocytów, a więc tworów ziarnistych, także i różnej wielkości komórki bez ziarniny, z wejrzenia i zachowania się wobec barwików niezwykle podobne do limfocytów. Budzi się więc wobec tego pytanie, czy te komórki są istotnie limfocytami? Pappenheim twierdzi, że te komórki nie są niczem innem, tylko limfocytami; inni (Hirschfeld, Rubinstein) uważają je za komórki limfoidalne, które nic wspólnego nie mają z limfocytami. Przeciw Pappenheimowi wystąpili Naegeli, oraz Michaelis i Wolff, — a mianowicie Naegeli uważa te twory bez ziarniny za swoiste składniki szpiku, a że posiadają zdolność wytwarzania ziarniny i zmieniania się w myelocyty, radzi nazywać je myeloblastami, analogicznie do krwinek czerwonych (erytroblasty i erytrocyty).

Autorka popiera zdanie Naegelego, a wyniki swej pracy zestawia w następujących słowach:

1) W płodowym ludzkim szpiku kostnym tworzą myeloblasty (komórki szpikowe bez ziarniny), jako wczesny okres wszystkich komórek szpiku kostnego, znaczną przewagę krwinek białych, gdyż stanowią 75—90% ogółu.

2) Stwierdzenie tego faktu jest dalszym biologicznym czynnikiem, stanowiącym rozdział między komórkami szpiku kostnego podobnymi do limfocytów, a prawdziwymi limfocytami narządów chłonnych.

3) I najnowsze, jako swoiste dla limfocytów podawane sposoby barwienia nie zdołały wytworzyć granicy barwikowej między limfocytami a myeloblastami, granicy, której się domaga biologia, patologia i embryologia.

4) Wielkość myeloblastów waha się w znacznych granicach: najmniejsze postacie dochodzą ledwo wielkości krwinek czerwonych, największe są rozmiarami równe wielkim postaciom myelocytów.

5) Możnaby twierdzić z pewną ostrożnością, że najmniejsze myeloblasty znachodzą się przeważnie we wczesnych miesiącach płodowych, zaś później ustępują postaciom średnim. W odwrotnym stosunku do wielkości komórki stoi bogactwo jądra myeloblastów co do chromatyny: im mniejszy myeloblast, tem jądro ciemniejsze, im większy — tem jaśniejsze.

6) Z tego wynika, że komórką macierzystą komórek szpikowych jest nie wielki, ale mały myeloblast, co się zgadza z wynikami patologów.

7) Wielkie myeloblasty zwolna przemieniają się w myelocyty przez to, że pierwoszcza co raz łatwiej się barwi i wytwarza drobną ziarninę.

8) W szpiku ludzkiego płodu znajdujemy znacznie mniej myelocytów, niż u dorosłego, tylko 10—25%; a są one przeważnie neutrofilne, rzadziej eozynofilne, a jeszcze rzadziej bazofilne. Znajdujemy także i komórki olbrzymie.

9) Krwinki czerwone jądrzaste znachodzą się często w płodowym szpiku kostnym. Najczęściej spotykamy normoblasty, wszędzie jednak spotkać można megaloblasty (czasem i dużo ich można znaleść), jakoteż wszelkie przejścia między obiema postaciami.

10) Rozpad jądra da się stwierdzić zarówno w megalo-, jak i normoblastach. *Stahr.*

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Doc. Jochmann. **Bakteryemia w gruźlicy płuc.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 83, Zeszyt 5 i 6, 1905). Przed kilku jeszcze laty bakteryologiczne badania krwi w gruźlicy płuc (Jakowski, Hewelke, Sittmann i inni) wykazywały bardzo często obecność w niej paciorkowców, gronkowców, dwoinek; ich też obecności we krwi przypisywano nawet występowanie trawiącej gorączki (*febris hectica — Streptokokkenkurve* — Petruschky). Badań tych jednakże nie można uważać za ścisłe, gdyż używana wówczas metoda pobierania krwi przez nakłucie palca kryła w sobie dwa zasadnicze błędy: przedewszystkiem krew, stykając się na stosunkowo rozległej przestrzeni z powierzchnią skóry, ulegać mogła aż nadto często rozmaitym zanieczyszczeniom, a powtóre ilość jej była zbyt mała. Własne badania Jochmanna rozciągają się na 40 przypadków daleko posuniętej gruźlicy płuc rozpadowej z wysoką przepuszczającą trawiącą gorączką; aby otrzymać możliwie pewne i dokładne wyniki, pobierał autor zgodnie z wymaganiami dzisiejszej wiedzy bakteryologicznej krew z żył przedramienia w ilości 20 ctm.³ zapomocą wyjałowionej strzykawki Luera; u wielu chorych powtarzał badania kilkakrotnie, aby się przekonać, czy przypadkiem tuż przed śmiercią u konających drobnoustroje nie przedostają się do krwi. Ujemne wyniki otrzymał we wszystkich 40 przypadkach, badanych za życia i w czasie konania; z 9 z nich, badanych dla kontroli także po śmierci według metody, podanej przez Lenhartza (po możliwie aseptycznem otwarciu worka osierdziowego przyżega się rozpalonym nożem ścianę prawego serca i wbitą w to miejsce wyjałowioną strzykawką Luera wydobywa krew ze serca), — w 7-miu okazała się krew także jałową, w jednym przypadku wyrosły na płytkach samo paciorkowce, w drugim paciorkowce wraz z gronkowcem złocistym. Widoczną zatem z tego jest rzeczą, że w postępującej gruźlicy płuc drobnoustroje we krwi za życia się nie znajdują; obecność paciorkowców, a jeszcze więcej gronkowców, zaliczyć należy do wyjątków. W przypadkach tych, gdzie po śmierci dopiero we krwi znajdują się paciorkowce, dostały się one tam według wszelkiego prawdopodobieństwa dopiero w czasie konania, gdy bakteryobójcze siły krwi już się wyczerpały; zachodziłaby tutaj zupełna analogia z płonicą, gdzie Jochmann również u 18 dzieci w ciągu ostatnich 24 godzin ich życia nie znalazł ani razu we krwi paciorkowców, natomiast po śmierci znajdowały się one w niej bardzo obficie. *Wilczyński.*

Doc. Rolly i Liebermeister. **Badania doświadczalne nad przyczyną znikania drobnoustrojów w jelicie cienkiem.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 83, Z. 5 i 6, 1905). Większa część wprowadzonych wraz z pokarmami drobnoustrojów ulega niszczącemu i trawiącemu działaniu HCl w żołądku, pewna ich część jednakże dostaje się do dwunastnicy. Tutaj na pozór zdawaćby się mogło, że drobnoustroje wobec zasadowo oddziaływającego soku jelitowego znajdą się w znacznie korzystniejszych dla siebie warun-

kach i rozmnażać się będą nieograniczenie. Tymczasem widzimy u zwierząt, n. p. u królików i cieląt, że jelito cienkie jest prawie zupełnie jałowe; nawet wtedy, gdy treść żołądkowa zostaje sztucznie przez wprowadzenie sody zobojętnioną i skutkiem tego następnie przechodzi więcej drobnoustrojów do jelit, pomimo tego jelito cienkie posiada w prawidłowych warunkach własność niszczenia nawet wielkich ilości drobnoustrojów. Chcąc zbadać te bakteryobójcze siły i czynniki, jakimi rozporządza jelito cienkie, autorowie przeprowadzili cały szereg doświadczeń na zwierzętach. Wprowadzali oni, podobnie jak Schütz, głodzonym przez 2 dni królikom po otwarciu jamy brzusznej do dwunastnicy zapomocą strzykywki Pravaza 1 ctm.³ 24-godzinnej hodowli prątka ropy błękitnej (*bac. pyocyaneus*), gronkowców, łańcuszkowców lub *vibr. Metschnikoff*, podwiązując równocześnie odźwiernik w celu przeszkodzenia dostawaniu się kwaśnego soku żołądkowego do dwunastnicy, poczem po upływie doby zwierzęta zabijali; badanie bakteryologiczne wykazywało stale jałowość jelita cienkiego, z czego można było wnosić, że jelito cienkie, a w szczególności jego żywa i nienaruszona, nabłonkiem pokryta błona śluzowa posiada własności bakteryobójcze; nie posiadają jej natomiast wcale (jak mylnie dotychczas sądzono), lecz owszem stanowią doskonałą pożywkę czysty sok jelitowy, trzustkowy i żółć. W zapalnie zmienionej natomiast błonie śluzowej jelita cienkiego (n. p. po śródmięśniowem wstrzykiwaniu sublimatu, po zadziałaniu na błonę śluzową jelit nadmanganianu potasowego i t. d.) mnożą się w całem jelicie cienkiem bardzo szybko i niepomiernie drobnoustroje; wzrost ten odbywa się zarówno w kwaśno, jak i zasadowo oddziaływającej treści pokarmowej. Zapalnie zmieniona, chora błona śluzowa jelita cienkiego zatraca w zupełności własności bakteryobójcze, a wydzielany przez nią w zwiększonej ilości sok jelitowy stanowi nawet dla drobnoustrojów doskonałą pożywkę. W jaki sposób oddziaływa niszcząco na drobnoustroje zdrowa błona śluzowa jelita cienkiego, w szczególności jej żywy nabłonek, a nie jej wydzielina — sok jelitowy, — o tem dokładnie nie wiemy; prawdopodobnie jest to proces analogiczny do tego, jaki się odgrywa w tchawicy, w oskrzelach, w cewce moczowej. *Wilczyński.*

Göschel. **Laparotomia w gruźlicy otrzewnej.** (*D. Archiv. f. kl. Med.* t. 84, z. 1—4. 1905). Jak statystyki różnych autorów wykazują, gruźlica otrzewnej ustępuje po pewnym czasie, mniej więcej w 1/3 części wszystkich przypadków, bez właściwego leczenia; dotyczy to przypadków od początku lekkich, niepowikłanych, zwłaszcza u dzieci. Tam natomiast, gdzie nie ma żadnych widoków i skłonności do samodzielnego wyleczenia, można je jeszcze w pewnych, aczkolwiek nielicznych razach, sprowadzić, a przynajmniej uzyskać znaczną poprawę stanu ogólnego, chociażby tylko na czas pewien, drogą operacyjną, a mianowicie laparotomią. Jej korzystnemu działaniu ulega jeszcze najłatwiej postać wysiękowa gruźlicy otrzewnej, trudniej już postać włóknista, podczas gdy przy postaci ropno-wrzodniejącej laparotomia nie jest w stanie poprawić złego rokowania. Samoistne dobrowolne wyleczenie nie następuje wtedy, gdy siły ochronne, jakiemi rozporządza otrzewna, biorą przewagę nad zgubnym wpływem prątków gruźliczych. Jeśli w jakikolwiekbądź sposób, czy to skutkiem znacznej jadowitości, czy mnogości prątków, czy też ciągłego ich napływu z pierwotnych ognisk gruźliczych (jelita, gruczoły zaotrzewne, narządy moczowopłciowe, płuca, inne błony surowicze) w prowadzonej walce ulega otrzewna, to można jej jeszcze przyjść z pomocą i podnieść jej naturalne siły ochronne przez laparotomię, po której zmniejsza się — po wypuszczeniu płynu — parcie śródbrzuszne, zwiększa natomiast przekrwienie czynne i nastaje wogóle poprawa krążenia, wessalności w obrębie jamy brzusznej. Laparotomia nie leczy więc gruźlicy, ale przywraca tego rodzaju stosunki, że otrzewna może znów skutecznie podjąć walkę z prątkami gruźliczymi. *Wilczyński.*

Tabora. **O fosforanach w treści żołądkowej.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* LVI, 3—4, 1905). Różnicę między kwasotą ogólną a kwasotą od wolnego i luźnie związanego kwasu solnego (przy użyciu metody Lea z fenolftaleiną jako wskaźnikiem), odnoszono dawniej do fosforanów kwaśnych. Wolhardt wykazał, że fosforany kwaśne stanowią mały tylko odsetek kwasoty ogólnej, resztę należy odnieść do kwaśnego działania albumoz i peptonów. Autor, oznaczając fosforany ilościowo, według ścisłych metod analitycznych, wykazał, że w żołądku o kwasocie prawidłowej lub zwiększonej spotyka się fosforany w bardzo małej ilości, zatem różnica między kwasotą ogólną a kwasotą od wolnego kwasu solnego (o ile wytrawimy kwasy organiczne eterem) może pochodzić tylko od albumoz i peptonów. Natomiast w żołądkach, nie zawierających wolnego kwasu solnego, znajduje się dużo fosforanów, może dlatego, że ich wessanie jest w tych warunkach trudniejsze. Kwasota ogólna może wówczas całkowicie zależeć tylko od fosforanów. Jest to ważne dla różniczkowego rozpoznania między rakiem żołądka, a brakiem soku żołądkowego (achylia). Dawniej wysoką kwasotę ogólną uważano za charakterystyczną dla raka. Rzeczywiście mała kwasota ogólna przemawia przeciw rakowi według doświadczenia klinicznego, ale i wysoka za rakiem nie przemawia, skoro pochodzić może tylko od fosforanów, których duża ilość może równie dobrze towarzyszyć achylii. Obojętne działanie na papierek lakmusowy treści achylicznych żołądków jest spowodowane obecnością fosforanów dwumetalicznych, które wówczas w znaczniejszej ilości towarzyszą fosforanom jednometalicznym. *S. M.*

W. Giedgowd. **O ostrej rozstrzeni żołądka.** (*Kron. lek.* Nr. 11—12, 1905). Przy sposobności własnego przypadku ostrej rozstrzeni żołądka, stwierdzonego sekcyą, zestawia autor 18 przypadków innych autorów. Na tych 19 przypadków w 33% nie znaleziono żadnej widocznej przyczyny, ani klinicznie, ani na sekcyi, w 47% za przyczynę można było uważać zatrucie, a w 26% przyczyną była operacya, z nich w 4 przypadkach wstrząs ze strony otrzewnej, a w jednym przypadku winić można chloroform. Przyczyną ostrej rozstrzeni żołądka zdaje się być porażenie nerwowych narządów żołądka, wywołane przez rozmaite, jeszcze niedostatecznie wyjaśnione czynniki, najprawdopodobniej toksycznej natury. Śmiertelność z ostrej rozstrzeni żołądka jest znaczna, bo przekracza 85%. Leczenie dość bezsilne, polega na wlewaniach odżywczych, faradyzacyi żołądka, wlewaniu do kiszek lub podskórnie 1—1½ l. fizyologicznego roczczynu soli, na podskórnem wstrzykiwaniu morfiny i wdychaniach tlenu. Niektórzy autorowie (Riedel) polecają przemywanie żołądka. *Dr. Blassberg.*

Oerum. **Doświadczenia z próbą Sahliego.** (*D. Arch. f. klin. Med.* t. 85, z. 3, 1905). Ponieważ zapomocą próby Sahliego można oznaczyć siłę wydzielniczą żołądka, przeto próba ta jest lepszą od innych. Zapomocą niej łatwo odróżnić nadmierne wydzielanie się kwasu solnego od wzmożonej kwaśności soku żołądkowego, lub od nadmiernego wydzielania się jego. Nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego bywa w przebiegu nerwowych cierpień żołądka, w zaparciu stolca, w zapaleniu kiszek, kamicy żółciowej lub nerkowej i t. d., w końcu może towarzyszyć nadmiernemu wydzielaniu kwasu solnego. Nadmierne to wydzielanie stwierdzamy przy wrzodzie żołądka i w przebiegu błednicy. Próba ta pozwala odróżnić niedowład żołądka od nadmiernego wydzielania błony śluzowej żołądka. Zaburzenia czynności ruchowej żołądka łatwiej dają się zapomocą niej wykryć, niż po śniadaniu Ewalda. Liczby, oznaczające stopień kwaśności, są dla HCl, tosame. Natomiast cała kwasota jest mniejsza, niż przy śniadaniu Ewalda. Oznaczenie tłuszczu zapomocą kwasu masłowego nie wymaga żadnego szczególnego przyrządu. *Latkowski.*

CHIRURGIA. Vogel. **Doświadczalne badania nad oczyszczaniem skóry.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, Nr. 30). Autor wykonał szereg badań nad wartością głównie używanych sposobów odczyszczania skóry rąk, mianowicie nad sposobem Mikulicza (spirytus mydlany) i Fürbringera (woda gorąca, wyskok, sublimat). Po wymyciu ręki umieszczał ją na ½ godziny w przyrządzie Biera do leczenia gorącem powietrzem. Ręka pociła się tam ogromnie i pot następnie badano co do obecności drobnoustrojów. Otóż z badań tych autor doszedł do wniosku, że przedewszystkiem sposób Fürbringera przewyższa metodę Mikulicza, dalej, że mimo względnej jałowości rąk po umyciu, w pocie ręki spoconej drobnoustroje obficie znowu się znajdują. Wyskok przewyższa sublimat jako środek odkażający do rąk i nie działa, jak sądzi Koenig, garbująco na skórę, zamykając przez to powierzchowne pory, lecz owszem drąży w głąb. Autor radzi celem dokładnego wyjaławiania skóry, szczególnie przy operacyach przepuklin, umieszczać i dane miejsce w przyrządzie Biera. Przy cięciach o ile możności unikać części silnie owłosionych, nóż po przecięciu skóry odkładać na bok i więcej go nie używać. Skórę szyć należy pojedynczymi szwami od wewnątrz, zmieniając przytem ciągle igły. *Dr Adolf Klęsk.*

Joachimsthal i Cassirer. **Przewężenia kończyn postronkami owodni łącznie ze stopą końsko-szpotawą i porażenia obwodowych nerwów przez te przewężenia.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 31, 1905). W pracy tej, wypowiadzianej jako odczyt w berlińskiem Towarzystwie chirurgicznem, zajmują się autorowie przewężeniami, wywołanemi na kończynach przez taśmy i powrózki owodni. Przewężenia te u 2 przedstawionych chorych znajdowały się na granicy środkowej i dolnej części lewej goleni, a w drugim przypadku w podobnem miejscu ramienia prawego. W obu przypadkach mieli chorzy oprócz tego jednostronną stopę końskoszpotawą. Chora z przewężeniem na ramieniu miała nadto porażenie nerwu promieniowego (bez porażenia mięśnia trójgłowego) i porażenie nerwu łokciowego, a mianowicie jego gałązek ręcznych. Łączność przewężeń z chorobowem ustawieniem stopy przemawia za powstawaniem tego ułożenia wskutek zrostów owodni.

Częściowe porażenia nerwów na ramieniu odnoszą autorowie do ucisku bezpośredniego (co do nerwu promieniowego), częścią zaś do ucisku (co do nerwu łokciowego) w okolicy stawu nadgarstkowego wskutek trwałego ustawienia w nadmiernem zgięciu ręki. Na temże posiedzeniu przedstawił Selberg również 2 chorych z przewężeniami podobnemi i stopą końskoszpotawą. Wobec tego Hoffa zwraca uwagę, że przewężenia te, jak widać, powstają stale w typowych miejscach, zależą więc pewnie od jakichś czynników rozwojowych, których nie znamy jeszcze. *Dr. Adolf Klęsk.*

Bier. **Obecny stan znieczulenia lędźwiowego, jego uprawnienie, zalety i wady w porównaniu z innymi sposobami znieczulania.** (*Arch. f. klin. Chirurg.* t. 77, z. 1., 1905). Dążeniem autora i innych przez 4 lata (odkąd po raz pierwszy zdał sprawę o znieczuleniu lędźwiowem) było wynaleść środek, mniej trująco działający niż kokaina. Środkiem takim zdaje się, jest stowaina, zwłaszcza w połączeniu z przetworami nadnercza. Stosował ją autor w 102 przypadkach, przyczem w 7 tylko zauważył wymioty, a raz lekki zapad. Ból głowy w 10 przypadkach trwał około 2 dni. Dawniej wstrzykiwał autor $^{1}/_{2}$ cm.^{3} kupnego roczczynu suprareniny, adrenaliny lub paranefryny, a potem dopiero w 5 minut kokainę. Obecnie wstrzykuje jednak o wiele mniejsze dawki przetworu nadnercza, równocześnie ze środkiem znieczulającym. Przypadków operowanych w tem znieczuleniu nalicza autor 305. Przetwory nadnercza ograniczają działanie trujące kokainy; rzadko występują dreszcze i resorbcya jest znacznie zwolnioną. Znieczulenie lędźwiowe uważa Bier za bezwzględnie wskazane: 1) u starych ludzi osłabionych i wyniszczonych; 2) w operacyach na placu boju; 3) w doświadczeniach fizyologicznych tak na zwierzętach, jak i ludziach (chorzy mogą bowiem podawać swe wrażenie i uczucie, co dla fizyologii i patologii nerwów ogromne ma znaczenie); 4) w weterynaryi. Dawniej w około 10% przypadków znieczulenie autora zawodziło; obecnie, w miarę wprawy, doświadczenia i unikania drobnych usterek, znieczulenie zawodzi zaledwie w $2^{1}/_{2}$%. Chorzy przenoszą znieczulenie po nad uśpienie ogólne. Znieczulenie lędźwiowe usuwa też zupełnie występowanie wstrząsu nerwowego, nie ustępuje więc i tutaj miejsca uśpieniu ogólnemu. *Dr. A. Klęsk.*

Madelung. **Pooperacyjne wypadanie trzew jamy brzusznej.** (*Archiv f. klin. Chir.*, T. 77, Zeszyt 2, 1905). Autor zebrał 157 przypadków pooperacyjnego wypadnięcia trzew jamy brzusznej. Wypadnięcie to zdarzało się najlepszym chirurgom przy zupełnie dobrze i bez przeszkód zakładanym szwie powłok na głucho, nieraz tylko po nacięciach próbnych, przy których treść jamy brzusznej zupełnie nie została zmniejszoną, jak niemniej i po usunięciu olbrzymich guzów, tak u osobników młodych, jak i starszych. Wypadnięcie zdarzyło się u 118 kobiet i u 25 mężczyzn. Przeważało przy operacyach, wykonywanych u kobiet i w dole brzucha w miednicy małej. Po cięciach powyżej pępka zdarzyło się wypadnięcie zaledwo 16 razy. Cięcia boczne usposabiają mniej do wypadnięcia, niż cięcia w linii środkowej. Kilkakrotne otwieranie jamy brzusznej usposabia do wypadnięcia. Czasem wypadnięcie wydarza się obok cięcia powłok, co jednak należy do wielkich rzadkości. Wypadnięcie nastąpić może tak przy gojeniu się ran przez rychlozrost, jak i przy ropieniu powłok i to w różnym czasie; krytyczne są jednak 8 i 9 dzień po operacyi. Czasem pękają późno po operacyi blizny. Przyczyny czasem są widoczne, czasem znów wypadnięcie wydarza się jakby bez powodu, chorzy nic nawet o niem nie wiedzą i lekarz znajduje wypadnięcie przypadkowo przy opatrunku. Najczęściej jednak powstaje wypadnięcie przy kaszlu, kichnięciu, napieraniu na stolec, podnoszeniu ciężaru, wyskakiwaniu z wozu, wstawaniu z łóżka, wymiotach i t. d. Chorzy często nie odczuwają przytem bólu, zauważają tylko, że im coś miękkiego, wilgotnego i ciepłego wypadło na uda. Wstrząs przytem zdarza się rzadko, i. rzecz dziwna, mimo dłuższego przebywania trzew poza obrębem jamy brzusznej zakażenie należy tu do rzadkości. Lekarze na wsi nieraz poprostu odprowadzali wypadnięcie, często bez oczyszczenia jelit; mimoto zapalenie otrzewnej nie nastąpiło. Najczęściej wypada jelito cienkie, potem sieć, jelito grube, żołądek, wątroba, macica, jajnik i pęcherz moczowy wypełniony. Uwięznięcie wypadłych części w ranie zdarza się rzadziej. Co do szwu i materyału do szycia, to wypadnięcie zdarzało się tak przy szwach pojedynczych, jak i ciągłych, tak przy szyciu katgutem, jedwabiem, jak i drutem, w jednem, dwóch, i kilku piętrach. Czasem wypadnięcie powstaje przy lub zaraz po wyjęciu szwów. Wypadnięcie wytwarza się też obok tamponu, niedokładnie założonego do jamy brzusznej. Usposabiają do wypadnięcia za grube lub naodwrót za cienkie powłoki. Czasem wywołuje wypadnięcie krwawienie między zeszytemi warstwami. Części wypadnięte jedni po oczyszczeniu odprowadzają i szyją powłoki na głucho, inni natomiast pozostawiają wypadnięte części, zawinąwszy je w mokre kompresy i zakładają opatrunek uciskowy. Następowo szyją potem powłoki lub nawet pozostawiają ranę swemu losowi. Ze wspomnianych wyżej przypadków nastąpiła śmierć w 29 jako skutek wypadnięcia; w 11 przyczyną śmierci było ogólne zapalenie otrzewnej. Śmiertelność wynosi 22·3 prc., jest więc dość wysoka; powinniśmy też na pooperacyjne wypadanie trzew większą, niż dotąd, zwracać uwagę. *Dr. Adolf Klęsk.*

Küster. **Przypadek miejscowego tężca, wstrzykiwania antytoksyny w pnie nerwowe; wyleczenie.** (*Archiv fur klin. Chir.*, T. 77, Z. 2, 1905). Meyer i Ransom dowiedli, że jad tężca przenosi się z obwodu li tylko przez włókna osiowe nerwów, a czas wylęgania zużyty bywa głównie właśnie na wędrówkę jadu z nerwów do ośrodków rdzeniowych. Ośrodki rdzeniowe przez oddzielenie ich od doprowadzającego nerwu z pomocą antytoksyny można ochronić od działania jadu tężcowego. Autor potwierdził to zapatrywanie na swoim przypadku, a podobnie Roger uratował chorego, wstrzykując mu do nerwów i rdzenia antytoksynę. W przypadku autora zarządca laboratoryum Behringa, który już dawniej przebył 2 razy lżejszy tężec (leczony surowicą), stłukł w ręce kolbkę szklaną z żywotną hodowlą tężca. Po 6 dniach wylęgania powstały bole w ramieniu, potem w całem ciele, łącznie z napięciem mięśni kończyny i szyi. Liczne wstrzykiwania podskórne antytoksyny, stosowane zaraz po wypadku, były bez skutku. W chwili przyjęcia chorego na klinikę była sztywność mięśni, karku, szyi i szczęk, a nawet trudności w połykaniu. Autor (8 dnia po wypadku) przystąpił zaraz do operacyi, odsłonił nerwy kończyny górnej i splot barkowy powyżej obojczyka i wstrzyknął do nerwów około 10 cm. surowicy. Już w kilka godzin ustąpiło bolesne napięcie mięśni; wyzdrowienie nastąpiło jednak dopiero po długim czasie, po przebyciu bolesnego zapalenia mięśni, którego pozostałością było częściowe zesztywnienie stawu łokciowego i zanik mięśni kończyny. Nawet takie skutki nie powinny jednak odstraszać od zabiegu, ratującego przecież życie chorego. *Dr. Adolf Klęsk.*

OKULISTYKA. H. Frenkel. **Czy bywa nierówność źrenic u ludzi zupełnie zdrowych?** (*Odbitka z »Gazety Lekarskiej«*, 1905). Autor wykazuje na podstawie szeregu własnych spostrzeżeń istnienie wrodzonej nierówności źrenic, którą nazywa anizokoryą morfologiczną i którą uważa za taką samą nieprawidłowość, jak n. p. nierówność obu małżowin usznych. Polemizuje on z zapatrywaniami Bychowskiego i Schaumanna, którzy twierdzą, że w każdym przypadku nierówności źrenic, jeśli tylko badamy dosyć dokładnie, można wykazać patologiczną przyczynę, czyto zwężenia jednej ze źrenic, czy rozszerzenia drugiej. Frenkel, powołując się na swe dawniejsze prace i na przypadki od szeregu lat spostrzegane, w których tła dla anizokoryi zgoła wykazać nie można i w których nierówność źrenic latami utrzymuje się bez zmiany przy stale kwitnącym stanie zdrowia ogólnego, wyraża przekonanie, że o istnieniu anizokoryi morfologicznej nie można powątpiewać i trzeba się liczyć z jej możliwością w dyagnostyce chorób wewnętrznych i nerwowych. *K. W. Majewski.*

W. Stein. **O jednostronnej zaćmie warstwowej.** (*Beiträge zur Augenheilkunde*, 1905. Zeszyt 63). Wiadomo, że za najczęstszą przyczynę powstania zaćmy warstwowej (*cataracta zonularis vel perinuclearis*) zostały powszechnie uznane drgawki, występujące w dziecięcym wieku z jakichkolwiek zresztą powodów (*cranio-tabes*, *tetania*, nieprawidłowe ząbkowanie, *helminthiasis* i t. d.); skurcze przewlekłe ciałka rzęskowego, towarzyszące drgawkom ogólnym, przesuwają poszczególne warstwy soczewki względem siebie i dają początek zaćmieniu części przyjądrowych (Arlt). W ten sposób powstająca zaćma warstwowa występuje prawie bez wyjątku obustronnie. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie zaćmienie warstwowe soczewki jest następstwem innych przyczyn, n. p. skaleczenie, uraz tępy, przebicie wrzodu rogówkowego i t. d. Pięć takich spostrzeżeń opisuje Stein: z natury rzeczy w przypadkach tych, gdzie uraz, względnie wrzód był powodem częściowego zaćmienia soczewki, zaćmienie to ograniczało się tylko do jednego oka. W jednym atoli przypadku nie można było dla zaćmy warstwowej wykazać innej przyczyny, jak tylko drgawki, które towarzyszyły utrudnionemu ząbkowaniu. Okoliczność, że w takich warunkach zaćma warstwowa powstała tylko na jednem oku, nakazuje przypadek ten zaliczyć do bardzo rzadkich zjawisk klinicznych. *K. W. Majewski.*

Richter. **Przypadek czyraka mięska łzowego.** (*Beiträge zur Augenheilkunde*, 1905, Zeszyt 63). Mięsko łzowe jest małą wysepką skóry wśród spojówki, wyściełającej kącik wewnętrzny oka; posiada delikatne włoski, gruczoły łojowe, a wedle niektórych autorów także i gruczoły potne, które Easlin uważa jednak za zmienione dodatkowo gruczoły łzowe. Bądź co bądź mięsko łzowe dzięki swej histologicznej budowie może stać się siedzibą spraw chorobowych właściwych skórze. Autor opisuje przypadek typowego czyraka, usadowionego na mięsku łzowem, u czeladnika stolarskiego,

który miał sobie oko to poprzednio zatrzeć wiórem drzewa. Pod wpływem okładów z płynu Burowa czyrak, po wydzieleniu ropy i obumarłej tkanki, gładko się wygoił. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność w ropie paciorkowców, gronkowców, oraz prątków kserozy. Szczepienia na pożywkach wydały tylko czyste hodowle paciorkowców. *K. W. Majewski.*

Coopman. **Ścisk powiek wywołany prawdopodobnie przez ząbkowanie fizyologiczne.** (*La Clinique Ophtalmologique* 1905, Nr. 14). Autor opisuje przypadek uporczywego ścisku powiek u 3-letniego dziecka. Najdokładniejsze badanie nie mogło zrazu wykazać żadnej przyczyny ani miejscowej, ani ogólnej. Leczenie nie odnosiło żadnego skutku. Dopiero gdy po kilku dniach zaczął się w szczęce dolnej po stronie prawej wyrzynać wśród dość znacznego obrzmienia i bolesności dziąsła nowy ząb trzonowy, dziecko po raz pierwszy otworzyło powieki, od szeregu dni z wielką siłą zaciśnięte. Potem jeszcze skurcz powiek kilkakrotnie na coraz to krótszy przeciąg czasu powracał, aż wreszcie, gdy korona zęba po przecięciu dziąsła się wydobyła, ustąpił zupełnie.

K. W. Majewski.

Torson. **O kilakach rogówki.** (*Archives d'Ophtalmologique* T. XXV, 1905, Nr. 5). Autor spostrzegał przypadek typowego kilaka rogówki u 22-letniej dziewczyny, którą kilka lat przedtem leczył z powodu miąższowego zapalenia rogówki na temsamem oku. Kilak przedstawiał się jako guzek, usadowiony w miąższu rogówkowym, wystający ponad jej przednią i tylną powierzchnię, barwy szaro-żółtawej. Towarzyszyło mu silne zapalenie plastyczne tęczówki i nacieczenie w okolicy kącika rogówkowo-tęczówkowego. Pod wpływem miąższowych zastrzyknięć kalomelu kilak uległ wessaniu z pozostawieniem nieznacznej plamki, a zapalenie tęczówki również ustąpiło. *K. W. Majewski.*

Kirchner. **O dodatnich stronach leczenia raka powieki zapomocą radu.** (*La Clin. Ophtalmologique* 1905, Nr. 15 i 16). Autor zwraca uwagę, że operacye plastyczne, wykonywane w celu usunięcia drobnych nawet owrzodzeń rakowych na powiekach, pozostawiają z powodu koniecznego przeszczepiania dużych nawet płatów skórnych z czoła, nosa lub policzka znaczne i szpecące blizny. Leczenie nowotworów złośliwych na powiekach zapomocą promieni Becquerela, jakkolwiek o trwałości jego skutków zawcześnie jeszcze na sąd stanowczy, ma tę niezaprzeczoną wyższość nad zabiegami krwawymi, że przywraca skórze w miejscu, które zajmował nowotwór, wejrzenie, bardzo podobne do prawidłowego, powstaje bowiem blizna cienka, gładka, miękka, przesuwalna i nie odcinająca się ostro od otoczenia. Przy zachowaniu odpowiednich ostrożności można działać na nacieki nowotworowe, zajmujące powieki zarówno od strony skóry, jak i od strony spojówki. Gałka oczna i jej głębsze części przy umiejętnem stosowaniu radu nie są narażone na żadne niebezpieczeństwa. Owrzodzenia i nacieki na spojówce znikają pod wpływem radioterapii, częstokroć bez pozostawienia jakichkolwiek widocznych blizn. Autor stosuje jeden miligram bromku radu, zawarty w miniaturowej puszce cynowej, wylanej ołowiem. Jedną ścianę tej puszki stanowi cienka płytka miki, która pochłania stosunkowo małą część promieni Becquerela. *K. W. Majewski.*

Abadie i Cuneo. **Anastomoza VII i XI-tej pary nerwów w przypadku uporczywego ścisku powiek.** (*Archives d'Ophtalmologie* Tom XXV, 1905. Nr. 4). W przypadkach wyjątkowo uporczywego ścisku powiek wykonywano już niejednokrotnie, gdy inne sposoby leczenia zawodziły, przecięcie nerwu twarzowego z następową anastomozą tegoż nerwu bądźto z nerwem dodatkowym Wilizyusza, bądź też z nerwem podjęzykowym (Kennedy, Cushing, Glück, Körte). Odzyskanie ruchomości powiek i policzka należy w tych przypadkach do reguły głównie z tego powodu, że anastomozę wykonywa się nie po dłuższem trwaniu porażenia, ale natychmiast po przecięciu nerwu. Autorowie wykonali u starszej kobiety z powodu ścisku powiek oka prawego, trwającego od lat 15, przecięcie nerwu twarzowego i wszycie go do pnia nerwu XI-tej pary. Energiczny zabieg wskazany był choćby dlatego, że nieustanny ścisk powiek trzymał w zamknięciu jedyne oko dobrze widzące, drugie bowiem z powodu wrodzonego niedowidzenia rozróżniało zaledwie palce na odległość 1 m. Wynik operacyi był bardzo pomyślny. Ścisk powiek oczywiście natychmiast ustąpił, a ruchy powiek i mięśni prawej strony twarzy w ciągu dwóch miesięcy powróciły. Ruchy te pozostawały z początku w ścisłem skojarzeniu z ruchami prawego barku, później odzyskały jednak większą samodzielność. Niepowrotnie utraciła tylko chora zdolność do ruchów mimicznych. Autorowie nie radzą wykonywać anastomozy nerwu twarzowego z podjęzykowym z powodu niebezpieczeństwa połowiczego zaniku języka; sądzą zaś, że bliskie sąsiedztwo ośrodków tych dwu nerwów nie ułatwia bynajmniej przejścia czynności jednego z nich na drugi. *K. W. Majewski.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Lifschütz. **O wydzielaniu jodu po wielkich dawkach jodku potasowego i po naskórnem zastosowaniu niektórych przetworów jodu.** (*Archiv f. Derm. und Syph.* T. 75, Zeszyt 2—3). Wyniki autorki są w streszczeniu następujące: 1) Wydzielanie się moczem jodku potasowego, podanego wewnętrznie, zależy w bardzo znacznym stopniu od indywidualnych właściwości tego, któremu lek podano. Zawsze jednak pozostaje w ustroju (a raczej — nie daje się wykryć w moczu) około 20—35 prc.; z kałem wydziela się bardzo mało. Wydzielanie moczem odbywa się z przerwami i może trwać od 3 dni aż do kilku tygodni, zależnie od długości całego leczenia, ale także i od indywidualności chorego. Jodzica może się pojawić pomimo tego, że wydzielanie moczem odbywa się prawidłowo. 2) Po naskórnem zastosowaniu jodipiny, bądź w postaci pędzlowań samej jodipiny, bądź też smarowania maścią (jodipina pół-napół z waseliną) tylko raz stwierdziła autorka drobną ilość jodu w moczu; chociaż miejsca posmarowane pokryte były warstwą tkaniny nieprzepuszczalnej, nie nastąpiło przeto wessanie jodu przez skórę. 3) Po naskórnem zastosowaniu jodwasogenu jod wtedy tylko wydziela się z moczem, jeżeli w zastosowanym leku znajdował się wolny jod. 4) Po naskórnem zastosowaniu jothionu wydziela się moczem mało jodu, szczególnie jeżeli zaniedbano opatrunku ochronnego. Zwiększenie ilości zastosowanego jothionu wywołuje niemal proporcyonalne zwiększenie się ilości jodu, wydzielanego moczem. Przez skórę moszen dostaje się jod z jothionu łatwiej do ustroju, niż przez skórę innych okolic ciała. (Wesenberg na podstawie liczb, podanych przez samą autorkę, wywodzi, że mylnie uważa ona ilość jodu, wydzieloną po zastosowaniu jothionu, za „małą“, ponieważ w jej doświadczeniach ilość ta wynosiła według jej własnych, zbyt nizkich obliczeń, średnio 33·5 prc., a w niektórych dochodziła do 53·5 prc). *B.*

Saalfeld. **Leczenie przedwczesnego wypadania włosów.** (*Therap. Monats.*, kwiecień, 1905). Ważną bardzo dla leczenia rzeczą jest wczesne rozpoznanie tego cierpienia. Z ilości wypadających codziennie przy czesaniu włosów nie można mieć pewnych wskazówek rozpoznawczych, gdyż już fizyologiczne wypadanie włosów u różnych osobników bywa rozmaite. Początek przedwczesnego wypadania włosów polega głównie na skracaniu się, a po pewnym czasie i nieczesaniu się włosów. Najpewniej o początku tego cierpienia przekonać się można, zbierając przez kilka dni wyczesywane włosy i oddzielając (przy długich kobiecych włosach) włosy dłuższe ponad 16 cm. od krótszych. Jeżeli ilość krótszych włosów wynosi trzecią część wypadniętych włosów, to już stan ten nie jest prawidłowym. Przy krótko strzyżonych włosach oddziela się wypadnięte włosy tępe na końcach, ścięte nożyczkami, od ostro zakończonych; ilość włosów ostro zakończonych nie powinna w fizyologicznych warunkach przenosić piątej części ogólnej liczby wypadniętych włosów. Pomiędzy przyczynami przedwczesnego wypadania włosów ważną rolę odgrywa dziedziczność. Wpływ dziedziczności znajduje wytłómaczenie w stosunkach anatomicznych skóry głowy do kości czaszki i w ukształtowaniu czaszki. Napięcie skóry, spowodowane odziedziczonym i silniejszym rozwojem mięśni, pokrywających czaszkę, wywołuje słabszy dopływ krwi do tkanki, otaczającej korzenie włosowe, a zarazem gorsze odżywienie włosów, które ujemnie musi działać na ich siłę żywotną i wzrost. Najczęstszą jednak przyczyną jest łojotok oleisty i suchy. Dlaczego łojotok wywołuje wypadanie włosów, to tłómaczy się tem, że wskutek nadmiernego wytwarzania się komórek naskórka i nagromadzenia się ich w gruczołach łojowych przywłośnych powstaje rozluźnienie związku między komórkami gruczołowemi, a pochwą korzenia włosowego. Wskutek tego więc, im bardziej gruczoły przywłośne pracują, to jest wydzielają łuski naskórkowe i łój, jak się to dzieje przy łojotoku, tem porost włosów staje się rzadszym i słabszym. Badając włosy w stanie prawidłowym i przy przedwczesnem wyłysieniu przekonał się autor, że łupież głowy, który również wywołuje wypadanie włosów, nietylko może być skutkiem łojotoku, ale również może być przy braku tłuszczu włosowego wywołany przez nadmierne rogowacenie i złuszczanie się komórek naskórkowych. W leczeniu nadmiernego wypadania włosów stosował autor, uwzględniając jego przyczyny, u 60 chorych tannobrominę obok kwasu salicylowego i przetworów siarkowych i w większości przypadków przy pomocy tych środków, a głównie tannobrominy powiodło mu się powstrzymać postęp wypadania włosów i przywrócić prawidłowy porost. *Stopczański.*

Bernhardt. **Ograniczone porażenie w zakresie nerwu mięśniowo-skórnego wśród przebiegu rzeżączki.** (*Berliner klin. Wochs.* 1905, 35). Autor opisuje przypadek rzeżączki, powikłanej zapaleniem przyjądrza i ropieniem gruczołu w pachwinie, w przebiegu której wystąpiły bole, chwilami nawet nasilone, wzdłuż kończyny górnej prawej od pachy aż do palców. Równocześnie wykazano upośledzenie w czuciu na wewnętrznej stronie przedramienia

prawego, a po pewnym czasie wychudnienie i ubytek sił w tejże kończynie; ruchy w stawach były zupełnie prawidłowe i niebolesne. Na mocy tych objawów autor rozpoznał zapalenie nerwu mięśniowo-skórnego (mononeuritis n. musculo-cutanei) na tle ograniczonego zakażenia rzeżączkowego, — bez zmian w mięśniach i stawach, które nie należą do rzadkości w tej chorobie. *Krzysztalowicz.*

H. Bonhoff. **Krętek ospowy** (spirochaete vaccinae). (*Berl. klin. Wochs.* 1905, 36). Autor opisuje znalezione przez siebie twory w krostach ospowych cieląt i ludzi. Przy barwieniu metodą Giemsy (azur-eozyna) spostrzegał w preparatach z roztartej ropy twory, zachowujące się jak świdrowce (trypanosoma); obok tych jednak krętki (spirochaete) i pasorzyty, podobne do prątków przecinkowatych (Kommabacillus), leżących pojedynczo lub ułożonych w literę S lub liczbę 3, a wreszcie w postaci trójkątnej z wypustkami. Te ostatnie właśnie uważa za postać główną i właściwą, sądzi jednak zarazem, że przecinki stanowią postać do ostatniej zbliżoną, a tylko bardzo drobną. Wszystkie te postacie znajdował także w skrawkach histologicznych krost ospowych i wszystkie są dla autora jednym i tym samym pasorzytem, a tylko różnie ułożonym tak, że krętki uważa za łańcuch tworów przecinkowych. Wielkość tych pasorzytów jest nader różna: przecinkowe mają długości 1 μ, a szerokość w najgrubszem miejscu wynosi zaledwo $\frac{1}{2}$ μ. Trójkątne dochodzą do grubości $1\frac{1}{2}$ μ, a $2\frac{1}{2}$ długości, podczas gdy wypustki wahają między 2—4 μ. W preparatach świeżych niebarwionych zauważył B. bardzo wyraźną ruchomość tworów, a ruchy te przypominały ruchy, spostrzegane u świdrowców; w postaciach trójkątnych spostrzegał błonę falującą i witki. Autor uważa zatem znalezione przez siebie pasorzyty za krętki, a względnie świdrowce i za najprawdopodobniejszą przyczynę ospy. Wreszcie dodaje, że postacią zbliżają się najwięcej do ciałek Leibmanna i do tworów znalezionych we wściekliźnie przez Negriego. *Krzysztalowicz.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Mayer L. F. **O wydzielaniu acetonu w moczu w przebiegu chorób zakaźnych u dzieci.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, Tom 61, str. 38). Badanie moczu w przebiegu błonicy, płonicy i odry wykrywało często aceton, kwas acetooctowy i kwas oksymasłowy. Ciała acetonowe powstają w przebiegu tych chorób na tle braku węglowodanów i znikają z chwilą doprowadzenia ich w większej ilości przez przewód pokarmowy. Podawanie tłuszczów zwiększa ilość acetonu. Pojawianie się większej ilości kwasu oksymasłowego jest wyrazem silniejszego zaburzenia w utlenieniu, aniżeli przy zjawianiu się kwasu acetooctowego i acetonu. Ponieważ wydzielanie ciał acetonowych w przebiegu chorób zakaźnych odpowiada ogólnie przyjętym zasadom o wydzielaniu się ciał acetonowych, nie uważa autor tego zjawiska za objaw swoisty dla niektórych chorób zakaźnych. *Gertler.*

Salge B. **Uodpornienie zapomocą mleka.** (*Jb. f. Kinderheilkunde*, T. 60, str. 486). Kozę uodporniono przeciw błonicy w ten sposób, że mleko zawierało pewną oznaczoną ilość niweczników. Zapomocą mleka niegotowanego, pochodzącego z tej kozy, odżywiano szereg osesków i po upływie pewnego czasu oznaczano ilość niweczników, zawartych w osoczu krwi. Zupełnie podobne doświadczenia wykonał autor z mlekiem kóz, uodpornionych prątkiem durowym. Badanie surowicy krwi karmionych tem mlekiem osesków nie stwierdziło powiększenia odpowiednich niweczników tak, że autor wysnuwa wniosek, iż karmienie osesków mlekiem zwierząt, uodpornionych pewnym drobnoustrojem, nie powiększa ilości niweczników dla odpowiednich drobnoustrojów. *Gertler.*

Piery i Mandoul. **Wielopostaciowość lasecznika Kocha w wydzielinach gruźliczych.** (*Compt. rend. de la Soc. de biol.*, 1904, Nr. 36). Na rozmaitych pożywkach dostrzegano różne postacie lasecznika gruźliczego i tak ziarenkowce, rozgałęzione, wachlarzykowate, a nadto postać paciorkowatą (*moniliformis*). Zupełnie podobne kształty znajdują się w plwocinach gruźliczych i nad niemi pracowali autorowie. Odróżniają oni 4 główne postacie i 2 podrzędne. Pierwszą główną postać stanowią laseczniki jednolite, a drugą ziarniste, ułożone w postaci łańcuszków i paciorkowców, i dlatego ten rodzaj nazywają autorowie paciorkowatym (*moniliformis*). Obydwa główne rodzaje mogą pojawiać się w postaci długich lub krótkich laseczników, albo długich i krótkich paciorkowatych kształtów. Postać paciorkowata ma powstawać w ten sposób, że każdy lasecznik zawiera szereg ziarenek chromatynowych, otoczonych warstwą, nieco odmiennie się barwiącą. Jeżeli warstwa zewnętrzna tak samo się zabarwi, jak ziarenka, otrzymujemy postać jednolitą prątka, jeśli zaś słabiej, otrzymujemy postać paciorkowatą. *Gertler.*

A. Bickel. **O napięciu powierzchni cieczy ustroju w warunkach fizyologicznych i patologicznych.** (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, Nr. 28). Sprawozdanie z badań, wykonanych przez pannę Kascher. Napięcie powierzchni płynów (*Oberflächenspannung*) określane było sposobem Traubego zapomocą stalagmometru. Sposób Traubego na tem polega, iż badaną cieczą napełnia się rurkę szklaną określonej pojemności, z której ciecz badana kroplami wypływa. Określa się liczbę kropel i porównywa się ją z liczbą kropel wody przekroplonej, wypływającej z tejże rurki, która to liczba uważana jest za jednostkę. Liczba kropel wskazuje napięcie powierzchni danego płynu: im więcej kropel, tem napięcie powierzchni płynu jest mniejsze. Krew psów i królików, zarówno krew nieskrzepła, jak i surowica krwi, posiadają mniej więcej jednakowe napięcie powierzchni, dość jednostajne. Napięcie to jednak zmniejsza się, jeśli wywołać u psów i królików mocznicę, bądźto przez wycięcie obydwu nerek, bądźto przez wstrzykiwanie podskórne azotanu uranowego (u królików). Sok tkankowy, wyciśnięty z mięśni zwierzęcia, któremu wypuszczono krew, ma napięcie powierzchni znacznie mniejsze od krwi. Sok żołądkowy i trzustkowy, otrzymane sposobem Pawłowa, a więc w stanie czystym, mają również mniejsze napięcie powierzchni, niż krew; przytem wielkość tego napięcia waha się w pewnych granicach. Napięcie soku żołądkowego mniejsze, niż w warunkach prawidłowych, jest w ostrym nieżycie żołądka, wywołanym przez przyżeganie błony śluzowej azotanem srebrowym. *A. Wrzosek.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Działanie pyrenolu w grypie i pokrewnych chorobach badali w ostatnich czasach Steiner (*Fortschritte der Medizin* 1905, 15), Winterberg (*Wiener klin. Rundschau* 1905, 5) Prof. Maramaldi (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1905, 5) i prof. Fasano (*Archivio di med. e chir.* 1905, 5). W grypie ma być pyrenol szczególnie wskazany, gdyż jest to choroba, w której działanie jego objawia się najwybitniej. Nawet najcięższe, powikłane zapaleniem płuc przypadki przebiegają przy podawaniu pyrenolu bez żadnego innego leczenia pomyślnie. Spostrzeżenia, dokonane na chorych szpitalnych, zdają się świadczyć na korzyść pyrenolu szczególnie dlatego, że oprócz innych leczniczych skutków wpływa on wzmacniająco i podniecająco na serce, mając zapobiegać przez to zapadowi w toku grypowego zapalenia płuc; dalej, że będąc lekiem wykrztuśnym, zmniejsza on równocześnie wydzielinę, a jako lek przeciwgorączkowy nie działa zbyt nagle, nie wywołuje potów i osłabienia, lecz sprawia stopniowy, łagodny spadek gorączki. Sposób podawania pyrenolu jest łatwy; stosownie do wrażliwości chorego można podać roztwór czysty lub ze środkami, poprawiającymi smak, lub też kołaczyki, cena zaś nie jest wysoką (1 mk. za 20 kołacz.). Na główne objawy grypy: bóle, gorączkę i kaszel wpływać ma pyrenol skutecznie przez zawarty w nim thymylester kwasu bedźwinowego i kwas benzoylo-salicylowy; nadto produkta wydzielnicze pyrenolu działają odkażająco w przewodzie pokarmowym i drogach moczowych. Dawka pyrenolu zależy od ciężkości przypadku i poszczególnych objawów. Chcąc uśmierzać gorączkę, podaje się co trzy godziny półgramowy kołaczyk, co wystarcza, by ciepłota stale się obniżyła, przyczem tętno nie przekracza 80—90 uderzeń. Wobec kaszlu i trudnego wykrztuszania zaleca się po 0,5 gr. kołaczyku co 4 godziny. Natomiast dla ukojenia bólów potrzeba dawek większych, a rzadszych, 3—4—5 razy dnia po 1·0 w kołaczykach lub w roztworze 10: 200 z dodatkiem olejku miętowego lub syropu malinowego. Wreszcie można też dodawać pyrenol do kawy lub mleka, które muszą jednak być studzone, bo ester kwasu bedźwinowego ulatnia się w wyższej ciepłocie. Największym zwolennikiem pyrenolu, wyrabianego przez instytut chemiczny Dra Horowitza w Berlinie, jest Winterberg, według którego lek ten ma być najskuteczniejszym obecnie środkiem w grypie i pokrewnych sprawach. *Hr.*

Maltoferyna należy do szczęśliwie pomyślanych przetworów żelaza, skombinowanego z fosforem, maltozą i ciałami białkowatemi. Według Kabrhela zawiera 4·99 żelaza, 3·34 fosforu, 22·87 prc. maltozy i 15·96 ciał białkowatych. Są to pierwiastki, znakomicie wpływające na odnowę krwi, skrzepiające układ nerwowy i podnoszące stopę ogólnego odżywienia ustroju. Maltoferyna jest proszkiem żółtawej barwy, miłego smaku i słodowego zapachu; łatwo rozpuszcza się w wodzie, mleku, kawie, herbacie, zupie, co znakomicie ułatwia jej stosowanie; nie posiada żadnych ubocznych a ujemnych wpływów na inne narządy, w szczególności na przewód pokarmowy, który lek ten wyśmienicie znosi. Maltoferynę najlepiej zapisywać w proszkach (20·0 na 20 proszków, używać 3—4 proszków dziennie), albo w pigułkach (10·0 z odpowiednią ilością syropu i proszku obojętnego na 60—90 pigułek, używać 6—9 pigułek dziennie). Maltoferyna znakomicie wpływa na podkopane odżywienie u dzieci, szczególnie krzywiczych; wewnętrzne leczenie maltoferyną u dzieci

korzystnie wspierają słodowe kąpiele z „malto", 1 do 3 klgr. na kąpiel. Maltoferynę wyrabia fabryka czeska Dra Rejthárka w Král. Městci. *Hekim.*

Wartość leczniczą teofiliny rozpatruje na zasadzie statystyki, obejmującej 855 przypadków, Sommer z Mannheimu (*Therap. Monatschr.* 1905, 6). Statystykę tę zebrał on jednak z odpowiedzi na kwestyonaryusz, rozesłany między lekarzy przez fabrykę Boehringera, nie jestto więc materyał jednolity. Większość zapytywanych lekarzy wyraża się o teofilinie korzystnie, aczkolwiek zdarzają się przypadki, w których lek ten wywiera niemiłe skutki uboczne. Teofilina działała moczopędnie dobrze, a nieraz wywierała skutek i tam, gdzie inne pokrewne leki już zawiodły; wskazaną jest wobec puchliny w toku wad sercowych i przewlekłego zapalenia nerek. Skutki uboczne teofiliny objawiają się w postaci zaburzeń trawienia i zboczeń nerwowych; przez stosowny dobór przypadków i dawek leku można jednak, zdaniem Sommera, złym skutkom zapobiedz. Dwa przypadki śmierci, spostrzegane po teofilinie, nie były, zdaniem Sommera, w związku z podaniem tego leku; w jednym bowiem z nich, u 16-letniego młodzieńca, należy za przyczynę śmierci uważać bardzo ciężką sprawę w nerkach samą przez się, drugi zaś przypadek dotyczył 76-letniego starca. Teofilinę można łączyć z naparstnicą lub gorzykwiatem, przez co jeszcze więcej zmniejsza się niebezpieczeństwo złych skutków ubocznych. *Zl.*

Kolargolem miał wyleczyć Weissmann już dawniej (*Ärztl. Rundschau* 1903, 15) 9 przypadków zakażeń połogowych i 1 zapalenie otrzewnej, po skrobance powstałe. Obecnie, zestawiając 50 prac o kolargolu, przytacza W. 24 dalszych własnych spostrzeżeń (*Therap. Monatshefte* 1905, 8). Z tych było 8 przypadków zapalenia naczyń limfatycznych po skaleczeniach i ukłuciach owadów i 3 przypadki róży, wszystkie wyleczone w 2—6 dniach zapomocą maści Credego. Z 4 ropowic jedna skończyła się mimo leczenia śmiercią, 3 zaś wyleczeniem, jednakże oprócz maści Credego użyto w nich leczenia chirurgicznego. Zakażeń połogowych leczył W. kolargolem 5; z nich 3 skończyły się śmiercią, zdaniem W. dlatego, że otoczenie chorych nie zgodziło się dość wcześnie na wstrzyknięcie kolargolu do żył; z 2 wyleczonych używano raz takich wstrzyknięć, a raz maści Credego (30 gr.). Na resztę spostrzeżeń W. złożyły się: czyraki, zakaźne zapalenie skóry i zapalenie gruczołów limfat., wszystkie wyleczone kolargolem. *H.*

Novargan w postaci codziennych wkraplań ½ cm. sz. 15 prc. roztworu poleca Lucke (*Monatschr. f. Harnk. und sex. Hyg.* 1905, 7) do poronnego leczenia wiewióra, do czego jednak należy dobierać przypadki według znanych reguł. W ostrym wiewiórze zaleca L. zaczynać od 0·2 prc. roztworu novarganu i dochodzić do 0·5 prc., trzymając się zresztą przepisów, zalecanych przy użyciu protargolu. Trzecia część przypadków nie nadaje się jednak do leczenia novarganem z powodu rychłych objawów podrażnienia. W czwartym tygodniu leczenia zaleca się pomiędzy wstrzykiwaniami novarganu stosować inne środki. Po 4—6 tygodniach znikają przy tem leczeniu dwoinki bezpowrotnie. Natomiast nie nadaje się novargan wcale do leczenia wiewióra przewlekłego. *H.*

Mesotan w cierpieniach gośćcowych stosował w licznych przypadkach Kieffer (*The therap. Gaz.* 1905, 3) i stwierdził, że lek ten doskonale uśmierza bóle zarówno w gośćcu stawowym ostrym, jak i w wiewiórowych, oraz kiłowych zapaleniach stawów. W gośćcu stawowym podostrym i przewlekłym trzeba było stosować mesotan kilka razy dziennie. Najlepsze wyniki były w gośćcu mięśniowym; natomiast nie było żadnego skutku w nerwobólach i rwie kulszowej, a tylko niepewny skutek w zapaleniu stawów zniekształtniającem. Autor ostrzega przed wcieraniem mesotanu, które łatwo wywołuje przykre zapalenie skóry; wystarczą pędzlowania mesotanem pół napół z oliwą. *B.*

Dalsze badania nad **isopralem** potwierdzają to, o czem pouczyły dotychczasowe doświadczenia z tym lekiem. Należą tu spostrzeżenia Piniego (*Gazz. degli osp.* 1905, 61) u obłąkanych, u których lek ten zawodził tylko w najcięższych postaciach podniecenia, u których zaś zresztą podawać trzeba większe dawki, do 2 gr. dziennie; skutek nasenny jest jednak pewny w bezsenności, zdarzającej się u obłąkanych z najrozmaitszych przyczyn. Na serce nie działa isopral nietylko szkodliwie, ale nawet zdaje się wpływać dodatnio. Podobnie dobre wyniki spostrzegał po isopralu Mangelsdorf (*Rozpr. dokt.* Lipsk, 1905) u głuptaków; zaleca on podawać isopral w perełkach gelatynowych lub w postaci kołaczyków dla zupełnego zakrycia smaku i zapachu leku. *B.*

VI. Projekt Wydziału lekarskiego we Lwowie za panowania Maryi Teresy.

Napisał

Władysław Szumowski.

(Na podstawie aktów cesarskiej kancelaryi nadwornej [1]).

Uniwersytet lwowski, założony w roku 1784 przez cesarza Józefa II, był przedmiotem obrad we Wiedniu jeszcze za panowania Maryi Teresy. Wolf, a z nim i Finkel [2]), który miał do rozporządzenia tylko akta gubernialne, podają, że w roku 1774 powzięła cesarzowa myśl ufundowania Uniwersytetu w Galicyi. Jednakże w aktach, znajdujących się we Wiedniu w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i w Ministerstwie Oświaty, są liczne dowody, że już w roku rozbiorowym 1772 założenie w Galicyi Uniwersytetu było przez cesarzową rozpatrywane. Szczególną uwagę odrazu poświęciła inicyatorka epokowych reform lekarskich van Swietena opłakanemu pod względem zdrowotnym stanowi Galicyi, któremu towarzyszył brak lekarzy i położnych, a jednocześnie nieograniczona samowola w sprzedaży leków i w wykonywaniu praktyki. Temu w myśl życzeń cesarzowej miały zaradzić obok organizacyi służby sanitarnej wykładane w Galicyi nauki lekarskie. Dnia 22 grudnia 1772 roku pisano z Wiednia do gubernatora Pergena, iż w tym celu postanowiła cesarzowa, że dwaj „umiejący po polsku lekarze", Krupiński i Spaventi, przybędą do Galicyi i wszystko, co należy do zakresu medycyny, według reform van Swietena zorganizują. „Gdy nadejdzie pora otworzenia tam Uniwersytetu, to ci dwaj lekarze, jako profesorowie mają wykładać" [3]).

Wiemy [4]), że istotnie Jędrzej Krupiński i Jan Franciszek Spaventi zaraz na początku roku 1773 otrzymali nominacyę na lekarzy krajowych (*medici provinciales*), przybyli do Lwowa i rozciągnęli dozór nad nieumiejętną praktyką i niedozwoloną sprzedażą leków. Jednocześnie zaś myślano o nauczaniu. W archiwum Ministerstwa Oświaty znajduje się pierwszy projekt Wydziału lekarskiego we Lwowie, ułożony przez Jędrzeja Krupińskiego, Polaka, który na stanowisku lekarza krajowego, a później protomedyka, nigdy sprawozdań swoich inaczej nie pisał, jak po łacinie. Projekt ten znajduje się w sprawozdaniu, które Krupiński dnia 30 maja 1773 roku złożył Pergenowi.

W celu poprawy stosunków w Galicyi proponuje Krupiński między innemi następujące punkta, które podaję w przekładzie: I. „Trzeba o ile możności rozpocząć wykłady, żeby się tu mogły kształcić osoby, znające warunki klimatyczne kraju [5]) i język polski, który dla lekarzy jest koniecznie potrzebny. W tym celu należy przysłać z Wiednia dwóch dobrych profesorów, z których jeden wykładałby chemię i botanikę i z czasem pomyślałby też o założeniu ogrodu botanicznego, a drugi anatomię. Ja zaś i pan Spaventi weźmiemy na siebie cztery przedmioty, mianowicie patologię praktyczną i teoretyczną, materyę medyczną i fizyologię. Żeby to można było uczynić, potrzebne są jednak przedtem niektóre urządzenia: chemik potrzebuje pracowni chemicznej i przyrządów; anatom narzędzi do preparowania ciał, oraz odpowiedniego miejsca, gdzieby swoje demonstracye słuchaczom wyjaśniał; profesor patologii potrzebuje szpitala na pewną liczbę chorych, którzyby mu służyli do wykładów patologii praktycznej; fizyologia, materya medyczna i patologia teoretyczna mogą być wykładane w tych samych miejscach, co i wyżej wymienione przedmioty, byle tylko dobrze rozłożyć godziny w ciągu dnia.

[1]) Akta te znajdują się częścią w archiwum Minist. Spraw Wewn., częścią w archiwum Minist. Wyznań i Oświaty. Obu Wysokim Ministerstwom za pozwolenie korzystania z aktów składam podziękowanie.

[2]) Finkel: Historya Uniwersytetu lwowskiego, str. 43—44.

[3]) Z referatu z 5 marca 1776 roku radcy gubernialnego i zarazem sanitarnego referenta barona Raigersfelda, który przedstawiał dworowi, co dotychczas zrobiono w Galicyi pod względem lekarskim (Minist. Spraw Wewn. karton 939).

[4]) Finkel: Historya Uniwersytetu lwowskiego, str. 36.

[5]) ...constitutionem regionum...

II. „Żeby to wszystko jednak było w należytym porządku, trzeba ustanowić prawa, którymby członkowie Uniwersytetu podlegali, oraz przywileje, któreby im przysługiwały.

III. „Dlatego też jest pożądanem, żeby nam przysłano w skróceniu prawa i urządzenia Wydziału wiedeńskiego, by na jego wzór można było, zmieniwszy to, co będzie ze względu na miejsce i okoliczności koniecznem, wszystkie nauki tutaj ustanowić“.

Projekt ten cały uzyskał przychylną opinię Pergena, który listem z dnia 11 czerwca 1773 roku, pisanym do kanclerza, księcia Kaunitza, przesyła projekt Krupińskiego do Wiednia i prosi o nadesłanie ustawy Uniwersytetu wiedeńskiego, oraz o wybór dwóch lekarzy, umiejących po polsku, do wykładów chemii, botaniki i anatomii, „żeby zaraz potem można było założyć mały Wydział lekarski i zaprowadzić prawdziwy porządek“.

Ale Kaunitz nie pochwalił tego projektu w całości. Wprawdzie godził się na posłanie do Galicyi jeszcze dwóch lekarzy-profesorów, mimo że to kosztów przysporzy skarbowi, jednakże sądził, że zakładać we Lwowie formalny Wydział lekarski jest jeszcze za wcześnie i że z tem lepiej poczekać aż do chwili, kiedy się będzie fundowało cały Uniwersytet.

W myśl sprawozdania Kaunitza zapadło też 9 lipca postanowienie cesarzowej, nakazujące wyszukać dwóch lekarzy do wykładów chemii, botaniki i anatomii, lecz przeciwne na razie zakładaniu formalnego Wydziału lekarskiego we Lwowie. O pracowni chemicznej, prosektoryum i szpitalu, których pragnął Krupiński, nie było oczywiście wcale mowy; trzeba było bowiem pierwej Wydział, wymagający kosztów, postanowić w zasadzie.

Lecz i ci dwaj profesorowie, przyjęci przez cesarzową, nie mieli nigdy we Lwowie rozpocząć wykładów, o których mówi decyzya. Z protokółów[6]) (akta odnośne się nie zachowały), widać, że już sam wybór nastąpił nie odrazu, gdyż trudno było Störckowi, dyrektorowi wiedeńskiego Wydziału medycznego, w pierwszej chwili znaleźć między słuchaczami medycyny we Wiedniu odpowiednich kandydatów. Dopiero na powtórne żądanie cesarzowej wybrał Störck takich dwóch, którzy mieli jeszcze rok do ukończenia nauk, zaczem zawiadomiono Pergena w październiku 1773 r., że wykłady chemii, botaniki i anatomii mają być jeszcze na jeden rok odłożone, „aż dwaj wybrani polscy studenci otrzymają stopnie doktorskie“. Ale i po upływie roku tych wykładów nie rozpoczęto. Kto byli ci dwaj wybrani, protokóły w przytoczonych miejscach nie mówią; gdzieindziej jednak mamy dowody, że do anatomii był wybrany Jakób Kostrzewski, który, prosząc w roku 1776 o fizykat w Galicyi, mówi, iż miał obiecane wykłady anatomii i do niej się przez dwa lata szczególnie we Wiedniu przykładał[7]) i który później był profesorem fizyologii (nie anatomii) w Uniwersytecie lwowskim[8]); do chemii zaś i botaniki był wybrany Jan Jaśkiewicz, któremu 9 lipca 1776 roku odpowiada gubernium, że katedry chemii i botaniki nie dostanie, ale „na mocy najwyższej decyzyi tem niech się pocieszy, że jego będzie się miało na względzie, gdy zawakuje fizykat“[9]). Jest to ten Jaśkiewicz, który został wkrótce profesorem chemii i historyi naturalnej w Krakowie[10]) i którego wykładów słuchał później Jędrzej Śniadecki[11]).

Ani Kostrzewski nigdy nie wykładał anatomii, ani Jaśkiewicz chemii i botaniki we Lwowie, mimo że to było w roku 1773 postanowione. Wykłady nauk lekarskich przed r. 1784 ograniczały się tylko do niższego nauczania cyrulików i położnych w *colegium medicum*. Nie pomogło nic, że Krupiński podaną w projekcie z r. 1773 liczbę czterech profesorów medycyny sprowadził w innym projekcie z roku 1775 do trzech, z których jeden wykładałby anatomię z fizyologią, drugi chemię, botanikę i materyę medyczną, trzeci zaś patologię teoretyczną i praktyczną[12]): teraz już i w gubernium projekt całkowitego Wydziału medycznego nie zyskał uznania. Referent sanitarny w gubernium Raigersfeld w sprawozdaniu z 5 marca 1776 roku[13]) pisze do dworu, że, jeśli się zważy, jak mało Polaków oddaje się medycynie i jak mało mają książek lekarskich, to trzeba wyznać, że naród ma bardzo mały pociąg do tej nauki; trudno tedy doradzać fundowanie zupełnego Wydziału lekarskiego we Lwowie. O rozbudzeniu zamiłowania do medycyny tak, jak to miał później pokazać Jędrzej Śniadecki w Wilnie, nie mogło tam być mowy.

[6]) Prot. kancel. nadwornej z roku 1773, Nr. 841 i 1090 (Min. Spraw Wewn.).
[7]) Min. Sp. Wew., karton 939, akta organ. sanit. z r. 1776, lit. O.
[8]) Finkel: *l. c.* str. 104.
[9]) Protokół gubernialny w Namiestnictwie 1776, Nr. 2851.
[10]) Gąsiorowski: T. III. str. 19, 40, 156.
[11]) Wrzosek: Zarys życia Śniadeckiego, str. 8.
[12]) Minist. Spraw Wewnętrznych, karton 939, akta organ. sanit. z r. 1776, lit M.
[13]) Tamże, karton 939, główny referat Raigersfelda.

VII. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu chirurgów.

(18—23 września 1905.)

(Ciąg dalszy.)

II.

Leczenie przerostu gruczołu krokowego.

L. Rydygier (Lwów) zaleca częściowe wycięcie gruczołu krokowego od strony międzykrocza, jak to podał na Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w roku 1900. Po wprowadzeniu cewnika metalowego nacina międzykrocze w linii środkowej i wycina gruczoł krokowy bez otwarcia cewki moczowej, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie się okaże potrzeba osączkowania (drenowania) pęcherza moczowego, albo wydobycia kamienia. Ten sposób postępowania powinien być operacyą wyboru Nie pozostają bowiem po nim przetoki, leczenie następuje szybko i nie obniża zdolności płciowej. W przypadkach przerostu płata środkowego można go usunąć z boku, jeżeli szypułka jest krótka. Radioterapia nie daje pewnych wyników. Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego wymagają całkowitego wyłuszczenia gruczołu cięciem wysokiem lub od międzykrocza.

M. Harrison (Londyn), nie wdając się w rozprawy teoretyczne, podaje swe zapatrywanie ze stanowiska klinicznego: 1) Cewnikowanie, dokonane przez chorego czy też przez lekarza z zachowaniem przepisów przeciwgnilnych, jest wystarczającem, gdzie się tylko da łatwo przeprowadzić. 2) Zabiegi chirurgiczne są wskazane, jeżeli cewnikowanie sprawia ból i występują ciężkie przypadłości ze strony pęcherza moczowego: parcie na mocz, krwawienie, brak snu, kamica pęcherza odnawiająca się, zatrucie moczowe. 3) Wycięcie gruczołu ze strony międzykrocza mało ma miru w Anglii. Sądzi, że po tej operacyi zawsze występuje utrata czynności płciowych i pewien stopień niedomogi pęcherza. 4) Postępowaniem wyboru w przeważnej liczbie przypadków jest operacya Freyera od strony pęcherza. Można ją wykonać w kilku minutach bez krwotoków i ma się dokładny przegląd tego, co się ma usunąć. Mimo badania i cystoskopii doznaje się niespodzianek po otwarciu pęcherza. 5) Wyleczenie jest gładkie, jeżeli się postara o dokładne osączkowanie nadłonowe. 6) Częściowe wycięcie gruczołu nie dało dobrych wyników i wymagało zazwyczaj powtórzenia operacyi. 7) Wyłuszczenie zapomocą palca według Gilla poprzedziło operacyę Freyera. 8) Śmiertelność po operacyi nadłonowej i ze strony międzykrocza jest równą i wynosi mniej więcej 10%. 9) Wytrzebienie i wycięcie naczyń nieraz zapobiegło wzrostowi gruczołu sterczowego, lecz jak się zdaje nie wpływa na przeobrażenie wsteczne przerosłego

gruczołu. Mimo to przyznać trzeba, że w ten sposób operowani jeszcze w 10 lat dobrze się mieli, operacyi tej zatem zarzucić nie można.

Rovsing (Kopenhaga). Leczenie przerostu gruczołu krokowego bywało w ostatnich latach rozmaite, ale często nieodpowiednie. Operacyi Biera i Bottiniego należy, jego zdaniem, zaniechać i nie uważa operacyi wycięcia gruczołu za wskazaną w każdym przypadku. Trzeba sobie zdać sprawę, że nie idzie o usunięcie przerostu, ale o jego następstwa. W rzeczywistości 80% osobników, dotkniętych przerostem gruczołu krokowego, nie doznaje z tego powodu żadnych dolegliwości. Trzeba przytem pamiętać, że nawet przerosły gruczoł krokowy odgrywa wielką rolę, a zatem dopiero z konieczności poświęcić go możemy. Systematyczne cewnikowanie powinno przeto poprzedzić wszelki zabieg. Jeżeli mięsień pęcherza niedomaga, ograniczyć się należy do starannego cewnikowania, bo wtedy niczego się spodziewać nie można po wycięciu gruczołu krokowego. Jeżeli jednak mięsień pęcherza należycie funkcyonuje, wtedy wskazanym jest zabieg chirurgiczny.

W dyskusyi, która nastąpiła podał Leguen (Paryż), że jedynie wskazanem jest wycięcie gruczołu krokowego zwłaszcza w przypadkach zupełnego zatrzymania moczu, gdzie daje wyniki zadziwiające.

Hartmann (Paryż) operował 58 razy na 658 chorych, którzy się do niego zgłosili. Przemawia za wyłuszczeniem całkowitem gruczołu z cięcia wysokiego. Śmiertelność wynosiła 9%.

Carlier (Lille) przemawia za operacyą od strony krocza tylko w przypadkach, gdzie cięcie brzuszne jest przeciwwskazanem.

Demosten (Bukareszt) opisuje przypadek, operowany z dobrym skutkiem według sposobu Ponceta (cięcie boczne).

Freudenberg (Berlin) przytacza swą statystykę 152 przypadków, operowanych sposobem Bottiniego.

Verhoogen (Bruksela) radzi na podstawie 45 operacyi cięcie wysokie, jeżeli się cystoskopem stwierdzi gruczoł wypuklający się do pęcherza; cięcie boczne zaś, jeżeli się obmacaniem wykaże wypuklenie ku kiszce stolcowej. Jest zwolennikiem jak najdoszczętniejszej operacyi.

Klapp (asystent Biera z Bonn) wyłuszcza zalety znieczulenia lędźwiowego.

Kümmel (Hamburg) uważa za operacyę wyboru cięcie wysokie z następowem zaszyciem pęcherza. Stwierdza jednak, że miał przypadki wyleczenia po trzebieniu.

Albarran (Paryż) oświadcza się jako zwolennik całkowitego wyłuszczenia gruczołu krokowego. Częściowe wyłuszczenie daje wyniki niepewne. Cięciu bocznemu oddaje pierwszeństwo z wyjątkiem przypadków, gdzie się gruczoł wypukla do pęcherza i u ludzi otyłych.

Jaffe (Poznań) przemawia za operacyą Bottiniego w przypadkach bolesnych, połączonych z kurczem zwieracza.

Giordano (Wenecya) podnosi dobre wyniki, jakie się osiąga metodami staremi i dlatego zaleca operacyę Bottiniego. Cięcie boczne zabezpiecza dokładne osączkowanie i jest drogą krótszą, zatem lepsze.

Delagenière (Le Mans) zaleca cięcie wysokie, przytem sączkuje od krocza, zostawiając cewnik komornem.

Frank (Berlin) uważa wycięcie gruczołu krokowego z cięcia wysokiego za metodę przyszłości i zgadza się w zupełności z wywodami Kümmela. (C. d. n.) *Dr. Bogdanik.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

W sprawie udziału lekarzy w komisyach podatkowych wniosła Izba lekarska wiedeńska na wniosek dr. Grüna podanie do ministerstwa skarbu. Podanie to brzmi jak następuje: Wiedeńska Izba lekarska, powołana ustawą z dnia 22 grudnia 1891 Dz. u. p. p. 6/1892 do zastępstwa i obrony interesów zawodu lekarskiego, ma zaszczyt przedłożyć wysokiemu c. k. ministerstwu skarbu następującą prośbę: W ostatnim czasie wpływają do wiedeńskiej Izby lekarskiej często skargi lekarzy na rzekomo niesprawiedliwe opodatkowanie. Z wszystkich tych skarg wynika, że poglądy komisyi, wymierzających podatki, o dochodach lekarzy i stosunkach poszczególnych lekarzy są po części niedokładne, a po części oparte na fałszywych i błędnych informacyach. Z obu przyczyn wynikałoby, że zarówno dla uzyskania dokładnych informacyj, jakoteż dla uchylenia błędów u miarodajnych czynników potrzebni są lekarze, którzyby mogli o stosunkach lekarzy udzielać dokładnych i prawdziwych wiadomości. Izba lekarska podnosi z naciskiem, że zewnętrzne pozory, sposób mieszkania, własne, nieraz przesadzone zeznania lekarzy o ich praktyce często nie mogą być żadną miarą, a przeciwnie wieść mogą z łatwością do błędnych wniosków. Lekarz musi unikać w swym pozadomowym trybie życia wszelkich pozorów ubóstwa, mieszkanie swe musi też urządzić raczej wedle wymagania swoich pacyentów, niż wedle własnej potrzeby. Izba lekarska daleka jest od tego, by zwalczać opodatkowanie lekarzy wedle ich istotnych dochodów, wierzy jednak, że i wysokiemu c. k. Ministerstwu skarbu niemiłem jest niesłuszne opodatkowanie lekarzy. Aby więc wyjaśnić stosunki zarobkowe lekarzy, konieczną jest rzeczą powołać do komisyi, wymierzających podatek zarobkowy i osobisto-dochodowy, dobrze poinformowanych lekarzy. Dotychczasowe doświadczenie uczy, że na mężów zaufania powołani bywają zwykle lekarze, którzy przypadkowo cieszą się znajomością wyższych urzędników podatkowych w powiecie. Koledzy ci, — pewno nie wszyscy, ale bardzo wielu, — nie są znani przeważnej ilości lekarzy w powiecie, albo też na odwrót nie znają bardzo wielu lekarzy swego powiatu. I dlatego jest rzeczą niemożebną, aby ci lekarze mogli słusznie wyrokować o stosunkach osobistych albo zarobkowych poszczególnych lekarzy. Stan taki jest więc niewłaściwy i wiedzie do tego, że wymiary podatkowe wypadają raz na korzyść, innym razem na niekorzyść wielu lekarzy, a z pewnością nie wedle zasady sprawiedliwości. Ta okoliczność, która nie może być obojętną także poczuciu sprawiedliwości wysokiego c. k. Ministeryum skarbu, skłania wiedeńską Izbę lekarską do następującej prośby: Wysokie c. k. Ministeryum skarbu raczy z przysługującej mu mocy na podstawie ustawy z d. 25 października 1896 Dz. u. p. p. Nr. 220, § 6, al. 4 i § 179, alinea 3 przy układaniu listy członków komisyi podatkowych mianować dla poszczególnych powiatów lekarzy, których Izba lekarska wskaże. Albowiem Izba lekarska jest w tem położeniu, że może wskazać w każdym powiecie tych godnych zaufania i bezstronnych lekarzy, którzy mając dokładne wiadomości o większości kolegów, pomogą sprawiedliwości w każdym względzie zwyciężyć. Izba, zanosząc tę prośbę, nie dąży wcale do zamianowania członkami komisyi podatkowych obrońców interesów zawodowych lekarskich, ale odpowiednich informatorów. W niektórych powiatach uwzględnili już nadradcy skarbowi prośbę lekarzy i przedstawili wysokiemu c. k. Ministerstwu skarbu do zamianowania lekarzy, wskazanych przez towarzystwa powiatowe, w innych zaś powiatach odrzucono prośbę lek. stowarzyszeń powiatowych. Izba lekarska jest przekonaną, że wysokie c. k. Ministerstwo skarbu uwzględni słuszną prośbę Izby tem bardziej, że dąży ona do urzeczywistnienia zasady równomierności i sprawiedliwości w opodatkowaniu lekarzy. *Stahr.*

O stosunku między lekarzami kąpielowymi, a ich kolegami praktykami podał A. Mouillot, lekarz praktykujący w znanej angielskiej miejscowości kąpielowej Harrogate, ciekawe uwagi w „Brit. med. Journal" z 5 sierpnia b. r. Uwagi te są zajmujące i dla nas. Autor poucza w nich, jak się ma zachować lekarz-praktyk wobec pacyenta, udającego się do kąpiel. Otóż lekarz-praktyk powinien takiemu pacyentowi podać dokładnie imię i nazwisko, oraz mieszkanie lekarza kąpielowego. Równocześnie należy powiedzieć choremu, że najbliższą pocztą odejdzie list do tego samego lekarza kąpielowego, który będzie zawierał najdokładniejszy opis choroby. Bliższych szczegółów, tyczących się leczenia kąpielowego można choremu udzielić tylko o tyle, o ile są zgodne w zupełności z uwagami, pomieszczonemi w liście do lekarza kąpielowego. Pacyent powinien się zgłosić u lekarza kąpielowego na kilka dni przed swem przybyciem. Lekarz-praktyk zaś powinien napisać list jak najprędzej, by nie zapomniał z biegiem czasu jakiego szczegółu, tyczącego się chorego, a pozatem powinien według możności pozostawić koledze kąpielowemu swobodę działania. Zaniedbanie tych wskazówek spowodować może niemało nieporozumienia. Pacyent, posłany do kąpiel bez adresu i polecenia do lekarza kąpielowego, zdany na łaskę przypadku, udaje się często tam, gdzie mu doradzają osoby nie wtajemniczone, ani znające się na chorobach, ani lekarzach. List, oddany pacyentowi do ręki, dostaje się czasem nie do adresata, bo chory tymczasem postanowił udać się do innego lekarza, który często, nie wiedząc, że chory był do kogo innego adresowany, przyjmuje pacyentów i naraża się u kolegów prakty-

ków na przykre podejrzenia. Otóż dlatego powinien lekarz kąpielowy potwierdzić koledze doń piszącemu w krótkich słowach, że odebrał list i że pacyent do niego się zgłosił. Lekarz kąpielowy nie powinien się sprzeciwiać rozpoznaniu lekarza ordynującego i wystrzegać się określania choroby inną nazwą, chociażby ta inna nazwa właściwie była tylko synonimem rozpoznania, postawionego przez lekarza ordynującego. Jeśliby lekarz kąpielowy stwierdził złośliwe cierpienie, powinien natychmiast donieść o tem lekarzowi ordynującemu. Lekarz kąpielowy winien się uważać za zastępcę kolegi-ordynaryusza na oznaczony czas i naogół powinno leczenie jego i ordynacya kończyć się z ostatnią wizytą w miejscu kąpielowem przy równoczesnem wysłaniu do kolegi-ordynaryusza dokładnej historyi choroby z czasu pobytu chorego w miejscu kąpielowem. Nie powinno się nigdy pacyentowi, który po powrocie do domu zwraca się pisemnie do lekarza kąpielowego o dalsze wskazówki, udzielać jakichkolwiek rad listownie, bo zwykle wynikają stąd wielkie nieprzyjemności. *Stahr.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 19 października.

* Ostatnia wojna przekonała, że Rosya ma za mało lekarzy, że zawcześnie wołano w czasopismach, „dość mamy sił własnych, ażebyśmy potrzebowali przybyszów zagranicznych“ i zawcześnie też położono za warunek cudzoziemskim lekarzom zdawanie egzaminu w języku rosyjskim, co ostatecznie przecięło im drogę do osiedlenia się w Rosyi; na plac boju powołano lekarzy ze stanowisk szpitalnych i innych stałych, często nie liczono się, że przekroczyli 50 ty rok życia, słowem ogołocono kraj z pomocy lekarskiej, a pomimo tego nie uczyniono zadość wymaganiom i potrzebom polowych ambulansów. Społeczeństwo jednak nie uległo nawoływaniom szowinistycznej prasy i musiało odczuwać brak lekarzy, skoro dało i daje tyle moralnego i materyalnego poparcia kobietom, poświęcającym się studyom lekarskim, których liczba zdumiewająco jest wielka w porównaniu z liczbą adeptek medycyny u innych narodów. Uniwersytety szwajcarskie, niemieckie, a po części i francuskie są przepełnione rosyankami tak, że wyłania się tam zamiar pewnego ograniczenia tego napływu, głównie ze względu na szkodę, jaką ponosi w kształceniu się młodzież miejscowa. W liczbie obywatelek rosyjskich, udających się dla studyów medycyny za granicę, polki stanowią poważny odsetek: wszystkie one, zanim udadzą się na Zachód, zgłaszają się na Wydział lekarski Uniw. Jag. i z największą goryczą opuszczają Kraków, wynosząc niczem oczywiście nieuzasadniony żal do Uniwersytetu krakowskiego, bo przecież nie on jest twórcą tej ustawy, która przyznaje prawa zwyczajnych słuchaczek wydziału lekarskiego tylko obywatelkom austryackim, posiadającym austryackie świadectwo dojrzałości; przeciwnie, Uniwersytet Jagiell. przedstawił ministerstwu oświaty swoje pod tym względem zapatrywanie wręcz przeciwne duchowi wzmiankowanej ustawy. Boć trudno naprawdę w tej ustawie domyśleć się celu państwowo-politycznego lub naukowo-pedagogicznego: rząd miał jedną wytkniętą drogę, albo szczelnie zamknąć przed kobietami drzwi uniwersytetów, albo je otworzyć na oścież; ale pozostawienie wązkiej szczeliny, przez którą jedne się przepuszcza, a przed drugiemi drzwi zatrzaskuje, to budzi uczucie doznanej niesprawiedliwości i wywołuje wrażenie, że się ulega nie ustawie, lecz jakiemuś zarządzeniu wyjątkowemu, prohibicyjnemu, zwłaszcza, że ustawa nie obejmuje innych wydziałów, a w całej Europie sprawa wykształcenia uniwersyteckiego kobiet jest już ostatecznie zasadniczo i praktycznie rozstrzygnięta. Albo lekarze kobiety są dla społeczeństwa niepotrzebne i szkodliwe, to pocóż je zaprowadzać u siebie, albo są pożyteczne i pożądane, to dla czegoż odmawiać tej korzyści obcym, zwłaszcza, gdy ma się z tego pewny pożytek, a nigdy żadnej szkody: wszak dumnym powinien czuć się każdy naród, który zapomocą swych instytucyi naukowych zaszczepia u obcych swoje myśli, szerzy znajomość swego języka, pozyskuje na obczyznie życzliwych i wdzięcznych; wszak szczęśliwym jest kraj, który, ściągając do swych granic cudzoziemców, podnosi się ekonomicznie i rozszerza pole swej wytwórczości.

Największą atoli szkodę z tej ustawy ponosimy my — polacy, w szczególności kobiety nasze, odgrywające w społeczno-politycznem bycie narodu tak wybitną rolę. Usuwając się na lat kilka z pod zbawiennego wpływu środowiska rodzinnego i narodowego, przebywając w wirze potężnych a obcych jej prądów intelektualnych, studyując w obcym języku, czy młoda dziewczyna, nie zawsze umysłowo odporna — bo młoda, nie ulegnie przeobrażeniom duchowym, czy nie skazi czystości polskiej myśli, polskiej duszy? Patrzymy obojętnem okiem na wywożony dobytek z ubogiego kraju, na kosmopolityzowanie się kobiety polskiej, a jednak tę bierność wobec istnienia dwóch polskich wszechnic odczujemy i wypomną nam ją kiedyś dzieje oświaty w Polsce. Zasłaniamy się ustawą: wszak wszyscy szanujemy ustawy i nikt nie nawołuje do ich łamania; ale czyśmy wyzyskali drogi prawne i dozwolone do złagodzenia tej ustawy? wszakże rząd austryacki składa dowody, że potrafi uwzględnić niektóre osobliwości pojedynczych krajów w zakresie oświaty, a wystarczy tu powołać się na organizacyę galicyjskiej Rady szkolnej i szkolnictwa galicyjskiego. Przekonani jesteśmy, że inicyatywa w tym kierunku obu naszych uniwersytetów, poparta wpływami władzy autonomicznej, a zwłaszaza „Koła Polskiego“, nie pozostałaby bez wpływu dodatniego na zmianę tego zarządzenia, tyle szkodliwego nie tylko dla interesów narodowych, lecz i dla samych wszechnic galicyjskich, którym uniemożebnia spełnienie jednego z wyższych zadań narodowej oświaty.

* Kol. doc. Droba zawiadamia, że „na życzenie kilku kolegów rozpoczyna wykłady w bieżącym półroczu szeregiem odczytów, połączonych z ćwiczeniami praktycznemi „O bakteryologii i epidemiologii cholery azyatyckiej“. Ta grupa wykładów będzie publiczną. Koledzy, życzący wziąć udział w tej pierwszej grupie wykładów, zechcą się porozumieć z dr. Drobą listownie lub w zakładzie prof. Nowaka (ul. św. Jana, 20, I p.) codziennie, między godz. 11 a 12 w południe.

* Towarzystwo balneologiczne polskie postanowiło na posiedzeniu w dniu 15 b. m. odnieść się do Wydziału krajowego z przedstawieniem, ażeby zamierzona nowela do ustawy zdrojowiskowej nie została przedłożona W. Sejmowi do uchwalenia bez uprzedniego wysłuchania głosów interesowanych, zwołanych na umyślną w tym celu ankietę.

* Wydział lekarski Uniw. Jag. powierzył zastępcze prowadzenie kliniki lekarskiej krakowskiej prof. Waleremu Jaworskiemu.

* Na dzień 13—X, t. j. w rocznicę śmierci Marcelego Nenckiego, zapowiedziano odsłonięcie bronzowego popiersia wielkiego uczonego w hali wchodowej oddziału chemicznego Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

* Warszawski miesięcznik „Zdrowie“ obchodzi 20 ty rok swego istnienia. Pierwszy Nr. wyszedł 1 października 1885 pod redakcyą dr. Józefa Polaka, który do dnia dzisiejszego pełni zbawienną działalność na polu higieny Królestwa Polskiego. „Zdrowie“ poszczycić się może, że dzięki przekonywającej propagandzie przez redakcyę tego miesięcznika doszły do skutku w Warszawie Wystawy higieniczne, a rozbudzony ruch naukowy i społeczny doprowadził do zorganizowania w r. 1898 tyle dziś zasłużonego Towarzystwa higienicznego, które w r. 1900 objęło „Zdrowie“ na własność, a redakcya przeszła w ręce dr. Wład. Janowskiego. Obecnym redaktorem „Zdrowia“ jest dr Leon Wernic.

* Zakład dermatologiczny dr. Kozerskiego w Warszawie wzbogacił się w bardzo ważne przyrządy i posiada gabinet do leczenia promieniami Roentgena, promieniami niebieskiego światła lampy „Dermo“, promieniami radu, lampą Finsena i t. d.

* Kalendarz lekarski krakowski wyjdzie w m. grudniu pod kierunkiem dr. Teodora Cybulskiego.

* Wyszedł III tom dzieła dr. Alfreda Sokołowskiego p. t. „Wykłady kliniczne chorób oddechowych“. Część I: Choroby opłucnej i śródpiersia. Część II: Suchoty płucne. (Warszawa, 1906. Cena rb. 5, w oprawie 5·50).

* W ostatnim Nr. „Nowin lekarskich“ znajdujemy bardzo zajmującą i pouczającą rozprawę prof. dr. Macieja Jakubowskiego p. t. „Zarys postępu pedyatryi i rozwoju Szpitali dziecięcych w Polsce w XIX stuleciu“.

* W Paryżu między 30/IV a 3/V 1906 odbędzie się Zjazd dla powściągnięcia bezprawnego wykonywania zawodu lekarskiego.

* Czwarty międzynarodowy Kongres dla medycyny ubezpieczeniowej odbędzie się od 11 do 15 wrześnie 1906 r. — w Berlinie.

* Międzynarodowy Kongres chorób zawodowych odbędzie się w czerwcu 1906 r. w Medyolanie. Prace oryginalne przyjmuje Komitet do 31/XII 1905 (Milano via Montforte. Prof Luigi Devoto).

* Między 24 a 30 września stwierdzono urzędownie dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim, czortkowskim, drohobyckim, horodeńskim, kołomyjskim, kamioneckim, stanisławowskim i stryjskim — po jednej gminie w każdym powiecie.

Mianowania i odznaczenia Ordynator szpitala św. Jana Bożego dr. Rosental mianowany został starszym ordynatorem tegoż szpitala. W Baltimore mianowani zostali profesorami medycyny: dr Craighill, dr. Gichner, Atkinson. Profesorem urologii w Marylandzie mian. dr. Bond. W Glasgowie prof. medycyny mian. został dr. Barclay Ness. Prof. fizyologii w Modenie mian. został dr. Patrizzi. W Rzymie prof. patologii ogólnej mian. został Bignami. Dr. Izydor Leiblinger z Tarnopola otrzymał tytuł Radcy cesarskiego.

Nekrologia. Zmarli: Prof. ginekologii Munster w Królewcu.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (wrzesień). Noiszewski: Przyczynek do patologii jaglicy.

— *Nowiny lekarskie* Z. 10. Nowicki: Przyczynek do utkania t. zw. raków mięsakowatych *(sarcocarcinoma)*. Mięsowicz: Przyczynki do nauki o sprawach septycznych (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 40. Karwacki: Przyczynek do nauki badań cytologicznych nad wypociną stawową w sprawach gośćcowych i rzeżączkowych. Rzętkowski: O wpływie spożywanego mięsa na wydzielanie z moczem ciał alloksurowych (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 39. Jaworski: O wynicowaniu i wypadnięciu cewki moczowej u kobiet Latkowski: O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek (dok.). Ziembicki O węgorku jelitowym c. d.) Czarnik: Intubacya i tracheotomia na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie w latach 1894—1903 (c. d)

— *Kronika lekarska* Nr. 19. Brunner: O stosunku toksyny do antysoksyny (c. d.). Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy *(mycosis)* górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.).

— *Zdrowie* Z. 10 Wernic: Dwudziestolecie zdrowia. Maybaum: Zdrowy człowiek jako źródło zarazy. Popławski: Chleb Dominikiewicz: O badaniu mleka na zafałszowanie wodą. Schmidt: Ocet, wartość jego higieniczna i sposoby odróżniania octu spirytusowego od roztworu esencyi octowej Klocman: Asanizacya sposobem Schwedera kilku domów łódzkich.

— *Głos lekarzy* Nr. 20 zawiera: W sprawie emerytury lekarzy okręgowych. — Dziesięciolecie Izb lekarskich (c. d.). — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905 -- Uwagi nad reformą opieki nad obłąkanymi, zapoczętą przez c. k rząd (c. d.). — Sprawozdanie z Izb i Towarzystw lekarskich.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 41. Haškovec: Neuropathologické příspěvky. Šamberger: Ku pathologii hyperkeratos. Zahradnický: Zpráva o chirurgické činnosti všeobecné okresni nemocnice v Něm. Brodě za r. 1904.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 9. Bakeš. Therapie cholelithiasy.

— *La Presse médicale* Nr. 79. Cały Nr. poświęcony sprawozdaniu z międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego. — Nr. 80. Landouzy: Gruźlica osób trudniących się praniem i prasowaniem. Letulle: Zmiany gruźlicze w płucu ludzkiem Albarran: Gruźlica nerek. Bonnaire: Wpływ połogu na gruźlicę.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 41. Noorden i Schliep: Indywidualizowane dyatetyczne leczenie dny. Hampeln: Rwa kostna w zakresie klatki piersiowej. Mendel: Dwie pary sióstr, cierpiących na chorobę Friedreicha. Hirschberg: Leczenie nabłoniaka skóry bezpośredniem działaniem promieni słonecznych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 41 Bartel: Znaczenie gruczołów chłonnych, jako narządów ochronnych przeciw gruźlicy. Kraus: Przyczynek do etyologii, patologii i doświadczalnej terapii kiły. Waelsch: Uwagi nad przyczynkami dr. Mercka p. t.: O „cytoryktes kiły. Klein: Swoistość erytroprecypityny. Hockauf: Mniemane zatrucie piestrznicą jadalną *(Lorchel, helvella esculenta)*.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 41. Treupel Uwagi nad rozpoznaniem, rokowaniem i leczeniem chorób serca. Edlefsen: Dalsze badania nad wpływem światła słonecznego na substancye fluoryzujące. Schmidt. Nowe spostrzeżenia w celu wyjaśnienia i racyonalnego leczenia przewlekłego nawykowego zaparcia stolca. Eckert: O styrakolu w leczeniu gruźlicy płuc. Freund: O digalenie. Klemm: O powstawaniu torbieli z resztek wyrostka robaczkowego. Simon: Śródbrzuszne skręcenie sieci. Rothfuchs: Przypadek urazowego pęknięcia dróg żółciowych. Bassewitz: Czy świerzbowiec ludzki odgrywa jaką rolę w szerzeniu się trądu? Frey: Przypadek wielkiego zwolnienia tętna. Elschnig: O schorzeniach oczów wskutek samozakażenia.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr 41. Rosenheim: Leczenie kamicy żółciowej. Minkowski: Odosobnione porażenia mięśnia brzusznego na tle zapalenia nerwu. Grossmann. Wypadek a stwardnienie rozsiane. Haeckel: Podwiązanie żyły nasiennej i podbrzusznej w ropnicy połogowej. Schlesinger: O prostatektomii. Försterling: Odosobnione podskórne pęknięcia długich kości rurkowatych. Siebert: O krętku bladym.

Redakcya otrzymała: Popławski: Metale szkodliwe w wodzie sodowej Dominikiewicz: 1) O sokach i syropach owocowych. 2) O badaniu mleka na zafałszowanie wodą. Klocman: Asanizacya sposobem Schwedera kilku domów łódzkich. Schmidt: Ocet, wartość jego higieniczna i sposoby odróżniania octu spirytusowego od roztworu esencyi octowej. Maybaum: Zdrowy człowiek jako źródło zarazy. Popławski: Chleb. Kohn: Mocz jako źródło zarazy.

Wszystkie te wyżej przytoczone prace zostały wykonane w chemiczno-bakteryologicznej pracowni dr. Serkowskiego w Łodzi.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 41 (od dnia 8. X do 14. X) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 20, dziew. 28; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 16, kob. 13; zamiejscowych: męż. 12, kob. 6.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 1. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1 ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem:** miejscowych 29, obcych 18.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: orginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.

SYRUP HYPOPHOSPHIT
comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mraček**a**, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej **w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.**

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.



Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.
Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.
Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.
Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku. 159
Dwie flaszki wysyłam franco
(Preparat ten wydaje się jedynie na przepis lekarza).

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PLĄSKOWSKIEGO, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim w terminie od dnia 1 Kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda około rub. 500. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie" (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dowizami. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora. 104

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Rok XLIV. Kraków 28 Października 1905. Nr. 43

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Nabłoniak złośliwy kosmówki *(chorionepithelioma malignum)* w świetle nowszych badań.

Podał

Dr. L. K. Gliński.

(Podług wykładu habilitacyjnego, wygłoszonego w d. 12 grudnia 1904).

Wśród grupy nowotworów wogóle, nowotworów zaś złośliwych w szczególności, do pewnego stopnia zupełnie odrębne stanowisko zajmuje nowotwór, znany w nauce pod nazwą nabłoniaka złośliwego kosmówki (*chorionepithelioma malignum*), nowotwór, powstający skutkiem rozrostu składników jednej z błon płodowych w ustroju matki. Jakkolwiek nowotwór ten spotyka się u człowieka niezbyt rzadko, zarówno w praktyce klinicznej, jak i na stole sekcyjnym, to jednak dziwnym zbiegiem okoliczności zwrócono nań po raz pierwszy uwagę dopiero w r. 1876, wyodrębnić zaś go od innych spraw podobnych zdołano zaledwie przed 10—15 laty. Podnieść przytem należy, że mimo bardzo licznych w tym kierunku prac, wiadomości nasze o tej sprawie chorobowej dotychczas nie są jeszcze zupełnie dokładne i obecnie jeszcze wiele punktów w całej tej sprawie pozostaje niewyjaśnionych. A jednak dokładna znajomość tego nowotworu ma niepoślednie znaczenie zarówno czysto naukowe, teoretyczne, jak i pod względem praktycznym: wspomnieć choćby należy, że przy wczesnem rozpoznaniu tego nowotworu i przy odpowiedniem postępowaniu leczniczem (operacyjnem), o ile to wnosić można z dotychczasowych spostrzeżeń, często udaje się zachować przy życiu, a nawet w dobrem zdrowiu osobniki, które bez tego giną już w krótkim stosunkowo czasie po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych [1]), a są to zwykle osobniki młode [2]), w pełni sił życiowych, poprzednio zupełnie zdrowe. Pod względem naukowym, czysto teoretycznym, nowotwór ten zwracać musi na siebie uwagę badacza już choćby z tego względu, iż jest on typowym przykładem, że przez wszczepienie w niewłaściwem miejscu tkanek obcych danemu narządowi rozwijać się może w tym narządzie nowotwór, szerzący się na otoczenie, tworzący liczne przerzuty, w krótkim stosunkowo czasie powodujący śmierć danego osobnika, jednem słowem typowy nowotwór złośliwy, nie różniący się pod względem złośliwości od najbardziej złośliwych znanych nowotworów — mięsaków i raków. Ta zaś okoliczność rzuca bardzo ciekawe światło na sprawę pochodzenia i powstawania nowotworów złośliwych wogóle, na ich właściwą etyologię, która to sprawa ciągle jeszcze jest w nauce powodem licznych sporów.

[1]) W połowie przypadków przed upływem 6 miesięcy od chwili wystąpienia pierwszych objawów.

[2]) Połowa znanych przypadków przypada na wiek 20—30 lat.

Pierwsze wzmianki w nauce o nabłoniaku złośliwym kosmówki znajdujemy w r. 1876. W tym to roku Maier opisał pod nazwą docześniaka (deciduoma) 2 przypadki nieznanego poprzednio cierpienia macicy; jednakże autor ten nie był jeszcze w stanie ani należycie ocenić rodzaju, pochodzenia i znaczenia tego nowotworu, ani nawet nie potrafił wyodrębnić go od innych mniej lub więcej doń zbliżonych spraw chorobowych; dość powiedzieć, że na podstawie obecnej naszej znajomości przedmiotu tylko jeden z opisanych przez Maiera przypadków możemy uważać za nabłoniaka złośliwego kosmówki, a i w tym przypadku Maier sądził, że miał do czynienia ze sprawą chorobową dobrotliwą bez większego znaczenia klinicznego. To też dziwić się nie można, że po pracy Maiera powstało w nauce zamięszanie w tym kierunku: jedni autorowie pod nazwą docześniaka opisywali najrozmaitsze sprawy chorobowe, nie mające nic wspólnego z nabłoniakiem złośliwym kosmówki, inni — przeciwnie — przypadki rzeczywistego tego nowotworu opisywali pod rozmaitemi innemi nazwami. Tak n. p. Chiari opisał pod nazwą raka macicy 3 przypadki chorobowe, które zwróciły jego uwagę niezwykłą budową nowotworu, a które, jak to później podniósł sam Chiari, były przypadkami nabłoniaka złośliwego kosmówki.

Dopiero w r. 1889, 1891 i 1893 pojawiły się 3 prace Sängera, który pierwszy zwrócił uwagę na złośliwy charakter tego nowotworu i pierwszy potrafił go wyodrębnić od innych spraw nowotworowych; autor ten uważał za punkt wyjścia nowotworu komórki jednej z błon płodowych — doczesnej (decidua) i zaliczał go do grupy mięsaków, oznaczając go nazwą „deciduo-sarcoma“. Od tego czasu pojawił się w piśmiennictwie cały szereg prac najrozmaitszych autorów, którzy wprowadzili jeszcze większy zamęt do sprawy tego nowotworu, jednocześnie opisując go pod najrozmaitszemi nazwami, jakoto: *deciduoma*, *sarcoma deciduocellulare*, *sarcome angioplastique*, *blastoma deciduo-chorion-cellulare*, *epithelioma chorii*, *sarcoma chorii*, *syncytioma*, *carcinoma syncytiale* i t. d. Niektórzy jednakże z tych autorów już w krótkim czasie po ukazaniu się pierwszych prac Saengera rzucili nieco więcej światła na zupełnie ciemną poprzednio sprawę tego nowotworu. Tak Gottschalk już w r. 1893 zwrócił uwagę na to, iż punktem wyjścia tego nowotworu nie są komórki doczesnej, lecz łącznotkankowe podścielisko kosmków kosmówki przy jednoczesnym jednak rozroście ich powłoki nabłonkowej; tak więc według Gottschalka nowotwór ten należałoby uważać za nowotwór mieszany, powstający skutkiem złośliwego nowotworowego bujania wszystkich składników pewnego narządu, za jaki bądź co bądź uważać należy kosmek kosmówki. Fraenkel w r. 1895 poszedł jeszcze dalej, podniósł mianowicie w swej pracy, iż

nowotwór ten rozwija się skutkiem rozrostu wyłącznie nabłonka kosmków kosmówki, wobec czego uważać go należy za nowotwór nabłonkowy i zaliczać go do grupy raków. Dopiero jednakże w r. 1895 i 1898 pojawiły się dwie prace Marchanda, który pierwszy należycie wyjaśnił sprawę pochodzenia tego nowotworu, dowodnie wykazał, iż powstaje on skutkiem rozrostu obydwu rodzajów nabłonka, pokrywającego kosmek, opisał dokładnie budowę tego nowotworu, nadając mu jednocześnie ze względu na jego pochodzenie nazwę nabłoniaka złośliwego kosmówki (*chorionepithelioma malignum*). Prace Marchanda skłoniły cały szereg innych autorów do dokładniejszego zajęcia się tym nowotworem, do licznych badań w tym kierunku; wszystkie te prace, razem wzięte, wyjaśniły nam obecnie już dość dokładnie budowę anatomiczną i mikroskopową tego nowotworu, wskazały nam drogi jego szerzenia się w ustroju, dały nam wcale wyraźny obraz jego klinicznego przebiegu i możność wczesnego pewnego rozpoznania (zwłaszcza drogą badania mikroskopowego) tej sprawy chorobowej, dały nam pewne wskazania do właściwego postępowania leczniczego, wreszcie bardzo znacznie rozszerzyły pierwotne pojęcie tego nowotworu, wykazując, iż może on występować pierwotnie nietylko w miejscu pierwotnego usadowienia się ciąży, lecz również w znacznej odeń odległości, ba nawet, że spotkać go można również u dziewcząt, które nigdy w ciąży nie były, a nawet u mężczyzn; nieco dokładniej o tem wszystkiem mówić będziemy jeszcze w dalszym ciągu. Niepodobna jest nam tutaj przytaczać i omawiać całego, bardzo licznego, dotyczącego piśmiennictwa, wspomnieć jednakowoż winienem, że i nasi polscy autorowie przyjmowali czynny udział w całym tym ruchu naukowym i przyczynili się również do wyjaśnienia pewnych ciekawych a spornych punktów w całej tej sprawie, że wspomnę tutaj tylko prace Rosnera, Sołowija i Krzyszkowskiego, Stankiewicza, Steinhausa, Świtalskiego i t. d. Podnieść również należy, że pierwszy w Polsce przypadek nabłoniaka złośliwego kosmówki był należycie rozpoznanym za życia w tutejszym oddziale szpitalnym prof. Jordana i opisanym przez prof. Rosnera; pierwsza polska praca, starająca się wyjaśnić etyologię tego zagadkowego nowotworu, wykonaną została również w Krakowie przez prof. Rosnera w zakładzie anatomii patologicznej prof. Browicza.

Co się tyczy klinicznego przebiegu i objawów tego cierpienia, to zwykle (choć nie wyłącznie, jak to zobaczymy w dalszym ciągu) w pewien czas po poronieniu lub po urodzeniu zaśniadu groniastego, rzadziej po ciąży prawidłowej, występują u dotyczącej kobiety bole i zwłaszcza mniej lub więcej silne długotrwałe krwawienia z części płciowych, niekiedy z krótkiemi tylko przerwami; jednocześnie w następstwie krwotoków powstaje ostra niedokrwistość, zjawia się osłabienie, omdlewania i t. d. Badanie przedmiotowe w tych przypadkach wykazuje zwykle w macicy, rzadziej w pochwie, obecność większych lub mniejszych miękkich, dość kruchych, sinoczerwonych mas guzowatych, pozostających w związku ze ścianą danego narządu i sterczących do jego światła; te masy nowotworowe do tego stopnia obfitują w krew, iż niekiedy makroskopowo jest wprost niepodobieństwem rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z tkanką nowotworową, czy też z naciekłemi krwią tkankami normalnemi lub nawet wprost ze skrzepami krwi i dopiero badanie mikroskopowe wykazuje nam rzeczywistą budowę tych mas. Te masy nowotworowe pozostają w związku ze ścianą danego narządu, zwykle za pośrednictwem szerokiej podstawy, wrastają w głąb tego narządu, dochodząc n. p. w macicy niekiedy aż pod otrzewnę i wypuklając ją guzkowato do światła jamy brzusznej. W dalszym przebiegu nowotwór ów szerzy się na otoczenie, a oprócz tego dość szybko tworzą się przerzuty i to najczęściej w pochwie i w płucach, stosunkowo rzadziej w innych narządach, jak: w wątrobie, śledzionie, nerkach, mózgu i t. d. Wśród wzmagającego się osłabienia, wyniszczenia i ciągłych krwotoków w stosunkowo krótkim czasie następuje śmierć. We wczesnych okresach przez odpowiednie postępowanie lecznicze (operacyjne usunięcie nowotworu, a nawet całego zajętego przezeń narządu) niejednokrotnie udaje się utrzymać chorą przy życiu, a nawet, o ile to można wnosić z dotychczasowych spostrzeżeń, w dobrem zdrowiu bez późniejszych nawrotów. Niektórzy autorowie opisują nawet przypadki znikania guzów przerzutowych w płucach po wyłuszczeniu guza pierwotnego, spostrzeżeń tych jednak dotychczas za pewne uważać nie można. Wobec tego, że w odczycie niniejszym nie mamy zupełnie zamiaru zajmować się kliniczną stroną nabłoniaka złośliwego kosmówki, ograniczyć się musimy tylko do kilku powyższych najogólniejszych uwag, a obecnie musimy się zastanowić nad budową tego nowotworu.

Aby jednak zrozumieć należycie histologiczną budowę nabłoniaka złośliwego kosmówki, winniśmy sobie naprzód przypomnieć budowę narządu, który jest punktem wyjścia tego nowotworu, t. j. budowę kosmówki (chorion). Jak wiadomo, kosmówka jest jedną z 3 błon, otaczających płód w łonie matki; z tych 3 błon t. zw. doczesna (decidua) powstaje przez przeobrażenie błony śluzowej macicy, jest więc pochodzenia matczynego, dwie drugie błony płodowe, to jest owodnia (amnion) i kosmówka (chorion) są przeciwnie pochodzenia płodowego. Dla naszego tematu jedynie ważną jest kosmówka, leżąca pomiędzy dwoma pozostałemi błonami. Kosmówka w pierwszych tygodniach ciąży na całej swej zewnętrznej (zwróconej ku doczesnej) powierzchni pokryta jest kosmkami (stąd nazwa), zawierającymi naczynia; kosmki te wchodzą w ścisły związek z błoną doczesną, a więc ze ścianą macicy i przyjmują czynny udział w odżywianiu płodu. Kosmki te posiadają utkanie, złożone początkowo z zarodkowej tkanki śluzakowej, która w dalszym ciągu przekształca się w tkankę łączną; po swej zewnętrznej (a więc zwróconej ku doczesnej) stronie są one pokryte dwoma warstwami komórek: głębsza warstwa składa się z nizkich, wyraźnie od siebie odgraniczonych komórek wielobocznych; komórki te posiadają jasną, zwykle słabo się barwiącą cytoplazmę, wśród której zapomocą swoistych odczynników łatwo jest wykazać mniejszą lub większą ilość glykogenu; jądra tych komórek są zwykle duże, pęcherzykowate. Ta warstwa komórek nosi w nauce nazwę warstwy komórek Langhansa. Ponad warstwą komórek Langhansa, a więc w miejscu bezpośredniego zetknięcia się kosmówki z doczesną, ciągnie się stanowiący drugą warstwę pokład protoplazmatyczny, nie podzielony na oddzielne komórki, zawierający mniej lub więcej liczne, silnie się barwiące i nierównomiernie rozmieszczone jądra; ta druga warstwa stanowi więc t. zw. „syncytium“; na zewnętrznej stronie tych mas protoplazmatycznych niejednokrotnie widzieć można rodzaj rąbka

włosistego lub nawet dość duże i wcale dobrze zachowane migawki, jak to jeden z pierwszych wykazał J. Nowak.

Sprawa pochodzenia tych 2 rodzajów komórek, pokrywających kosmek, była przedmiotem licznych sporów w nauce; między innymi bardzo dokładnie u nas badał tę sprawę J. Nowak. Zapatrywania na tę kwestyę były najrozmaitsze: jedni autorowie uważali komórki Langhansa za łącznotkankowe, pochodzące z tkanki łącznej trzonu kosmka, inni — przeciwnie, uważali je za właściwy nabłonek kosmówki, pochodzący z ektodermy płodu. Syncytium wprawdzie prawie przez wszystkich autorów było zawsze uważane za nabłonek, jednakże jedni autorowie uważali go za nabłonek kosmków, podczas gdy inni twierdzili, iż jest to zmieniony nabłonek maciczny. Niepodobna jest nam tutaj przytaczać szczegółowo wszystkich zapatrywań w całej tej zawiłej sprawie, a tem bardziej nie możemy tutaj zajmować się stanowczem rozstrzyganiem tego ciekawego sporu. Stwierdzić jednakowoż należy, iż obecnie w nauce ogólnie jest przyjętem zapatrywanie, że tak komórki Langhansa, jak i pokład syncytyalny są pochodzenia nabłonkowego, płodowego. Otóż te dwa rodzaje komórek — komórki Langhansa i syncytyum, — jak to zobaczymy w dalszym ciągu, są punktem wyjścia a zarazem i głównymi składnikami nabłoniaka złośliwego kosmówki; ze względu właśnie na nabłonkowe pochodzenie tych komórek zupełnie usprawiedliwioną jest nadana przez Marchanda temu nowotworowi nazwa — *chorionepithelioma malignum*.

Już w warunkach normalnych, w ciąży zupełnie prawidłowej, jak to wykazują badania głównie nowszych czasów (Poten, Kworostansky), elementy płodowe, zwłaszcza jako pokłady syncytyalne wrastać mogą dość głęboko w ściany macicy, a nawet w jej żyły, stąd zaś mogą być roznoszone po całym organizmie. Kworostansky n. p. na podstawie swych badań wprost twierdzi, że w każdej ciąży i to przez cały czas jej trwania od 1-go do ostatniego miesiąca, a nawet jeszcze w kilka tygodni po porodzie spotyka się wśród mięśnia macicznego elementy płodowe, t. j. części syncytyum i komórki Langhansa. W rzucawce porodowej niejednokrotnie już i dawniej stwierdzano obecność elementów płodowych w narządach wewnętrznych zmarłej matki (zwłaszcza często w płucach). W ciąży jajowodowej kosmki wnikają bardzo głęboko w ściany jajowodu, sięgając niejednokrotnie aż do otrzewnej i powodując skutkiem tego w końcu pęknięcie worka płodowego (Aschoff).

Bardzo znaczny rozrost nabłonka, pokrywającego kosmki [3]), znajdujemy również w przypadkach zatrzymania w macicy błon płodowych lub nawet całego jaja (po obumarciu płodu) i w przypadkach zaśniadu groniastego, przyczem zwykle, jak to wykazał Rosner, w zaśniadzie groniastym buja głównie syncytyum, w zatrzymanych po śmierci płodu jajach — głównie warstwa Langhansa; zawsze jednakże w tych przypadkach bujają obydwa rodzaje nabłonka tak, że niekiedy powstawać nawet mogą obrazy, przypominające całkowicie nabłoniak złośliwy kosmówki. Mamy tutaj już jakby przejście do tego nowotworu, to też dziwić się nie możemy, że w takich właśnie warunkach najczęściej rozwija się w dalszym ciągu nabłoniak złośliwy kosmówki. Można nawet wprost powiedzieć, że niekiedy ścisłej granicy pomiędzy zaśniadem groniastym a nabłoniakiem złośliwym kosmówki dotychczas nie jesteśmy w stanie przeprowadzić, zwłaszcza jeśli sobie przypomnimy, że zaśniad groniasty niekiedy przybiera charakter bardzo złośliwy, rozrasta się w ścianach macicy, a nawet tworzyć może przerzuty w odległych narządach. Bardzo charakterystyczny n. p. przypadek takiego złośliwego zaśniadu groniastego z przerzutami w płucach opisali Sołowij i Krzyszkowski. To blizkie pokrewieństwo nabłoniaka złośliwego kosmówki z zaśniadem groniastym wybitnie występuje w tych przypadkach nabłoniaka kosmówki, w których wśród innych składników udaje się wykryć jeszcze utrzymane kosmki, istniejące zawsze w zaśniadzie groniastym; bujanie nabłonka tych kosmków jest właściwym punktem wyjścia nabłoniaka złośliwego kosmówki. Najwymowniej zresztą za blizkim związkiem nabłoniaka złośliwego kosmówki z zaśniadem groniastym przemawia przypadek Picka i Landaua, którzy znaleźli w macicy zaśniad groniasty, a w pochwie tej samej kobiety jakby przerzut zaśniadu w postaci nabłoniaka kosmówki. Wobec uwag powyższych, nie powinno nas dziwić zapatrywanie Kworostanskyego, który uważa zaśniad groniasty za przerost łożyska (hyperplastische Placenta), nabłoniak złośliwy kosmówki za przerost zaśniadu groniastego (Hyperplasie der Mole).

Mimo jednak tego blizkiego pokrewieństwa pomiędzy temi dwoma sprawami chorobowemi, różnica pomiędzy niemi jest jednak znaczna: w zaśniadzie groniastym rozrost nabłonka kosmków jest ograniczony, zachowuje pewien typ, podczas gdy w pewnych, bliżej nam nieznanych warunkach ten rozrost nabłonka kosmków staje się nieograniczonym, niepohamowanym, atypowym, — mamy przejście do właściwego nabłoniaka złośliwego kosmówki; pochwycenie chwili tego przejścia jest oczywiście niezmiernie trudnem i stąd też wyjaśnienie warunków, wśród których z elementów płodowych poczyna się rozwijać nabłoniak złośliwy kosmówki, wyjaśnienie etyologii tej niezwykle ciekawej sprawy chorobowej napotyka na szereg wprost nieprzezwyciężonych trudności tak, że sprawy tej za rozstrzygniętą dotychczas nie możemy uważać. Istnieją wprawdzie nawet liczne hipotezy, starające się wyjaśnić powstawanie tego nowotworu, o tych jednak choć pokrótce mówić będziemy dopiero w dalszym ciągu.

Poczynający rozrastać się nowotworowo nabłonek kosmków łożyskowych wnika coraz głębiej w ściany zajętego narządu, wrasta w ściany i do światła sąsiednich żył, rozrasta się tutaj bardzo znacznie wzdłuż ich rozgałęzień, jednocześnie zaś przechodzi na ich otoczenie, stąd zaś, niszcząc ściany danego narządu i rozrastając się na ich miejscu, przenika znowuż do sąsiednich naczyń żylnych i włosowatych. Łatwo zrozumieć, że skutkiem takiego stosunku tego nowotworu do naczyń krwionośnych, skutkiem niszczenia ścian naczyniowych przez komórki nowotworowe, w dotkniętym tą sprawą chorobową narządzie występować muszą bardzo obfite krwotoki, początkowo tylko miąższowe, później zaś i na zewnątrz; z drugiej strony zaczopowanie światła licznych naczyń krwionośnych przez komórki nowotworowe obok jednoczesnego zupełnego braku nowowytworzonych naczyń krwionośnych powodować musi w wielu miejscach obumieranie samychże składników nowotworowych. Te okoliczności tłómaczą nam zarówno obfitość krwawień w przebiegu tego cierpienia, jak i wejrzenie makro- i mikroskopowe samego

[3]) Oczywiście obok innych zmian, cechujących te sprawy.

nowotworu. I rzeczywiście nabłoniaki złośliwe kosmówki już makroskopowo wydają się całkowicie przesiąknięte krwią, niekiedy zaś wprost robią wrażenie skrzepów krwi. Przy badaniu mikroskopowem w nowotworze tym również znajdujemy olbrzymią ilość krwi obok obfitych skrzepów włóknikowych, a dopiero wśród tego wszystkiego są nierównomiernie rozmieszczone mniej lub więcej dobrze zachowane, miejscami całkowicie obumarłe, stosunkowo nieliczne właściwe składniki nowotworu — syncytyum i komórki Langhansa. Resztki utkania narządu, zajętego przez ten nowotwór, niekiedy znajdujemy już tylko na obwodzie guza nowotworowego. (C. d. n.)

II. Ze szpitala powszechnego w Husiatynie.

Przyczynek do kazuistyki ran miażdżonych mózgu.

Opracował
Dr. Bolesław Gerżabek
prymaryusz szpitala.

W czerwcu b. r. miałem sposobność spostrzegać przypadek rany miażdżonej mózgu, którym ze względu na kilka ciekawych spostrzeżeń zamierzyłem się podzielić z czytelnikami „Przeglądu lekarskiego“.

A. P., lat 27, z Czarnokoniec Wielkich, zarobnik podzienny, dziedzicznie nie obciążony. Przed dwoma laty chorował na oczy, zresztą zdrów zupełnie. Dnia 5/VI 1905 przy czyszczeniu studni doznał urazu w głowę, mianowicie w prawą kość ciemieniową. Podać nie umie, czy sam się uderzył o jeden z kanciastych kamieni, którymi ściany studni były wycembrowane, czy też jeden z kamieni się obsunął i uderzył go w miejsce powyżej podane. Uczuwszy ból z uderzenia w głowę, sam wydostał się ze studni. Towarzysze pracy opatrzyli ranę silnie krwią broczącą mieszaniną chleba, hubki i pajęczyny, a opatrunek ten przymocowali niezbyt czystą chusteczką; poczem natychmiast chorego przywieziono do szpitala w Husiatynie. Chory od wyjścia ze studni przez całą drogę do Husiatyna przytomności ani na chwilę nie stracił. Podczas badania skarżył się tylko na bole w ranie. Stan przedmiotowy, zbadany tegoż samego dnia, wykazał co następuje: ciepłota 36·8, tętno 72. Chory dobrze zbudowany i dobrze odżywiony. Wyraz twarzy swobodny, nie okazuje żadnego schorzenia.

Badanie miejscowe: w okolicy ciemieniowej prawej, w poprzek sfery ruchowej, mniej więcej na wysokości ośrodków kończyny górnej, guz miękki, wielkości orzecha włoskiego, okazujący obok krwi zakrzepłej grudki szarej i białej istoty mózgu. Przy oznaczeniu zagłębień i zwojów mózgowych na powierzchni czaszki posługiwałem się metodą A. Köhlera („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“ 1892). Przy oznaczeniu samych zaś ośrodków mozgowych posługiwałem się rysunkiem oryentacyjnym Bergmanna. Rozpoznanie rany miażdżonej mózgu, powikłanej raną kostną i części miękkich, nie ulegało najmniejszej wątpliwości. O bliższych szczegółach samych ran w częściach miękkich, kostnej i mózgowej miałem nadzieję przekonać się na stole operacyjnym. Nim przystąpiłem do samej operacyi, zbadałem możliwie najdokładniej tak narządy wewnętrzne, jak i układ nerwowy. Badanie przedmiotowe wykazało co następuje: bole tylko w ranie. Świadomość zupełna. Bolu przy opukiwaniu głowy chory nie odczuwa. Powieki ruchome. Gałki także prawidłowo ruchome. Blizenki w górnych kwadrantach rogówki wielkości główki od szpilki. Źrenice równe, prawidłowo szerokie i prawidłowo na światło oddziaływujące. Akomodacya nie upośledzona. Wzrok bystry. Pole widzenia dość rozległe. Wszystkie barwy chory rozróżnia prawidłowo. Badania wziernikiem nie przeprowadzono. Ruchomość w zakresie nerwu twarzowego w części twarzowej — prawidłowa. Czucie w zakresie nerwu trójdzielnego nie upośledzone. Słuch, smak, węch prawidłowe. Głos dźwięczny. Język i podniebienie miękkie — ruchome. Ruchy połykowe prawidłowe. W wydzielinie gruczołów ślinnych zmian żadnych stwierdzić nie można. Mięśnie karkowe bez zmian. Ucisk na kręgi szyjne bolu nie wywołuje. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej zmian wykazać nie można. Mocz chory oddał w obecności mojej prawidłowo, — zawiera on śladzik białka.

Sfera ruchowa: przywodzenie ręki lewej upośledzone, zresztą ruchomość we wszystkich stawach rąk i nóg — prawidłowa. Ruchy koordynowane obustronnie prawidłowe. Żadnych drgawek, żadnych kurczów, — jedynie włókienkowe drgania na klatce piersiowej i kończynach górnych po obu stronach jednakowe. Ruchy bierne bez zmian. Chód prawidłowy. Pochylania się w jedną lub drugą stronę przy staniu ze zamkniętemi oczyma nie zauważyłem.

Sfera czuciowa: czucie dotyku, odczucie bolu, uczucie ucisku, ciepłoty, lokalizacya i czucie mięśniowe bez zmian w całym ustroju. Widoczne tylko zmiany w czuciu na wewnętrznej powierzchni lewego ramienia i górnej połowy lewego przedramienia. Odruch skórny stopowy, palcowy Babińskiego, odruch jądrowy, brzuszny, — odruch ścięgnisty, rzepkowy — prawidłowe.

Zmian odżywczych brak.

Po stwierdzeniu dokładnie stanu ogólnego, stanu narządów wewnętrznych i układu nerwowego, przystąpiłem już na stole operacyjnym po dokładnem oczyszczeniu samej rany i otoczenia do badania miejscowego i stwierdziłem: guz sterczący ponad powierzchnię sklepienia czaszki był mieszaniną zakrzepłej krwi i grudek istoty białej i szarej mózgu. Z rany sączyła się nieznaczna ilość płynu surowiczego. Po ścięciu sterczącego guza okazało się, że rana części miękkich przedstawia się w postaci owalnej rany podłużnej, 3 ctm. długiej, 2 ctm. szerokiej. Mięsień czepcowy częściowo zniszczony. Rana kostna, przez którą mózg wypadł, owalna, długości 2 ctm., $1^1/_2$ ctm. szerokości, o brzegach prawie zupełnie równych. W środku otworu jedną krawędzią sterczał odłamek kostny. Po wyjęciu przy pomocy kleszczyków odłamek przedstawiał się jako wycinek koła. Opona twarda zmiażdżona na przestrzeni wielkości otworu. Śladu z opon miękkich w miejscu rany nie odnalazłem.

Z przestrzeni podpajęczej sączy się płyn surowiczy, najprawdopodobniej mózgowordzeniowy. W celu łatwiejszego odszukania odłamanych martwaków kostnych i dokładniejszego zbadania rozległości rany miażdżonej mózgu, jak i w celu przekonania się, czy blaszka wewnętrzna w otoczeniu rany nie została oddzieloną, przystąpiłem po rozszerzeniu rany skórnej do trepanacyi czaszki przy pomocy dłutka. Po oddłutowaniu tylnego odcinka rany kostnej 1 ctm. mniej więcej od brzegu rany odnalazłem między oponą mózgową a powierzchnią mózgu dwa martwaki kostne w postaci wycinków koła; pod zewnętrznym brzegiem rany kostnej w odległości $^1/_2$ ctm. po oddłutowaniu tegoż brzegu — trzeci martwak. Po złożeniu 4 odłamków kostnych otrzymałem figurę odpowiadającą pierwotnemu otworowi w czaszce. Poszukiwanie za odłamkami kostnymi uważałem temsamem za ukończone. Na blaszce zewnętrznej w otoczeniu otworu w sklepieniu czaszki pęknięcia nie zauważyłem. Blaszka wewnętrzna sklepienia czaszki w otoczeniu pierwotnej rany kostnej nigdzie nie naruszona. Obwód rany miażdżonej w mózgu odpowiadał otworowi w czaszce. W najbliższem otoczeniu rany miażdżonej mózgu (w promieniu paru milimetrów) nieznaczne nacieczenie krwawe z substancyi mózgowej. Po oczyszczeniu rany i usunięciu zmiażdżonego mózgu ranę wytamponowałem gazą jodoformową, — a brzegi rany skórnej nieco tylko zbliżyłem do siebie trzema szwami.

Przebieg dalszy choroby był nadzwyczaj pomyślny. Ciepłota wahała się w granicach 36·2 rano do 37·1 popołudniu.

W 8 dni po trepanacyi przy zmianie opatrunku zauważono wyraźne czerwono-różowe ziarniny, wychodzące z śródkościa (diploë), — blado-różową ziarninę pokrywającą dno rany mózgowej. Płyn mózgowordzeniowy z górnego odcinka rany kroplami tylko wydostawał się ze szczelin między oponą twardą a miękką. Dnia 20-go po operacyi przy powtórnej zmianie opatrunku ziarnina wypełniła już zupełnie jamę po ranie mózgowej; ziarniny wychodzące z śródkościa pokryły również, z wyjątkiem samego środka, prawie całą powierzchnię rany.

Dnia 30/VII b. r., a więc w 8 tygodni po operacyi chory opuszcza szpital w stanie zupełnego zdrowia. Zmiany w czuciu, jak i upośledzenie przywodzenia ręki lewej w ca-

łości ustąpiły, a miejscowo rana zagoiła się; otwór w kości wypełnił się nowo wytworzoną kostniną, z wyjątkiem małej szczeliny, pokrytej blizną.

W przypadku tym miałem więc do czynienia ze zmiażdżeniem kości i mózgu, a w następstwie tego z upośledzeniem ruchów i czucia kończyny górnej lewej.

Zmiany te czynnościowe powoli ustępowały tak, że w 8 tygodni po wypadku chory nie przedstawiał najmniejszych zmian. Przebieg pooperacyjny, pomimo zanieczyszczenia rany, był jak najkorzystniejszy, dzięki rychłej pomocy, a ubytek kostny wypełnił się prawie w całości kostniną. Jak wiadomo, złamania czaszki z ubytkiem kostnym wyjątkowo tylko goją się przez wytworzenie kostniny; zazwyczaj pozostaje otwór zamknięty błoną tkankołącznową. Im większy ubytek kostny, tem trudniejsze jest zarośnięcie kostne. Warunki dla wytworzenia się kostniny w moim przypadku, wobec zniszczenia opony twardej i dość dużych rozmiarów otworu, były niekorzystne, a mimo tego ubytek zarósł nowowytworzoną kością.

Korzystny przebieg i ostateczny wynik leczenia, a więc ustąpienie zaburzeń w zakresie czucia i ruchów, jak i zarośnięcie kostne należy odnieść do braku silniejszego zakażenia tak, że przez mechaniczne jedynie usunięcie zanieczyszczeń z rany zdołano uniknąć postępującego ropienia i jego ciężkich następstw.

Mała ilość podobnych przypadków, ogłoszonych w naszem piśmiennictwie, nasunęła mi myśl podania niniejszego doniesienia do publicznej wiadomości czytelników „Przeglądu lekarskiego“.

* * *

III. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Żebrowski. **O wykrywaniu prątków gruźliczych w wypocinie opłucnej.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 36, 1905). Ż. przekonał się, iż zapomocą „inoskopii“ Jousseta nie mógł tak często wykazać prątków gruźliczych w wypocinach opłucnych, jak to ten autor podaje, a powtóre, że przy tej metodzie prątki gruźlicze źle się barwią. Dlatego podaje metodę inną: zapomocą 1 prc. roztworu soli sodowej kwasu płtorowego powstrzymuje krzepnięcie wypociny i zebrany osad po 24 godzinach centryfuguje, a następnie bada sposobem Ziehl-Nelsena. Do wykrycia prątków gruźliczych trzeba uzyskać przynajmniej 100 ctm.³ wypociny. Na 22 przypadki zapalenia opłucnej pierwotnego znalazł w 12 (55 prc.) przypadkach prątki gruźlicze, a z 12 wtórnych zapaleń opłucnej w 10 przypadkach, t. j. 83 prc.
Latkowski.

Edel. **O przyczynie zmniejszania się kwasoty moczu po przyjęciu pokarmów, i warunkach wpływających na wydzielanie się moczem potasowców i soli kuchennej.** (*Therapie der Gegenwart*, 9, 1905). Autor wykazał, że u ludzi niedokrwistych węglan sodowy, a także sól kuchenna wydzielają się w większej ilości w położeniu poziomem, w zmniejszonej zaś w postawie stojącej. Kąpiele ciepłe przyśpieszają wydzielanie się tych ciał drogą moczu; gazowe więcej działają, niż kąpiele zwykłe. Głównym czynnikiem jest krążenie nerkowe, jak przy białkomoczu okresowym; w postawie stojącej utrudnione krążenie zwiększa wydzielanie białka, a u innych niedokrwistych przeszkadza w wydzielaniu się soli drogę moczu. Położenie poziome i kąpiele sprzyjają krążeniu w nerkach, stąd zmniejszenie lub ustanie wydzielania białka, a u innych osobników zwiększenie wydzielania soli. Zmniejszenie kwasoty moczu po pobraniu pokarmu nie schodzi się według autora z chwilą największego wydzielania się kwasu solnego drogą żołądka, ale występuje później, gdy wskutek zwiększenia resorbcyi zwiększa się wydzielanie moczu. W warunkach patologicznych obowiązuje dotychczasowy pogląd: obniżenie kwasoty moczu biegnie równolegle ze zwiększeniem kwasoty żołądka. *S. M.*

Dr. Federn. **Cholera i jej leczenie.** (*Medizinische Presse* Nr. 37, 1905). Na podstawie własnych spostrzeżeń, które autor czynił w przebiegu cholery już od roku 1866, wypowiada nową teoryę istoty działania zakażenia cholerycznego, do której doszedł drogą empiryczną. Stwierdziwszy, że jedyną przyczyną zejścia śmiertelnego w cholerze jest ustanie krążenia krwi, dowodzi, że na to składają się nietylko takie powody, jak zagęszczenie krwi wskutek olbrzymiego przepacania do jelit. Badając ciśnienie krwi przy rozmaitych sprawach chorobowych jelit, spostrzegł autor w cholerze niezwykle wysokie ciśnienie, wręcz przeciwnie, niż w innych zaburzeniach jelitowych z przebiegiem podobnym do cholery. Następową więc niedomogę mięśnia sercowego kładzie przeważnie na karb owego wysokiego ciśnienia wskutek oporu w naczyniach brzusznych. Twierdzenie swe popiera rozmaitemi zjawiskami ubocznemi. Opór w naczyniach brzusznych przypisuje odruchowemu działaniu nerwu trzewnego. Wobec tego zastanawia się autor, czy nie byłoby wskazanem w leczeniu cholery podawanie środków obniżających parcie krwi (wymienia ich cały szereg) z jednej strony, a usuwających podrażnienie nerwu trzewnego z drugiej strony. W tym ostatnim przypadku zaleca raczej podawanie kalomelu, aniżeli makowca.
Dr. Glassner.

Neubauer. **O cukrze owocowym w moczu.** (*Münch. med. Wochs.*, Nr. 32, 1905). U chorego, bardzo wychudzonego pomimo wzmożonego łaknienia i pragnienia, znaleziono w moczu cukier owocowy bez obecności cukru gronowego. Jestto piąty dotąd opisany przypadek. Cukier ten dawał wszystkie odczyny znamienne dla cukru owocowego. Nie pojawiał on się w moczu po podaniu skrobi, cukru gronowego, cukru mlecznego, a natomiast występował po spożyciu cukru trzcinowego i owocowego. W tym więc przypadku była to czysta fruktozurya. Drugi przypadek dotyczy chorego, który skarżył się na przypadłości nerwowe, a u którego w moczu znaleziono cukier gronowy obok cukru owocowego. Po podaniu cukru owocowego cukier ten nie wydzielał się, natomiast po spożyciu skrobi, cukru gronowego i trzcinowego, pojawiał się w moczu tak cukier gronowy, jak i owocowy. Przy dyecie, nie zawierającej wcale węglowodanów, nie pojawiał się żaden rodzaj cukru w moczu. Po wstrzyknięciu floryzyny pojawiał się w moczu cukier owocowy i gronowy. Ten przypadek można wedle autora zaliczyć do przypadków mieszanych cukromoczów. *Latkowski.*

Bäumler. **O pojawianiu się odgłosu wypukowego bębenkowego w obrębie nagromadzonego płynu przy odmie z puchliną opłucną i z ropniakiem opłucnym.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 84, 1905). Przy nagromadzeniu się płynu i powietrza w jamie opłucnej łatwo zwykle wytłómaczyć zmiany wypukowe i wysłuchowe. Jeśli jednak istnieją dawne zrosty opłucne i zagęszczenia płuc obok jam, wtedy wpływają one na ułożenie się płynu i powietrza, a mianowicie mogą się pojawić obszary odgłosu bębenkowego wśród stłumienia, pochodzącego od płynu. Taki obraz kliniczny trudniej wytłómaczyć, jak to autor na 5 przypadkach objaśnia. I tak odgłos bębenkowy może pochodzić od płuca, przyrośniętego do klatki piersiowej, a częścią ugniecionego przez płyn. Zdarza się to w częściach przednich dolnych i bocznych płuc. Jeśli płuco zostaje więcej ugniecione lub odepchnięte przez płyn od klatki piersiowej, odgłos bębenkowy znika. Odgłos bębenkowy na ograniczonem miejscu może też pochodzić od powietrza, tworzącego odmę, a znajdującego się w przestrzeniach, ograniczonych przez warstwy płynu lub części miąższu płucnego bezpowietrznego, jeśli płuco, poprzednio przyrośnięte, nierównomiernie zostało odepchnięte od klatki piersiowej. W takich przestrzeniach może być różne napięcie, zależnie od położenia chorego: jeśli przestrzeń taka ma kształt nieregularny, odgłos bębenkowy będzie się również zmieniał przy zmianie położenia. Dalej powietrze może się zbierać pod błonami włóknikowemi i w złogach włóknika, siateczkowato rozpiętych, a wtedy może być znów przyczyną odgłosu bębenkowego na niezwykłem miejscu. *Latkowski.*

Hofbauer. **Mechanizm oddychania w chorobach opłucnej. III. Dziwaczny skurcz przepony.** (*Zentralbl. f. innere Med.* Nr. 26, 1905). Autor tłómaczy ruch przepony, odwrotny, niż bywa prawidłowo, przy odmie opłucnej na drodze mechanicznej. A mianowicie ruch dziwaczny przepony, jakotoż nieruchomość jej po stronie odmy opłucnej są następstwem braku życiowej kurczliwości płuca przy wydechu, wskutek której przepona w warunkach prawidłowych podczas wydechu zostaje do góry pociągniętą. Gdy przy odmie opłucnej płuco jest zapadnięte i nie porusza się, przepona pozostaje przy wydechu w spoczynku i leży poziomo, gdy zaś obok odmy znajduje się w jamie opłucnej płyn, przepona obniża się ku dołowi wskutek zwiotczenia i ciężaru płynu *Latkowski.*

Wederhake. **Barwienie osadów moczu i wysięków.** (*Münch. mediz. Wochs.*, Nr. 37, 1905) Dotychczas nie posiadamy dobrej i odpowiedniej metody barwienia osadów; próbowane bowiem w tym kierunku barwiki dają liczne straty, zaciemniające tylko obraz

mikroskopowy. Z nich wszystkich zdaniem autora nadaje się jeszcze dość dobrze do powyższego celu czerwień obojętna (Neutralrot), ale tylko dla kwaśno i obojętnie oddziaływujących moczów, gdyż w moczu zasadowym zmienia ona swą barwę na żółtą i z fosforanami się strąca. Lekarzowi, nieobeznanemu dostatecznie z mikroskopowem badaniem, ułatwia ona jednakże w każdym razie wyszukanie skąpych wałeczków już przy nieznacznem powiększeniu. Sposób postępowania jest następujący: po zcentryfugowaniu wlewa się ostrożnie z rurki mocz, stojący nad osadem, a do samego osadu dodaje się jedną kroplę 1 prc. wodnego rozczynu czerwieni obojętnej, wstrząsa rurkę celem wymieszania, następnie po dodaniu do niej do pełności wody lub roztworu soli, centryfuguje powtórnie i zlewa czerwony płyn z nad osadu, a sam osad bada pod drobnowidem. Dobre wyniki, zwłaszcza jeśli chodzi o wyróżnienie wałeczków woskowych, daje barwienie mieszaniną czerwieni obojętnej z fioletem metylowym w stosunku 20 ctm.^{3} 1 prc. wodnego rozczynu czerwieni: 10 kropli zgęszczonego alkoholowego rozczynu fioletu; z mieszaniny tej używa się 2—3 kropli do zabarwienia osadu przy podobnem zresztą zupełnie postępowaniu, jak podano powyżej dla samej czerwieni obojętnej. Nabłonki, wałeczki szkliste i ziarniste, leukocyty, barwią się tutaj czerwono lub czerwono-brunatno, podczas gdy wałeczki woskowe ciemno-niebiesko. Przejrzyste i pouczające obrazy dawać ma barwienie zgęszczonym rozczynem szkarłatu kroceiny (*Croceinscharlach f. B.*) w 70 prc. alkoholu. Poprzednio należy jednak dodać do samego osadu 1 kroplę nalewki jodowej, wymieszać go z nią dobrze przez wstrząsanie, następnie dopiero dodać równe ilości powyższego rozczynu szkarłatu i wstrząsnąć rurkę dobrze; zresztą postępowanie jest podobne, jak przy poprzednich sposobach barwienia. Do utrwalania preparatu nadaje się gliceryna lub płyn Farranta (mieszanina gliceryny, wody destylowanej i stężonego wodnego rozczynu kwasu arsenowego w równych ilościach). *Wilczyński.*

Stursberg. **Znaczenie dermografii w rozpoznawaniu nerwic czynnościowych.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 83, Z. 5 i 6, 1905). Dermografii przypisuje się powszechnie większe lub mniejsze znaczenie w rozpoznaniu różnych chorób układu nerwowego; przeważna część lekarzy uważa ją za pewne *stigma hystericum;* inni spostrzegali ją także w neurastenii, padaczce, nerwicy urazowej; niektórzy natomiast podnoszą, że spotyka się ona również często u ludzi z zupełnie zdrowym układem nerwowym. Chcąc należycie ocenić te sprzeczne poglądy i zebrać pewne dane statystyczne, przedsięwziął autor w tym kierunku badania na dużym materyale, obejmującym ludzi zdrowych i chorych nerwowo (z wyłączeniem tylko chorych gorączkujących, u których jak wiadomo wrażliwość naczyń skórnych jest inną, aniżeli przy prawidłowej ciepłocie). W spostrzeżeniach swoich uwzględniał on nietylko natężenie powstającego zaczerwienienia, ale i jego rozszerzanie się na otoczenie, czas pierwszego ukazania się, najsilniejszego rozwoju, następnie stopniowego blednięcia, a wreszcie zupełnego zniknięcia. Zawsze we wszystkich przypadkach posługiwał się do badania dermografii zaokrąglonym końcem metalowej okówki ołówka, który, miernie naciskając, przesuwał z pewną stałą szybkością po skórze. Z spostrzeżeń jego wynika, że zaczerwienienie skóry po jej mechanicznem podrażnieniu spotyka się u przeważnej większości wszystkich badanych; zupełny brak jego zdarza się tylko wyjątkowo, a polega prawdopodobnie na nieprawidłowych własnościach skóry; u chorych z czynnościowemi nerwicami zaczerwienienie osięga przeciętnie nieco wyższe stopnie, aniżeli u ludzi nerwowo zdrowych; u dzieci natężenie i czas trwania zaczerwienienia bywają w ogólności mniejsze, aniżeli u dorosłych. Dermografii nie można przypisać istotnego i większego znaczenia dla rozpoznawania nerwic, gdyż zdarza się ona także i u ludzi zupełnie zdrowych. *Wilczyński.*

CHIRURGIA. Schömann. **Przyczynek do leczenia puchliny wodnej jamy brzusznej na tle gruźliczem.** (*Zentralblatt f. Chir.* 1904, 48). Autor wykonywa nakłucie kaniulą średniej grubości, pozwala cieczy tyle odpłynąć, ile sama wypływa i wstrzykuje potem 1 do 2 cg. 1 prc. mieszanki jodoformowo-glicerynowej do jamy brzusznej; po 4 do 8 dniach wstrzykuje podobną ilość 2 prc. mieszanki, potem po jakimś czasie 3—5 prc. mieszankę. Wyniki mają być bardzo dobre. Najwyżej robił dotychczas trzy do czterech wstrzyknięć w jednym przypadku, a wynik był już pomyślny. *B. Żmigród.*

J. Bartel i F. Spieler. **Droga naturalnego zakażenia gruźlicą u młodych morskich świnek.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1905, 9). Na podstawie całego szeregu doświadczeń autorowie przychodzą do następującego wniosku: nie ulega wątpliwości, że przy zupełnie przyrodzonej sposobności zakażenia prątki gruźlicze z prądem powietrza mogą się dostać do głębszych dróg oddechowych, do płuc. Jednakowoż uważają autorowie za nieuzasadnione twierdzenie bezwzględne nawet bardzo poważnych autorów, że niewątpliwie główną rolę przy powstaniu gruźlicy w ogólności, a w gruźlicy płuc w szczególności, przypisać należy temu sposobowi zakażenia, (podobnie jak je uwzględniać trzeba u człowieka w wieku dziecięcym), wskazują bardzo wyraźnie na inne, ważniejsze bramy zakażeń gruźlicą, mianowicie jamę ustną, przestrzeń nosowo-połykową, przewód pokarmowy, których wielkie znaczenie, szczególnie dla wieku dziecięcego, zaznaczyć należy już w interesie skuteczniejszego zapobiegania. *B. Żmigród.*

Brix. **Przyczynek do leczenia przepuklin uwięźniętych.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, Nr. 27). Autor gorąco poleca stosowanie chlorku etylu w przypadkach uwięźnięcia przepukliny. Pod działaniem zimna staje się przepuklina w krótkim czasie odprowadzalną, jeśli nią przedtem nie była, a nawet w rękach laika środek ten, zastosowany zaraz po wystąpieniu uwięźnięcia, może oddać bardzo dobre usługi. Autor twierdzi to na podstawie całego szeregu przypadków wyleczonych. Chlorek etylu działa szybciej i energiczniej, niż eter i chloroform, gdyż ulatnia się też szybciej i energiczniej i wywołuje znaczniejsze działanie oziębiające. *B. Żmigród.*

L. Haidenhain. **Trepanacya w znieczuleniu miejscowem i oddzielenie oczasznej bez krwotoku.** (*Zentralblatt für Chir.* 1905, Z. 9). Zdaniem Heidenhaina można wykonać bez ogólnego znieczulenia, a tylko przy zastosowaniu metody Brauna w znieczuleniu miejscowem szereg operacyi na czaszce, jako to: trepanacyę, wytworzenie płatu skórnokostnego przy operacyi guzów mózgowych, operacyę doszczętną w zapaleniu ucha środkowego. Do tego celu używa się 1 ctm.^{3} $^1/_2$ lub 1 prc. rozczynu kokainy, zmieszanego z 1 do 2 kropli 0,1 prc. adrenaliny w ctm.^{3}. Zdaniem autora ulegają znieczuleniu po wstrzyknięciu tego rozczynu pod oczaszną nietylko części miękkie, lecz także i kość po upływie pół godziny, a wreszcie i opona twarda w obwodzie talara, a znieczulenie to trwać może kilka godzin. Dla uniknięcia zatrucia ważną jest rzeczą uwzględnić żądanie Reclusa, który poleca równe poziome ułożenie podczas i po operacyi, aby nie wystąpiły objawy niedokrewności mózgu. *B. Żmigród.*

Strauss. **Skrobanie pęcherza moczowego u mężczyzn w przypadkach przewlekłego nieżytu.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 34, 1905). Skrobankę błony śluzowej pęcherza moczowego zastosowała po raz pierwszy szkoła Guyona; w roku 1896 Motz wspomina już o 21 przypadkach, leczonych w ten sposób. Zapalenie ogranicza się zwykle tylko do błony śluzowej, która też pozostaje wtedy w luźnym związku z podłożem. Autor sporządził i narzędzie, które nazwał łyżką cewnikową. Składa się ono z pochwy kształtu cewnika Merciera, do którego wsuwa się łyżeczkę lub kiuretę w chwili, gdy pochwa już leży w pęcherzu. Ostre łyżeczki umieszcza się na elastycznem metalowem zakończeniu. Kontrolując od strony kiszki stolcowej lub powłok brzusznych, można wykonać swobodnie wyskrobanie całej błony śluzowej, i to silne, bez obawy przedziurawienia. Przed operacyą podaje się urotropinę i bada pęcherz cystoskopem. Operacyę trzeba robić w znieczuleniu, by uniknąć bolesnych kurczeń się pęcherza. Po wyskrobaniu płócze się pęcherz rozczynem adrenaliny i zakłada na pewien czas cewnik na stało. Zajęcie nerek nie jest przeciwwskazaniem do operacyi, owszem zachętą, n. p. w przypadkach gruźlicy nerki i pęcherza. Narzędzie to wyrabia firma Franc. Stamm et Comp., Obligs. *Dr. Adolf Klęsk.*

Katzenstein. **Podwiązywanie aorty i jego fizyologiczna i lecznicza wartość.** (*Archiv f. klin. Chir.* Tom 76, Zeszyt 3, 1905). Na mocy swych doświadczeń w liczbie 105, wykonanych na 45 zwierzętach, stara się autor odpowiedzieć na trzy pytania: jakie fizyologiczne skutki ma podwiązanie aorty (brzusznej)?, czy opisane w literaturze przypadki dają nam jakie wskazówki?, a w końcu, czy wogóle zabieg ten można wykonywać, jakie ewentualnie ma wskazania i jakie są i mogą być jego wyniki? Podwiązanie aorty powyżej rozdziału pociąga za sobą zaraz zniknięcie tętna w tętnicach udowych. Krążenie uboczne wyrabia się jednak bardzo prędko tak, że ciśnienie w tętnicy udowej zaczyna się wkrótce znowu podnosić. Nastrzykaniem naczyń żelatyną z bismutem i następowem prześwietlaniem promieniami Röntgena mógł autor wykazać, że krążenie uboczne odbywa się z pomocą połączenia tętnicy piersiowej z nadbrzuszną, dalej u zwierząt z pomocą połączenia tętnicy przeponowo-brzusznej z biodrowo-lędźwiową i t. d. Przyczyny wytwarzania się krążenia ubocznego nie znamy. Nie jest nią tylko wzmożone ciśnienie krwi, bo po pierwsze często tego wzmożonego ciśnienia niema, a powtóre, gdyby ciśnienie było główną przyczyną, w takim razie krążenie powinnoby występować w krótkim czasie właśnie po podwiązaniu, a tego nie spostrzegamy. Brak wzmożonego ciśnienia tłomaczyć należy sobie uśpieniem, działaniem nerwu trzewnego i otwarciem jamy brzusznej. Podwiązanie aorty wpływa bardzo silnie na czynność serca. Z początku rozwija się rozstrzeń,

a następowo przerost lewej komory. Po podwiązaniu występują przemijające porażenia tylnych kończyn i pęcherza natury obwodowej, gdyż rdzeń pacierzowy zmian żadnych nie okazuje; mięśnie natomiast ulegają zmianom zwyrodnienia. Aortę podwiązano na człowieku dotąd 14 razy. Wszystkie przypadki zakończyły się śmiertelnie. Pierwszy dokonał tego zabiegu Cooper w roku 1818. W dwóch przypadkach (Tillaux, Czerny) podwiązano aortę przez pomyłkę, zamiast tętnicy biodrowej; 12 razy operowano z powodu tętniaków (2 razy aortę, resztę tętnicę biodrową wspólną, wewnętrzną i zewnętrzną). Najdłużej żył chory Keena — 57 dni. Przeważnie chorzy umierali w przeciągu pierwszych 24 godzin. Podwiązanie nie chroni przed krwotokami następowymi. Czerny podwiązał aortę z powodu zranienia tętnicy nerkowej przy wycinaniu nerki. Za główną przyczynę śmierci uważać należy porażenie serca. Dwa razy nie podwiązano światła zupełnie, lecz częściowo. raz podwiązka przecięła następowo ścianę aorty. Podwiązanie nie wpływa nigdy bardzo na odżywienie kończyn i zgorzeli nie spostrzegano. Wynika z tego wszystkiego, że podwiązanie aorty jest zabiegiem, nie prowadzącym do celu, a bardzo ciężkim, a nawet śmiertelnym. Podwiązanie nie leczy tętniaka biodrowego, bo krążenie uboczne i tak zaraz się wytworzy tak, że jedynie wyłuszczenie dać może jeszcze jakie takie wyniki. *Dr. Adolf Klęsk.*

Stubenrauch. **Zapobiegawcze odżywianie chorych, operowanych w jamie brzusznej, z dodatkiem uwag nad sączkowaniem przez nakłucie jelit.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 35, 1905). Autor zachęca do odżywiania chorych wśród operacyi brzusznych zapomocą nakłucia jelita i wlewania do niego płynów zdaleka od miejsca operacyi. Używa do tego osobnych przyrządów, a wlewa świeżo sporządzony roztwór, złożony z łyżeczki kawowej hygiamu, litra mleka, nieco soli kuchennej, łyżeczki cukru, ewentualnie 15—30 gramów koniaku. Dodaje także trochę dermatolu, a roztwór wyjaławia. Takie odżywianie zapobiegawcze polecił pierwszy w roku 1899 Kader. Autor stosuje je także przez czas dłuższy, przyszywając jelito na przestrzeni 10-fenigówki do przetok i wprowadzając swoją cienką rurką codzień przez ten sam otworek płyn odżywczy. Bardzo wynędzniałych chorych odżywia przed i po operacyi w następujący sposób: przed operacyą wlewa się do kiszki stolcowej kilka razy dziennie po 300 sz. ctm roztworu cukru z solą kuchenną, ewentualnie wlewa się podskórnie sól i oliwę wyjałowioną (tej ostatniej 50 -80 grm.). Przy operacyi daje się do kiszki płyn odżywczy, jak wyżej; do jamy otrzewnej ½ litra wyjałowionego roztworu soli kuchennej i 1 litr podskórnie. W 12 godzin po operacyi łyżkami zimną herbatę. Drugiego dnia mleko, hygiama albo mondaminę. Odżywianie takie podnosi bardzo siły chorych i wpływa korzystnie na ruch robaczkowy jelit. Sączkowanie przez nakłucie stosuje też autor z pomyślnym wynikiem w przypadkach niedrożności jelit, gdzie jest wskazaną wczesna enterostomia. Do umocowanej pętli wsuwa się kaniulę o średnicy 3—3·5 mm. i pozostawia na stałe. Zwykle dopiero w parę godzin odchodzi wiele gazów i kał płynny. Ranka goi się bardzo prędko bez następowej przetoki. *Dr. Adolf Klęsk.*

Muscatello. **Doszczętne leczenie wynicowania pęcherza moczowego.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 76, Z. 4, 1905). Sposób autora, podany w celu doszczętnego leczenia wynicowania pęcherza, jest modyfikacyą sposobu Maydla, a polega na wszczepieniu trójkąta pęcherzowego razem z moczowodami do wykluczonej od obiegu kału części jelita esowatego. Wykluczenie to osiąga autor przez przecięcie jelita, boczne połączenie odcinków drogą enteroanastomozy i wszczepienie trójkąta w szczyt odprowadzającej pętli powyżej enteroanastomozy. Sposobem tym operował 10-letniego chłopca i otrzymał wynik bardzo dobry. Chłopak zatrzymuje mocz w dzień przez 4 godziny, w nocy nawet przez 7 i oddaje go dobrowolnie przez odbyt. Najpierw autor operował go sposobem Maydla; utworzyła się jednak przetoka kałowa. Wobec tego wykonał drugą operacyę sposobem wyżej opisanym. Podane dotąd metody nie spełniają w zupełności oczekiwań, dzielimy je głównie na dwie grupy: 1) tworzenie pęcherza moczowego zapomocą skóry (Roux, Thiersch, Le Fort i t. d.), lub błon śluzowych (Rutkowski, Ségond); 2) odprowadzanie moczu inną drogą (do cewki moczowej, pochwy, skóry, jelita i t. d.). Operacya Maydla daje około 25 prc. śmiertelności, często jednak operowani umierają po 2—3 latach na zakażenie nerek. W roku 1898 podał Gersuny sposób następujący: wykonywa laparotomię, oddziela poprzecznie kiszkę prostą od esowatej, zamyka dolny odcinek i wszczepia do niego trójkąt pęcherza, a w końcu wszczepia odcinek górny przez zwieracz na zewnątrz przy skórze. Sposobem tym operował tylko sam Gersuny raz, chora umarła 5-go dnia. W roku 1900 podał znowu Subbotin sposób w zasadzie bardzo ciekawy, nieco jednak za skomplikowany. Dzieli on kiszkę odchodową na dwa przedziały: przedni ma służyć za zbiornik moczu, tylny kału. Borelius w roku 1903 polecił wykonywanie enteroanastomozy i wszczepiania powyżej na szczycie kiszki esowatej trójkąta. Müller znów tylko teoretycznie podał sposób wykluczenia jelita i umocowania go w powłokach z trójkątem. Ostatni sposób stał się myślą przewodnią postępowania autora. Przeciwwskazaniem do operacyi łączenia pęcherza z kiszkami są ewentualne przyszłe ciąże: autor jednak radzi i tak operować, wykonując równocześnie przecięcie trąbek. *Dr. A. Klęsk.*

Englisch. **O dobrowolnem kruszeniu się kamieni w pęcherzu moczowym.** (*Archiv für klinische Chirurgie*, T. 76, Z. 4. 1905). W obszernej i historycznie szczegółowo opracowanej pracy dochodzi autor do następujących wyników: Samokruszeniu (w pęcherzu) ulegają głównie kamienie moczanowe. Czasem tylko rozpadają się kamienie szczawianowe, lecz rzadko kamienie kruszą się w odłamkach, będących wyrazem krystalizacyi. Promieniste okruchy w kamieniach moczanowych zwykle są zlepione masą śluzowatą albo fosforanami. Do rozpuszczenia kamieni pęcherzowych używano wielu środków, n. p. zasad, kwasów, wody wapiennej z mydłem, surowicy krwi, prądu galwanicznego, picia wody w dużej ilości, przetworów roślinnych w postaci odwarów i nalewek i t. d. Kamienie w pęcherzu rozpadać i kruszyć mogą się też same, a przyczyny szukano w samej budowie i skrystalizowaniu kamienia, w mechanicznych urazach (uderzenie w okolicę pęcherza, zgniecenie, spadek z wysokości i t. d.), w kateteryzacyi twardymi cewnikami, uderzaniu licznych kamieni o siebie. silnych kurczach pęcherza, zmianach oddziaływania moczu, w działaniu chemicznem drobnoustrojów i t. d. To pewne, że kamienie moczanowe pękają wzdłuż promienistych odcinków regularnie, inne natomiast pękają zupełnie nieregularnie i to od zewnątrz ku wewnątrz, w przeciwieństwie do moczanowych, które rozpadają się od wewnątrz. *Dr. A. Klęsk.*

K. Alt. **O zwalczaniu stanu padaczkowego.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 13, 1905). Nazwa ta ma oznaczać szereg bezpośrednio po sobie następujących napadów padaczki z tem jednak zastrzeżeniem, że chory przez cały czas napadów ani na chwilę nie odzyska przytomności tak, że nim jeden napad się kończy, drugi już się rozpoczyna. Rozróżniając taki przeciągły napad od seryi napadów, następujących w krótkich przerwach po sobie, zwraca autor uwagę na rokowanie, które jest odmienne w każdym z tych dwóch rodzajów padaczki i że bez odpowiedniej pomocy lekarskiej stan padaczki przeciągły nieraz może się zakończyć śmiercią. Zasługa lekarza polega nietyle na właściwem leczeniu choroby, ile na zapobieganiu. Do środków zapobiegawczych należy w pierwszym rzędzie uregulowanie odżywienia i trawienia, a wraz z niem baczność na codzienne dostateczne wypróżnienia, tembardziej, iż padaczkowi mają skłonność do niedowładu ruchowego jelit z następowym rozkładem treści kiszkowej i wynikającem stąd samozatruciem. Ponieważ większe ilości napojów wyskokowych wzmagają pobudliwość kory mózgowej, należy się ich unikać tak samo, jak morfiny, której chorzy tego rodzaju nie znoszą. Wystrzegać się też należy wszelkich silnych bodźców nerwowych, jak rozdrażnień, strachu, nadużyć płciowych, upału i t. p. Wielkie znaczenie etyologiczne ma dla chorych padaczkowych brom, a względnie nagła przerwa w podawaniu tego leku. Godnem jest uwagi, że w takich okolicznościach napady rzeczywiście ustają na jakiś czas, n. p. kilka tygodni, a nawet miesięcy, ale natomiast po upływie tego czasu napady stają się liczniejsze i silniejsze, a nieraz wytwarza się według spostrzeżeń autora po tak nagle przerwanem lekowaniu stan padaczkowy; dlatego też odzwyczajanie się od powyższego leku powinno w wolniejszem nastąpić tempie, niż przyzwyczajanie. Leczenie jodem i jego przetworami nie zawsze wpływa zbawiennie na ustrój chorych padaczkowych. Alt widział napady, wywołane według jego zdania właśnie tym lekiem. Skutki dłużej trwającego stanu padaczkowego zależne są od opieki lekarskiej, pod jaką chorzy tacy się znajdują: ciepłota podnosi się zwykle dość znacznie, nieraz spostrzega się przemijające porażenia, a czasem i trwałe, powstałe wskutek krwotoku mózgowego; zdarza się także, że stan taki pozostawia zaburzenia umysłowe, a w rzadkich tylko przypadkach następuje śmierć z uduszenia wskutek nadmiaru kwasu węglowego we krwi. Uduszenie może zresztą powstać wskutek dostania się podczas napadu wymiotowanych pokarmów do dróg oddechowych, wywołując śmierć natychmiastową, lub zachłystowe śmiertelne zapalenie płuc. Takie samo smutne zakończenie może nastąpić wskutek krwotoku w okolicy jąder nerwu błędnego. Zawezwani do chorego tego rodzaju musimy się starać przedewszystkiem o możliwe skrócenie stanu napadowego; a to się daje usunięcie przez usunięcie wszelkich bodźców zewnętrznych, wywołujących w zwykłych stosunkach napady, przez zastosowanie lewatywy przeczyszczającej; gdy to wszystko nie wystarcza, należy polecić brom (8: 100), chloral (2—4: 100), dormiol, makowiec i ostatecznie chloroform. Prawie wszystkie te leki podaje

się w lewatywie. Do wszystkich tych lewatyw uspokajających dodaje Alt jeszcze przy osłabionej akcyi serca 15 kropli *trae strophanti*. W razie gdy powyższe środki nie prowadzą do celu, stosuje się chloroform; wystarcza już kilka kropel do chwilowego przerwania napadu. Chloroform w tak małej ilości jest zupełnie nieszkodliwy, szczególnie tam, gdzie można go kombinować z wdychiwaniami tlenu. Autor widział też dobre wyniki po kąpielach i zlewaniach zimnych, trwających dłuższy czas, i po znacznych upustach krwi z następnemi wstrzykiwaniami podskórnemi roztworu fizyologicznego lub takiemi lewatywami. Alt nie wątpi, iż przy drgawkach, występujących u ciężarnych lub też u dzieci, analogiczne leczenie da się skutecznie zastosować. *Korm.*

Marinesco S. **Badanie jądra i jąderka komórki nerwowej w stanach prawidłowych i patologicznych.** (*Journal für Psychologie und Neurologie*, Tom V, Zeszyt 3 i 4, 1905). Autor zestawia z piśmiennictwa i własnych badań uzyskane dane co do kształtu jądra i jąderka prawidłowej i patologicznie zmienionej komórki nerwowej. Zmiany patologiczne jądra polegają na zmianie kształtu, przemieszczeniu się lub nawet zupełnym zaniku jądra. Różne zmiany jąderka nie dadzą się ująć w jakieś stałe obrazy; jąderko może się powiększać, może ulegać wakuolizacyi, wreszcie może się zupełnie rozpuścić. Zmiany to tak jądra, jak i jąderka, nie są bynajmniej charakterystycznie zmiennemi dla różnych chorób tak, że z obrazu jądra i jąderka nie można rozpoznać przyczyny, która zmianę tę wywołała. *Doc. Dr. Bochenek.*

PEDYATRYA. Fuisawa. **T. zw. mongolska plama wrodzona okolicy krzyżowej u europejskich dzieci.** (*J. f. Kinderh.* T. 62, sierpień 1905). Chodzi o plamę lub plamy niebieskawo-połyskujące, dające się stwierdzić z reguły u dzieci japońskich w okolicy krzyżowej, ogonowej i pośladkowej przy urodzeniu, lub pojawiające się wkrótce potem. Plamy te są wielkości grochu do wielkości dłoni, rozprzestrzeniające się nierzadko aż do grzbietu, pokrywają jednak tylko wyjątkowo całą grzbietową stronę tułowia. Często znaleźć je można także na barkach i kończynach po stronie wyprostnej. Plamy giną w dzieciństwie bez śladu i tylko bardzo rzadko pozostają na całe życie. Plamy uważano za cechujące dla Japończyków, później dla całej rasy mongolskiej. Adachi udowodnił jednak, że komórki barwikowe, wykryte przez Bälza, których nagromadzenie w skórze właściwej jest warunkiem wystąpienia plam, zawsze można wykazać w skórze człowieka i małpy. Jednak w pewnych razach udaje się to tylko w życiu płodowem, a przytem istnieją znaczne różnice ilościowe. Mimo to Bälz obstawał przy zapatrywaniu, że stanowią one cechę rasową. Autor, Japończyk, poszukiwał tych plam na materyale monachijskiej polikliniki dziecięcej i udawało mu się je stwierdzić raz na pięćdziesiąt przypadków. Tem samem tracą one cechę znamienia rasowego. Plamy te spostrzegano niewątpliwie już przed autorem; uważano jednak je za zwykłe znamiona barwikowe (*naevi pigmentosi*). Sprawa ma i praktyczne znaczenie. Lekarz przystępujący do operacyi znamienia u dziecka, nie powinien, jeżeli chodzi o plamę niebieskawo-połyskującą, nie pokrytą włosami, nie wyniosłą, nigdy zapominać, że może chodzić o opisaną plamę barwikową, znikającą następnie dobrowolnie. Adachi wspomina o zbytecznym zabiegu, wykonanym przez swego przyjaciela, który u własnego dziecka z plamami wrodzonemi na tułowiu, kończynach i czole, plamę na czole usunął operacyjnie. Inne plamy znikły następnie same przez się, blizna na czole pozostała. *Lewkowicz.*

Hecht. **O rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy gruczołów krezkowych w wieku dziecięcym.** (*Ther. d. Gegenwart*, 1905, IV). Według Neumanna ból w brzuchu może pochodzić albo od zapalenia kiszki, szczególnie ślepej, albo od uwięźnięcia jelita; jako trzecią przyczynę autor dodaje jeszcze gruźlicę gruczołów zaotrzewnych. O chorobie tej mało tylko mówi się w podręcznikach. Hecker i Trumpp rozróżniają gruźlicę gruczołów krezkowych pierwotną i następową; za punkt wyjścia mogą służyć jelita, otrzewna, albo też gruczoły oskrzelowe. Rozpoznanie tej sprawy nie jest tak łatwe: nieraz widzimy brzuch dziecka rozdęty, jak balon, na ucisk wrażliwy z rozszerzonemi żyłami powłok brzusznych, uporczywą biegunką i obrzękiem gruczołów pachwinowych; nad objawami panuje nieustanny prawie ból brzucha, który występuje stale, nawet w tych przypadkach, w których brak powyżej opisanych przypadłości. Jeśli przy obmacywaniu można wyczuć znaczne guzowate obrzęki w brzuchu, a wywiady i stan ogólny za prawdopodobieństwem gruźlicy przemawiają, wówczas nietrudno rozpoznanie ustalić. Co się tyczy leczenia, to jest ono po części miejscowe, po części zaś ogólnoprzyczynowe. Autor stosuje w podobnych przypadkach wcierania szarego mydła lub wazogenu kreozotowego 20 prc., oraz ciepłe okłady, a wewnętrznie podaje przez długi czas tran i rozmaite przetwory kreozotowe. *Korm.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Cytarynę przeciw ostrym napadom **dny** bardzo zaleca Merkel (*Archiv f. klin. Med.* 1905, 1—4). Podawał on zazwyczaj pierwszego dnia 4 dwugramowe kołaczyki (wyrobu fabryki Bayera), a przez 5 następne dni po 3 takie kołaczyki, dozwalając przy nader silnych bólach zażyć i czwarty. Dawkę trzeba jednak w każdym przypadku dopiero doświadczeniem wypróbować. W 9 przypadkach już po 4—5 kołaczykach ustawał napad bólu wśród lekkich potów. W dnie przewlekłej zaleca M. podawać naprzemian z cytaryną aspirynę. Działanie uboczne cytaryny na żołądek zdarza się tylko rzadko i w lekkim stopniu; w każdym razie dobrze jest podać choremu na ½ godziny przed zażyciem leku trochę mleka, chleba i t. p. Warunkiem skuteczności cytaryny jest podanie jej bezzwłoczne, skoro tylko zagraża napad. Podobnie pomyślne wyniki po tym leku opisuje Mayet (*Lyon. med.* 1905, 32), który w ostrym napadzie podaje pierwszego dnia 6 gr., drugiego 4, trzeciego 3 gr., w dnie przewlekłej zaś zaczyna od 10 i schodzi do 4 gr., w dawkach po 2 gr. naraz. *B.*

Działanie **diuteryny** z działaniem **aguryny** porównywał Torchio (*Riv. crit. di clin. med.* 1904, 36) w chorobach nerek i wadach serca z puchliną, podając do 2 gr. dziennie i doszedł do wniosku, że diuretyna działa nieco silniej moczopędnie od aguryny; tętno po agurynie wolniejе i staje się regularniejszem; na parcie krwi oba leki nie działają. Oba leki wskazane są w miąższowem zapaleniu nerek i w wadach zastawki dwudzielnej; mniej nadają się w marskości nerek i wadach tętnicy głównej; przeciwwskazane są zaś wobec puchliny brzusznej w toku marskości wątroby. *B.*

Dolegliwości moczowe, zależne od nieżytu pęcherza w toku **przerostu gruczołu krokowego**, zwalczał Halbhuber (*Wiener med. Presse* 1905, 27) z powodzeniem zapomocą **helmitolu**, podając 3 półgramowe kołaczyki dziennie przez 17 miesięcy bez przerwy. Każda próba przerwania tego leczenia narażała chorego na powrót nieżytu pęcherza i znacznych stąd dolegliwości. *B.*

Duotal w wysokich dawkach poleca w zapaleniu płuc Doyle (*Semaine med.* 1905, 7). Podaje on 1—1·5 gr. co 2 godziny, a w ciężkich przypadkach co godzinę. Po przełomie zmniejsza się dawki o połowę. *H.*

Różę leczył **mesotanem** w 6 przypadkach Pautz (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 31) i to w 3 oliwą mesotanową (1: 1), w 3 zaś wazeliną mesotanową (1: 2), we wszystkich ze skutkiem doskonałym. Podrażnienia skóry obawiać się zdaniem P. nie należy wobec krótkiego czasu leczenia. *B.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 9 czerwca 1905 r.

Obecnych członków 30. Przewodniczy kol. Wechsler.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący poświęca kilka słów wspomnieniu ś. p. prof. Wehra i wzywa obecnych, aby przez powstanie uczcili jego pamięć.

III. Kol. doc. Wiczkowski przedstawia chorą z niezwykłą konfiguracyą serca, mianowicie uderzenie koniuszkowe, rozlane, jest najwyraźniejsze pod pachą lewą. Mimo tego niema żadnych objawów zaburzeń ze strony serca. Chora cierpi na gruźlicę płuc i musiała prawdopodobnie przebyć *pleuropericarditis*, co w następstwie dało owo przemieszczenie serca.

2. Przedstawia chorą z *leukaemia lienalis*, u której skład krwi wynosi 150,000 ciałek białych, przeszło 3,000,000 ciałek czerwonych, więc stosunek 1 : 20; hemoglobiny 60%. Chora ma się względnie dobrze, więc prelegent ma zamiar zastosować skombinowane leczenie promieniami rentgenowskiemi i wstrzykiwaniami atoksylu, którą to myśl uzasadniał teoretycznie na jednem z poprzednich posiedzeń, — poczem wynik przedstawi zgromadzeniu. *Zawadzki.*

XII. Posiedzenie naukowe z dnia 13 października 1905 r.

Obecnych członków 60. Przewodniczy kol. Wechsler.

Przewodniczący przedstawia jako gości doc. Drobę z Krakowa i dr. Fromowicza.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Doc. dr. Droba z Krakowa i doc. Kučera przedstawiają wyniki badań nad tegoroczną epidemią zapalenia opon mózgowordzeniowych. (Prace te ogłoszone będą drukiem)

Przewodniczący imieniem Towarzystwa wyraża podziękowanie prelegentom za przedstawienie swoich badań i doniosłych wyników naukowych, do jakich doszli, — w szczególności doc. Drobie, że umyślnie w tym celu zechciał przyjechać z Krakowa. Zgromadzeni hucznymi oklaskami nagradzają prelegentów.

III. Na członka Towarzystwa przyjęto dr. Damańskiego ze Lwowa. *Zawadzki.*

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 15 marca 1905 r.

Przewodniczący kol. Kwiatkiewicz, obecnych członków 11, gości 2.

Przewodniczący zawiadamia o wysłaniu telegramu w dniu otwarcia „Domu lekarskiego" w Krakowie. Przyjęto do wiadomości.

I. Kol. prof. Mars przedstawia kobietę z wrodzoną miednicą rozszczepioną i rozmiękczeniem kości. (Rzecz przeznaczona do druku)

Dyskusya: Kol. doc. Sołowij wypowiada przypuszczenie, że rozszczepienie to może być nabyte i to prawdopodobnie przy ostatnim porodzie, a przemawia za tem obecność rozmiękczenia kości i istnienie więzadła łukowatego *(lig. arcuatum).* Kol. Starzewski zgadza się z przypuszczeniem kol. Sołowija, ale sądzi, że pewność pod tym względem da dopiero obraz rentgenowski, który uwydatni różnice w budowie kości. Kol. dr. Kośmiński jest zdania, że trudno przypuścić nabyty rozstęp wobec obecnie stwierdzonego ścieśnienia; trudno mianowicie wytłómaczyć sobie możliwość porodów poprzednich, jeżeli się pomyśli, jakie znaczne ścieśnienie musiała okazywać ta miednica przed przypuszczalnym nabytym rozstępem. Kol. dr. Sołowij tłómaczy to właśnie obecnością rozmiękczenia kości. Kol. prof. Mars, odpierając przypuszczenia kol. Sołowija, przytacza na dowód swego twierdzenia nierówny rozwój kości miednicy i obecność więzadła łukowatego, trudno bowiem wyobrazić sobie możliwość niepęknięcia tego więzadła przy nabytym tak znacznym rozstępie kości. Zmiany rozmiękczenia kości uważa za zbyt małe, by umożliwiły porody i tak wybitny rozstęp kości. Zastrzega się wreszcie co do ostatecznego wytłómaczenia tego przypadku, gdyż na razie dokładniejszego badania nie miał czasu przeprowadzić. Kol. dr. Sołowij twierdzi, że objawy rozmiękczenia kości w tym przypadku są wybitne; między innemi nierówność obu połów miednicy; co do utrzymania więzadła łukowatego, to sądzi, że ono rozciągnąć się może.

II. Kol. Czyżewicz *jun.* demonstruje: 1. Dziecko, urodzone przed godziną przy pomocy obrotu, wobec miednicy płaskiej II stopnia. Ponieważ przy wydobywaniu główki wystąpiły znaczne opory, przeto wykonano wydobycie forsownie, z wielką siłą, przy równoczesnem parciu pacyentki, jednak bez ucisku na główkę od strony powłok brzusznych. Podczas szybkiego przesunięcia się główki przez przewód miednicy małej powstało głębokie wgniecenie prawej kości ciemieniowej, jako skutek ucisku wzgórka kości krzyżowej. Wgniecenia takie są częste przy porodach kleszczowych, gdzie główka powoli dostosowuje się tem samem do miednicy małej. Przy obrocie powstać mogą tylko przy bardzo forsownem wydobyciu główki celem ratowania dziecka. *(Autoreferat).*

2. Rzadki przypadek nabłoniaka kosmówki *(chorionepithelioma malignum).* Pacyentka przybyła w połowie stycznia b. r. do Zakładu położniczo-ginekologicznego, skarżąc się, że krwawi stale od czasu poronienia przed 4 miesiącami. Pierwsze badanie ambulatoryjne wykazało prócz krwawych odchodów jednostajne powiększenie trzonu macicy tak, że rozpoznanie musiało się wahać między grożącem świeżem poronieniem, resztkami z poprzedniego, a jakimś guzem, leżącym w jamie macicy, którego natury nie można było określić. Nadto znaleziono nieznaczny obrzęk prawego jajnika i zmiany po trzeciorzędnej kile w gardle. Spostrzeżenie pierwszych dni pozwoliło wykluczyć istnienie ciąży, wobec czego wyskrobano macicę i posłano wydobyte strzępy do Zakładu anatomii patologicznej w celu ich mikroskopowego zbadania. Badanie to wykazało ledwie dalekie przypuszczenie, że sprawa mogłaby dotyczyć złośliwego bujania pozostałości jaja płodowego, a ciągłe krwawe odchody, które u pacyentki nie ustąpiły po wyskrobaniu macicy, zdawały się to rozpoznanie potwierdzać. W celu uzyskania większej pewności przed zdecydowaniem się na usunięcie całej macicy wyskrobano jej jamę powtórnie, przyczem zauważyć należy, że ani pierwszym ani drugim razem nie można było łyżeczką wyczuć jakiegokolwiek guza. Badanie wydobytych strzępów dało tylko ten sam wynik co poprzednio. Postanowiono więc, opierając się na dotychczasowych przypuszczeniach badań mikroskopowych i na istnieniu krwawych odchodów, które stale się utrzymywały, usunąć macicę i to ze względu na powiększony prawy jajnik, drogą jamy brzusznej i postanowiono operacyę na 25/I.

Tymczasem 23 stycznia chora nagle zemdlała. Badanie zewnętrzne wykazało objawy krwotoku wewnętrznego, a wewnętrzne obecność w zatoce Douglasa miękkiego guza nieograniczonego, którego przedtem nie było, a który trzeba było odnieść do świeżych skrzepów krwi. Laparotomia dokonana w 55 minut później wykazała: prawy jajnik wielkości kurzego jaja, miękki, krwawy, a na jego tylnej ścianie otworek nierówny, wielkości soczewicy, skąd sączyła się krew. Zrostów żadnych nie było. Reszta narządów zupełnie na oko prawidłowa. Podwiązano i usunięto krwawiący jajnik i zamknięto jamę brzuszną. Laparotomia trwała 10 minut, szew brzuszny 14 minut, cała operacya 24 minut. Przebieg pooperacyjny w pierwszych dniach zupełnie prawidłowy; 29 i 30 stycznia przebyła chora dwudniowe zapalenie płuc prawostronne i od tego czasu odpluwała często krew. Nadto utrzymywały się stale krwawe odchody; 9 lutego wyjęto szwy. Rana zgoiła się przez rychłozrost. Badanie mikroskopowe wyciętego jajnika stwierdziło przerzut nabłoniaka kosmówki. Wobec tego, z chwilą gdy tylko pacyentka nabrała nieco sił, usunięto 10 lutego drogą pochwy całą macicę przy pomocy klamer w 14 minut. Po jej rozcięciu okazał się guz wewnątrz wielkości orzecha włoskiego na szerokiej szypule, już gołem okiem identyczny z guzem jajnika, guz, który zachodził w głąb miąższu macicy. Mikroskop potwierdził i tu rozpoznanie nabłoniaka kosmówki. Podczas ostatniej operacyi można było wykazać tylko zrosty bliznowate w miejscu usuniętego prawego jajnika. Zresztą żadnych zmian nie było. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Tylko krwioplucie nie ustawało i utrzymywała się ciężka niedokrwistość, której źródło leżało w pierwszym krwotoku wewnętrznym. Badanie krwi wykazało ledwie 2,900,000 ciałek czerwonych, erytrocyty jądrzaste i prawidłowy skład odsetkowy leukocytów; badanie plwocin nie wykazało pierwiastków komórkowych, ani prątków gruźliczych. Pomimo nieznacznych zmian przysłuchowych w płucach pacyentka miała się tak dobrze, że pomimo krwioplucia pozwolono jej 1/III wstawać. Dopiero od 9/III nastąpiło znów nieznaczne pogorszenie, a badanie wykazało dość małe zmiany wypukowe i przysłuchowe, rozsiane w płucach, zmiany, które najprawdopodobniej trzeba odnieść do przerzutów nabłoniaka kosmówki. Odtąd stan ogólny pogarszał się szybko tak, że niema nadziei wyjścia. Prawdopodobnie więc usunięcie pierwotnego guza i przerzutu w jajniku nie zapobiegło szerzeniu się sprawy nowotworowej dalej, choć z zupełną pewnością nie możnaby twierdzić, że zmiany w płucach nie są na tle gruźlicy lub trzeciorzędnej kiły. Są to jednak przypuszczenia, nie mające żadnych danych za sobą. Przypadek podany jest bardzo ciekawym ze względu, że nabłoniak kosmówki jest wogóle rzadką chorobą, a przerzut w jajniku bez żadnej widocznej drogi pośredniej i bez żadnych zrostów, tak rzadkiem powikłaniem, że mimowoli nasuwa się dość ryzykowna myśl, czy był to przerzut, czy może drugie pierwotne ognisko, powstałe może w ciele żółtem. Rozstrzygnąć tę sprawę byłoby bardzo trudno.

Powyższy opis nasuwa cały szereg uwag: 1. W odróżnieniu od innych nowotworów może nabłoniak kosmówkowy spowodować wewnętrzny krwotok ze względu tak szybkiego rozwoju, że niema czasu na wytworzenie się zrostów. Możeby nawet można ten objaw, choć naturalnie jest bardzo rzadki, spożytkować do ułatwienia rozpoznania tej sprawy chorobowej. 2. Przy skrobaniu jamy macicy można zupełnie nie czuć w niej leżących guzów, jeśli te mają szeroką szypułę i są pokryte twardą otoczką. 3. W rozpoznaniu nabłoniaka kosmówkowego należy kłaść główną wagę na objawy kliniczne, mniej na badanie mikroskopowe i to w pierwszej linii na krwawe odchody, utrzymujące się po dokładnej skrobance. 4. W przypadkach nabłoniaka kosmówkowego należy usuwać narządy płciowe zawsze drogą laparotomii, żeby nie przeoczyć ewentualnych przerzutów. *(Autoreferat).*

Dyskusya: Kol. Nowicki (gość): Badanie pierwszej skrobanki wykazało przerostowe zapalenie błony śluzowej macicy, a tylko w jednem miejscu znaleziono komórki doczesnej. Druga skrobanka wykazała już budowę taką, jaką sam guz przedstawiał. Demonstruje preparaty anatomiczne pomienionego przypadku i preparaty mikroskopowe,

t. j. skrobankę pierwszą, skrawek przerzutu w jajniku i skrawek guza macicy. Kol. doc. Sołowij wypowiada twierdzenie, że pierwsza skrobanka już dawała zupełną pewność nabłoniaka kosmówkowego i wynik jej mógł być wskazaniem do zabiegu operacyjnego. Kol. Nowicki uważa to zdanie za śmiałe i sądzi, że do pewności rozpoznania muszą się znajdować pierwiastki doczesnej w miąższu macicy. Kol. prof. Mars: Przypadek ten ilustruje, jak szybko sprawa taka postępować może; ocenić to można już makroskopowo z preparatów, że guz ten bardzo szybko rósł; ze samej zaś skrobanki nie jest tak łatwo rozstrzygnąć, czy jest nabłoniak kosmówkowy.

IV. Kol. Czyżewicz *jun.* demonstruje: Torbiel skórzakowy wielkości głowy dziecka, zawierający wśród tłuszczu cały splot włosów. Torbiel ten pochodził z lewego jajnika i był płaszczyznowo przyrośnięty po stronie prawej. Prócz skrętu całej macicy o 90° ku przodowi była szypuła torbiela skręcona o 360° lewozwrotnie, a więc w kierunku, w jakim skręcają się zwykle guzy prawego jajnika. Prelegent streszcza w krótkości zapatrywania na powstawanie skrętów Fritscha, Fischera, Freunda, Küstnera i Caria i sądzi, że przedstawiony przypadek przemawia bardzo za teoryą Küstnera, który za przyczynę uważa ruchy robaczkowe jelit i ustala kierunek skrętu dla strony, gdzie leży guz bez względu na stronę, skąd pochodzi.

Sekretarz: *Dr. Tadeusz Czaplicki.*

VI. Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1900.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

Książka pod powyższym tytułem ukazała się pod koniec roku 1904. Porównywując ją z jej poprzedniczkami, stwierdzić musimy znowu znaczny postęp w układzie całości. Treść podzieloną jest w sposób jasny i racyonalny na trzy główne działy, z których każdy rozpada się znowu na odpowiednie rozdziały. Wszystko zaś łączy się ze sobą organicznie w jedną całość. Uniknięto więc nareszcie owego poniekąd chaotycznego pomieszania rozdziałów (co do ich treści), które utrudniało korzystanie z materyału, bardzo mozolnie uzbieranego, a nieodpowiednio ugrupowanego.

Postęp, — choć już mniej wyraźny, — zaznaczyć także musimy w nieco zwiększonej ilości liczb porównawczych w dziale statystycznym: Rzeczą jest prostą, że każda liczba w statystyce zyskuje na wartości przez porównanie, — a bez tego porównania może czytelnika nawet wprowadzić w błąd. Porównanie to liczb dotyczących odnosimy naprzód do zestawień z szeregu lat i szeregu liczb z innych krajów monarchii w każdym szczegółowym rozdziale.

Nie usunięto wreszcie wadliwości w obliczaniu odsetkowem liczb. Przytaczam na przykładzie, jak niedokładne obliczenie prowadzi do błędnych wniosków:

Dzieci umiera u nas ogromnie wiele. Nic też dziwnego, że Sprawozdanie, — a za niem referent „Przegl. lek.“, — zajmując się tą sprawą pilnie, śledzi na podstawie liczb, czy w tym kierunku znajdzie jakie polepszenie, czy też nie. Dlatego, biorąc za podstawę liczby odsetkowe śmiertelności dzieci ze Sprawozdań z lat poprzednich (r. 1898 i 1899), zestawiłem następującą tabelkę:

	w r. 1898	w r. 1899	w r. 1900
W 1-szym mies. życia zmarło:	3·94‰ ludności,	4·39‰ ludności,	4·07‰ ludności,
W 1-szym roku życia zmarło:	9·7‰ ludności,	10·28‰ ludności,	10·1‰ ludności,
W pierwszych 5 lat. zmarło:	15·9‰ ludności,	16·37‰ ludności,	14·9‰ ludności.

Ale w Sprawozdaniu za rok 1900 znajdujemy na str. 15 podobną tabelkę z lat od 1895 do 1900, obejmującą jednak tylko dzieci, zmarłe w 1-szym roku życia: tu jednak znajdujemy za lata, objęte naszą tabelkę z poprzednich Sprawozdań wyjętą, zupełnie inne liczby, a mianowicie: w 1-szym roku życia zmarło: w roku 1898 8·96‰ ludności, w roku 1899 9·39‰ ludności, w roku 1900 10·1‰ ludności. Pokazuje się więc, że liczby, wyjęte z poprzednich Sprawozdań, czy też z ostatniego Sprawozdania, są fałszywe. Gdyby zaś kto na podstawie poprzednich liczb wysnuł był wniosek logiczny, że śmiertelność dzieci w pierwszym roku życia od roku 1898 do 1900 się zmniejszyła, musiałby na podstawie liczb z ostatniego Sprawozdania wniosek ten sprostować i uznać go za błędny. Wytłómaczenie tego faktu jest proste: w Sprawozdaniach z lat poprzednich brano za podstawę do obliczenia odsetkowego ilość mieszkańców Galicyi według spisu ludności z roku 1890, bez doliczenia każdorocznego przyrostu ludności; zaś w ostatniem Sprawozdaniu, które pisanem było już po spisie ludności w roku 1900, obliczono te liczby według tego spisu, a więc z doliczeniem naturalnego przyrostu ludności. Ale czytający Sprawozdania winien w nich znaleźć liczby pewne, na których można polegać bez corocznego porównywania i żmudnych sprawdzań i dochodzeń, dlaczego liczby, podane w Sprawozdaniu z jednego roku są inne, a w następnem Sprawozdaniu znowu inne.

Dalej: w dziale I 1. 2. (Śmiertelność według przyczyn) znajdowaliśmy w Sprawozdaniach z lat poprzednich liczby zmarłych na pojedyncze choroby nietylko podane sumarycznie, ale także obliczone odsetkowo na 1000 mieszkańców i na 100 zmarłych wogóle. W Sprawozdaniu za rok 1900 daje się często dotkliwie uczuwać brak tych liczb odsetkowych.

Wogóle więc powtórzyć wypada, cośmy już po inne lata pisali, że podawanie liczb statystycznych, jeśli tak mozolnie zestawione Sprawozdanie ma przynieść rzetelny pożytek, winno być koniecznie ujednostajnione i jak najdokładniej obliczane tak, by czytający, chcąc liczbę n. p. z roku bieżącego porównać z odpowiednią liczbą którego-kolwiek innego roku, mógł liczyć na pewne, że liczbę tę i w ten sam sposób obliczaną znajdzie w każdorocznem Sprawozdaniu. Bo sprawozdawca rozporządza zarówno liczbami urzędowemi, jak i siłami urzędniczemi, które takich obliczeń dostarczyć mu powinny; czytający ograniczonym jest do tego tylko, co wyszuka w samych Sprawozdaniach.

Jeśli to dozwolone, to w tych naszych uwagach ogólnych chcielibyśmy do autorów Sprawozdań wystąpić z dwoma prośbami: naprzód o wprowadzenie do Sprawozdań ponownie rubryki p. t. „Naturalny przyrost ludności i co za tem idzie — dokładniejszych liczb o emigracyi ludności. Następnie zaś sądzimy, że byłoby nadzwyczaj pożądanem dokładne przeglądnięcie przy układaniu nowego Sprawozdania za rok 1901 takiegoż Sprawozdania z roku ubiegłego i poprzednich. Wtedy autorowie przekonaliby się sami dowodnie, jak potrzebnem jest to ujednostajnienie w podawaniu i obliczaniu liczb statystycznych; — a powtóre wprowadziliby zapewne więcej ciągłości, związku, czy systemu w tych Sprawozdaniach. Dziś każde nowe Sprawozdanie dokonywanem bywa prawie niezależnie od poprzedniego, — nowe nie uwzględnia dawnego. Najwidoczniejszym jest ten brak ciągłości w tem, że w każdem Sprawozdaniu znajdujemy słusznie wytknięte braki i usterki czy to w urządzeniach zdrowotnych szkół, czy w złem obliczeniu liczby szczepionych, czy w niewypełnianiu obowiązków przez zarząd gminny, czy w złem wykonaniu wodociągu, zaniedbaniu wykonania zleceń lekarza urzędowego w czasie epidemii i t. d. Natomiast bardzo rzadko kiedy znajdujemy uwagę, czy władza, spostrzegłszy to zaniedbanie, nakazała i dopilnowała usunięcia wykazanych braków, względnie czy w roku następnym braki te usunięto i t. p. Rzeczą jest bowiem jasną, że niedość jest złe wykazać, lecz dążyć należy z całą wytrwałością do tego, by to złe usunąć. Otóż czytając Sprawozdania z lat ubiegłych, mieliśmy zawsze nadzieję, że w Sprawozdaniu następnem znajdziemy dalszy ciąg spraw w nich poruszonych i że przekonamy się, o ile złe wykazane zostało następnie usuniętem, względnie jakich środków użyto, by powtarzaniu się tych zaniedbań czy braków w latach następnych zapobiedz i czy one skutek swój osiągnęły. Tego zazwyczaj nie znajdujemy, — przybywają tylko corocznie nowe skargi i nowe narzekania na braki, dostrzeżone w roku sprawozdawczym. O wykazanych w roku zeszłym już się nie myśli. I tu widzimy ten brak ciągłości i związku między Sprawozdaniami.

Po tych uwagach ogólnych i odwołaniu się do tego, cośmy w uwagach tych już po inne lata na tem miejscu pisali, przystępujemy do szczegółowego Sprawozdania.

I. Ruch ludności.

A) Małżeństwa.

W roku 1900 zawarto w Galicyi 63.846 małżeństw, t. j. 8·75 na 1000 ludności. Liczba ta utrzymuje się z małemi wahaniami od lat około dziesięciu, a tylko w roku 1899 była znacznie wyższą (64.914, t. j. 9·82‰). Interesującem jest zestawienie liczb odsetkowych z pojedynczych powiatów Galicyi, z którego pokazuje się, że powiaty z ludnością ruską wykazują znacznie wyższe liczby odsetkowe (aż do 10·9‰) zawartych małżeństw, aniżeli powiaty z ludnością polską, które przeważnie okazują liczbę niższą od średniej dla całej Galicyi (od 8·75‰—6·3‰). Czyżby na to miała wpływać liczba małżeństw księży obrządku grecko-katolickiego? Czy raczej rozstrzyga tu większa ilość emigrujących?

B) Urodzenia.

W roku 1900 urodziło się w Galicyi 329.887 dzieci, czyli 45·2‰ ludności według spisu z 31/XII 1900 r. Pod tym względem przodujemy całej monarchii, gdyż w porównaniu z innymi krajami liczba urodzeń jest w Galicyi od lat wielu stale najwyższą. Z tej ogólnej liczby urodzeń w Galicyi było 11·2 prc. dzieci nieślubnych, z czego większa połowa przypada na dzieci rodziców izraelitów, żyjących w małżeństwie rytualnem, którego ustawodawstwo rakuskie nie uznaje za ważne; stąd też i dzieci te uważane są za nieślubne. Ale i ta liczba 11·2 prc. nieślubnych dzieci jest mniejszą, niż w roku 1899 (11·3 prc.) i od lat stale, choć powoli się zmniejsza.

Nieżywo urodzonych wykazano w 1900 r. 7388 dzieci, t. j. 2·24 prc. wszystkich urodzonych. Od roku 1891 do roku 1898 liczba ta zmniejszała się z 2·73 prc. aż do 2·24 prc. i odtąd już się nie zmniejsza. Z zamieszczonej na str. 8 Sprawozdania tablicy, wyjętej z publikacyi c. k. centralnej komisyi statystycznej, przekonywujemy się, że w całej monarchii najmniej dzieci nieżywo urodzonych pochodzi z rodziców wyznania grecko-katolickiego, zamieszkujących przeważnie Galicyę wschodnią i Bukowinę (2·18 prc. ogółu urodzonych), potem u grecko-oryentalnych (2·22 prc.), dalej rzymsko-katolickich (2·88 prc.), dalej u izraelitów (2·92 prc.), a wreszcie najwięcej u ewangielików (3·04 prc.).

Przy pomocy położniczej odbyło się w Galicyi w 1900 roku tylko 76.567, t. j. 23·2 prc. wszystkich porodów, to znaczy, że do 76·8 prc. wszystkich porodów w całej Galicyi nie wezwano nawet położnej. Postępy w tym kierunku są nadzwyczaj powolne. Przyczyn zaś tego smutnego faktu szukać należy nietylko w braku zaufania ludności do pomocy położniczej, lecz głównie w braku położnych po wsiach i małych naszych miasteczkach. To też władze autonomiczne starają się brakowi temu zapobiedz i wprowadzają stopniowo coraz to większą liczbę położnych okręgowych; z drugiej zaś strony udzielają chętnym wiejskim kobietom zasiłków i wysyłają do szkół położnych w Krakowie i Lwowie, a te powróciwszy na wieś, wypełniają swe obowiązki położnicze jako zarobek uboczny. (C. d. n.).

VII. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu chirurgów.

(18—23 września 1905.)

(Ciąg dalszy).

III.

Rozpoznanie chirurgicznych chorób nerki.

Albarran (z Paryża). Badanie chemiczne powinno się przeprowadzić przez kilka dni z rzędu. W przypadkach przewlekłego zapalenia miedniczek nerkowych zmniejsza się ilość prawidłowych składników moczu; zmniejszenie soli znachodzi się w gruźlicy nerek. Małą wartość ma oznaczenie zagęszczenia i kryoskopia krwi, większe znaczenie ma wydzielanie błękitu metylowego. Ważniejszem jest sprawdzenie, czy objawy te pochodzą z nerki, czy też z innych narządów. Potrzebnem jest w tym celu odosobnione badanie obydwu nerek. Cystoskopia i cewnikowanie muszą wykazać, czy siedzibą choroby jest pęcherz moczowy, czy nerka, i to która? W tym celu zbadać potrzeba mocz przez cewnikowanie moczowodów, wydobyty z obu nerek osobno. Trudniejsze będzie rozpoznanie, jeżeli guz wychodzi z torebki nerkowej, w przypadkach raka wnęki i guzów kołonerkowych. Czy choroba dotyczy obydwu nerek, potrzebne jest badanie moczu z obu nerek i wywołanie sztuczne poliuryi. Z reguły wydziela chora nerka mniej moczu, a barwiki powoli wydziela. Chlorki i fosforany obficiej się znajdują w moczu nerki zdrowej. Błękit metylowy lepiej wydziela nerka zdrowa. Sprawność wydzielnicza nerki chorej jest więcej jednolita, aniżeli nerki zdrowej. Rozstrzygnięcie pytania, czy nerka zdrowa objąć zdoła czynność nerki drugiej, umożebnia jedynie wywołana poliurya.

Kümmel (z Hamburga) nie odmawia wartości dawniejszym metodom badania, jest jednak zdania, że tylko nowsze metody badania fizyczno-chemicznego pozwalają ocenić, czy istnieją obie nerki i czy sprawność jednej z nich jest dostateczną, aby zastąpić nerkę drugą. Radiografia wykazuje nam obecność kamieni nerkowych. Cewnikowanie moczowodów daje pewne wyniki; u dzieci, gdzie ono jest niemożebne, nie zgadza się on nigdy na wycięcie nerki, chyba po dokonaniu czasowej nefrotomii, bo niema pewności, czy istnieje nerka druga. Separatory śródpęcherzowe nie dają wyników pewnych. Kryoskopia daje mu dobre wyniki. Stopień marznięcia krwi wynosi przy zdrowej nerce prawie stale 0·56°, granice jego są 0·53° do 0·57°. Na 200 badań nerek chorych wynosił on 0·66° do 0·71°.

Giordano (z Wenecyi) wskazuje na niebezpieczeństwa, wynikające z zapoznawania, że dawniejsze metody badania pozwalają prawie zawsze na rozpoznanie choroby nerki w sposób pojedynczy i również pewny, aniżeli metody nowsze. Do tego celu prowadzą wywiady chorego, dotyczące dziedziczności, powstania i rozwoju choroby, odruchy bolesne i t. d. Są przypady nerwowe, naśladujące choroby nerek. Pożyteczne jest obmacanie objętości nerek i ich poruszalności, miesienie nerki i badanie przy głowie na dół spuszczonej, niemniej wykazanie punktów bolesnych. Należy dalej przeprowadzić chemiczne badanie moczu. Te sposoby badania pozwalają na rozpoznanie pewne, które nowsze metody badania tylko potwierdzają. Nie należy się przeto narażać na śmieszność i opierać patologię nerki na samej meatoskopii. Oddzielenie moczu z każdej nerki z osobna jest czasem pożyteczne, a cewnikowanie moczowodów jest postępowaniem idealnem. Dobrem jest ustalenie rozpoznania wszelkimi sposobami, jakie daje doświadczenie kliniczne i umiejętność, potrzeba jednak odwagi i energii. Jeżeli się żąda, aby chory nie umierał z braku dostatecznej sprawności nerki, powinno się również żądać, aby nie umierał z niedostatecznej czynności chirurga.

W dyskusyi nad temi sprawozdaniami zabrali głos:

Bazy (Paryż) podaje, że nie należy zaniechać dawniejszych metod, do których rozpowszechnienia sam się przyczynił.

Legueu (Paryż) przeciwnie małą przyznaje wartość badaniu klinicznemu. Mimo teoretycznej niedostateczności oddzielenia śródpęcherzowego moczu w porównaniu z cewnikowaniem moczowodów, podnosi, że w praktyce jest ono wystarczającem, aby na tej podstawie wyciąć nerkę.

Kapsammer (Wiedeń) uważa cewnikowanie moczowodów za ideał.

Hannecart (Bruksela) zaleca prześwietlanie celem rozpoznania kamieni nerkowych.

Hartmann (Paryż) kładzie wielki nacisk na wywiady i badanie w rozmaitem położeniu. Prześwietlanie jest pożyteczne, jeżeli daje wynik dodatni; w przeciwnym razie zaś nie dozwala na żadne wnioski. Cewnikowanie moczowodów jest zbyteczne, bo separator Luysa daje pewne wyniki. W półtorej godziny przed oddzieleniem śródpęcherzowem moczu wstrzykuje 1 cgr błękitu podskórnie, a następnie bada mocz zebrany pod względem jego zabarwienia, chemicznie i histobakteryologicznie. Separatorem można wykazać, w jaki sposób dostaje się mocz do pęcherza. Tymi sposobami badania można z łatwością rozpoznać chorobę nerki.

(Ciąg dalszy nastąpi). *Bogdanik.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* **XV Kongres lekarski międzynarodowy w Lizbonie.** Komitet narodowy polski dla XV międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Lizbonie pozwala sobie w dalszym ciągu udzielić Szanownym Panom Kolegom wiadomości o dotychczasowych przygotowaniach i postanowieniach, powziętych przez Komitet wykonawczy tegoż Kongresu:

Sekcya XII t. j. laryngologii, otologii i stomatologii podzieloną została wskutek licznych objawionych życzeń na trzy oddzielne sekcye, mianowicie:

na Sekcyę XII a): rynolaryngologiczną,
na Sekcyę XII b): stomatologiczną i
na Sekcyę XII c): otologiczną.

Komitet wykonawczy uzyskał przyrzeczenie od odnośnych władz, iż koleje portugalskie, hiszpańskie i francuskie obniżą dla kongresistów taryfę osobową o 50%. Bliższe szczegóły i warunki podane będą później.

Dyrekcya kolei portugalskich przyznaje powyższe obniżenie na swych liniach tak dla członków Kongresu, jakoteż dla ich rodzin, przybywających z Pamphiloza do Lizbony.

Linia: Hamburg-Ameryka w Hamburgu zamierza dla wygody kongresistów urządzić podróż jednym z większych pocztowych parostatków, prawdopodobnie „Hamburg". W Lizbonie parowiec ten będzie w czasie trwania Kongresu służył gościom za hotel, a po Kongresie powiezie ich do Marokko i na wyspy Kanaryjskie. Ponieważ niewątpliwie wielu będzie chciało korzystać z tego udogodnienia podróży, radzimy wcześnie zgłosić się do Hamburga po miejsce, adresując: *Hamburg-Amerik-Linie, Bureau für Gesellschaftsreisen.*

Pożądanem byłoby, aby już dziś nadsyłano zgłoszenia uczestnictwa w Kongresie; dla otrzymania odnośnych kart, które wysyłać będzie za przesłaniem odpowiedniej kwoty (25 koron, 25 franków lub 20 marek), skarbnik Komitetu polskiego: p. dr. Wilhelm Słapa w Krakowie (Ul. Kolejowa, 4).

Pożądanem byłoby również, aby nasze ciała naukowe, zwłaszcza towarzystwa lekarskie, już dziś zajęły się wyborem swych reprezentantów na Kongres i Komitetowi narodowemu podały nazwiska tychże dla urzędowego ich zakomunikowania Komitetowi wykonawczemu.

Koledzy, którzyby pragnęli zgłosić dla Kongresu odczyt, zechcą zwrócić się do sekretarza Komitetu po odnośny szemat, który, wypełniony w szczegółach, winien być w najbliższym czasie odesłanym Komitetowi narodowemu.

Komitet narodowy polski dla XV międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Lizbonie.

Prof. Dr. B. Wicherkiewicz,
prezes.

Doc. Dr. Majewski, sekretarz. *Dr. Wilhelm Słapa.* skarbnik.

---

* *Od prof. Bujwida otrzymujemy następujące doniesienie:*

„W kursie dwutygodniowym dla lekarzy, który się odbył w Zakładzie, wzięło ogółem udział 20 lekarzy miejscowych i przyjezdnych, przeważnie rządowych. Kurs był teoretyczno-praktyczny tak, iż lekarze mieli sposobność przerobić osobiście sposoby badania i rozpoznawania, oraz metody zapobiegawcze. Szczepienia ochronne i zapobiegawcze zostały również szczegółowo omówione i okazane metody przygotowania szczepionek.

Ponieważ nadchodzą zapytania, czy kurs nie zostanie powtórzony, podaję do wiadomości, że zamierzam kurs powtórzyć w pierwszych dniach grudnia b. r., jeżeli zgłosi się przynajmniej 10 lekarzy. Obecnie nie mogę tego uskutecznić z powodu szczupłości lokalu zakładowego, gdzie muszą odbywać się codziennie wykłady higieny i ćwiczenia z bakteryologii dla słuchaczy medycyny. *Bujwid.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 26 października.

* Budowa kliniki psychiatrycznej w Krakowie daje powód do zasadniczej wymiany zapatrywań między władzą centralną państwa a galicyjskim Wydziałem krajowym. Ministerstwo oświaty stoi na stanowisku, że wszelkie nowe budowle uniwersyteckie w Krakowie mogą być podjęte tylko przy udziale kraju w kosztach, jak się to dzieje we wszystkich innych dzielnicach monarchii austryackiej. Na te centralistyczne wywody Wydział krajowy galic. odpowiada, że rząd austryacki przy zajęciu Krakowa wziął w swoje posiadanie fundusze uniwersyteckie, a za to zobowiązał się do finansowego pokrywania wszelkich potrzeb tej wszechnicy i dzięki tym stosunkom uniwersytet krakowski jest jedynym w całej monarchii, który istnieje i rozwija się wyłącznie na koszt skarbu państwowego. Ze stanowiska więc zobowiązań historycznych Wydział krajowy oczywiście ma wszelką słuszność: zasadnicze uznanie obowiązkowego spółudziału kraju we wszystkich przyszłych inwestycyach uniwersytetu krakowskiego sprowadziłoby wielkie ciężary pieniężne na Galicyę, gdyż inwestycye uniwersyteckie nigdy się nie kończą, jak nie kończy się postępowy rozwój nauk, wytwarzający coraz to nowe potrzeby. Ale w Wydziale krajowym jak i w W. Sejmie galicyjskim ponad wszystkiemi umowami teraźniejszemi i byłemi góruje, a w każdym razie górować powinno dobro kraju — *suprema lex:* bo klinika psychiatryczna, o której budowę sprawa się toczy, nie jest lokalną instytucyą krakowską, ani ściśle, że się tak wyrazimy, uczelnią szkolną; przeciwnie oddziaływanie szkoły psychiatrycznej sięga głęboko w ustrój społeczny, przeobraża pojęcia o przyczynach wszelkiego rodzaju zboczeń nerwowo-umysłowych, daje bodźca do zakładania różnych towarzystw, zapobiegających chorobom mózgowym, a wreszcie, jako ostateczny i najwyższy cel, — wytwarza społeczna opiekę nad umysłowo chorymi, których w Galicyi mamy kilka tysięcy bez odpowiedniego zaopatrzenia. Na takich też szerszych podstawach uzasadnił Wydział lekarski U. J. swoje poparte przez Senat podanie do W. Sejmu, wzywające posłów do uchwalenia kwoty na budowę kliniki psychiatrycznej w Krakowie, a to w imię dobrze zrozumianego interesu całego naszego społeczeństwa. Podług słów prof. Piltza, który w sprawie budowy kliniki psychiatrycznej w Krakowie rozwija w Wiedniu i we Lwowie chwalebną i gorliwą działalność, panuje w Sejmie i w Wydziale krajowym zupełne zrozumienie tej sprawy i można żywić wszelką nadzieję, że reprezentacya kraju uchwałą swoją umożebni wytworzenie instytucyi tyle ważnej a tak niezbędnej dla postępu psychiatryi i dobra społecznego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 18 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) uczczono pamięć prof. Edwarda Korczyńskiego; 2) przyjęto jednomyślnie na członków Towarzystwa drów: Wychowskiego i Syropa; 3) załatwiono bieżące sprawy administracyjne i wnioski Komisyi przemysłowo-lekarskiej; 4) kol. Gliński demonstrował okazy anatomiczne; 5) kol. Borzęcki przedstawił chorą z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza; 6) kol. Lemberger mówił: „O związkach saponinowych". Na temże posiedzeniu Towarzystwo lekarskie uchwaliło następujący wniosek kol. prof. Korczyńskiego: „Wezwać i upoważnić prezydyum Towarzystwa do wniesienia na ręce Rektora prof. Gluzińskiego przedstawienia do Wys. Sejmu, w którem zostałaby podniesiona potrzeba zwołania ankiety, złożonej z przedstawicieli stanu lekarskiego i przemysłu zdrojowego, a to w celu omówienia i wyświetlenia postulatów zdrojownictwa przed uchwaleniem wniesionej obecnie noweli do ustawy zdrojowej z r. 1891".

* W celu omówienia sprawy zaopatrzenia lekarzy okręgowych i ich rodzin, oraz w celu porozumienia się, w jaki sposób sprawę tę najskuteczniej przeprowadzić w Sejmie, odbyło się we Lwowie dnia 20 b. m. posiedzenie Izby lekarskiej wschodnio-gal. z współudziałem delegata Izby zachodnio-gal., jakoteż lekarzy posłów sejmowych i delegatów lekarzy okręgowych. Uchwalono jednomyślnie tę tak naglącą sprawę, wobec krytycznego położenia lekarzy okręgowych, poprzeć w obecnej jeszcze kadencyi sejmowej wspólną interwencyą obu Izb lekarskich galicyjskich. Delegatem Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej był prof. dr. Wicherkiewicz.

* Wobec spodziewanej zmiany sejmowej ordynacyi wyborczej obie Izby lekarskie galicyjskie, na wniosek Izby lwowskiej, wysłały do W. Sejmu jednobrzmiące podania, w których przedstawiają niezbitą potrzebę, by interesa stanu lekarskiego zastępowało w Sejmie dwóch posłów lekarzy, po jednym z każdej Izby, wybranych przez te instytucye.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie powzięło na ostatniem posiedzeniu nader pożyteczną uchwałę: uznając potrzebę nietylko doskonalenia wyrazownictwa lekarskiego polskiego, zebranego w wydanym w roku bieżącym „Słowniku", lecz i dalszego pomnażania i uzupełniania go w miarę rozwoju pojęć naukowych, Towarz. lekar. krak. uchwala nie rozwiązywać Komisyi słownikowej, lecz uprosić ją w dotychczasowym składzie do zatrzymania mandatów. Do Komisyi słownikowej należą profesorowie: Tad. Browicz (przewodniczący), Stan. Ciechanowski, Stan. Domański i Leon Kryński. Do nich więc lekarze polscy mają adresować wszelkie uwagi i pomysły, dotyczące polskiego słownictwa lekarskiego.

Skoro już mowa o słownictwie, to wyznać musimy szczerze, że w pracach z roku bieżącego nie dostrzegliśmy jeszcze wpływu „Słownika" na terminologię lekarską polską: niezawodnie przyczyna tego spoczywa do pewnego stopnia w krótkości czasu, ale nie mniej świadczy,

że „Słownik“ nie rozszedł się jeszcze w takiej liczbie, jak tego po jego obrobieniu, wyłożonej pracy i doniosłości ujednostajnienia słownictwa lekarskiego polskiego mieliśmy prawo oczekiwać.

* Obsadzenie opróżnionej katedry chirurgii w warszawskim uniwersytecie nabiera szerszego znaczenia ze względu na ducha ukazów carskich i uchwałę grona profesorów warsz. uniwersytetu, wzywającego rząd do nieczynienia różnic narodowościowych i wyznaniowych przy obsadzaniu katedr uniwersyteckich. O ile słyszeliśmy paru kandydatów — polaków wniosło podanie.

* Ś. p. prof. Edward Korczyński zostawił legat w kwocie 200 koron na fundusz żelazny Muzeum historycznego Wydziału lekarskiego U. J.

* Statut mającej się zawiązać w Warszawie „Ligi przeciwgruźliczej“ został zatwierdzony. D. 15 b. m. odbyło się pierwsze zgromadzenie, na którem zapisało się na członków 25 osób. Towarzystwo uważać się będzie za zawiązane, jeśli się zapisze 50 członków, a kapitał zakładowy wyniesie 5000 rb.

* Redaktorem „Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego“ wybrany został na następne 3 lata ponownie dr. S. Kamieński.

* Dnia 29 b. m. odbędzie się w Łodzi poświęcenie i otwarcie Szpitala Anny-Maryi dla dzieci. Życzymy nowej, a tak ważnej i potrzebnej instytucyi najpomyślniejszego rozwoju. Naczelnym lekarzem tego szpitala jest zaszczytnie znany pedyatra dr. J. Brudziński.

* Między 1 a 7 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: kamioneckim, śniatyńskim, stryjskim, turczańskim i złoczowskim.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Peter mian. został prof. nadzw. anatomii w Würzburgu. Dr. Ballowitz — profesorem zwycz. anatomii w Münster.

Nekrologia. Dr. Michał Doboszyński zmarł w Słoninie. Dr. Rufin J. Skrodzki zmarł w Warszawie. Dr. Burckhardt prof. nadzw. chirurgii, zmarł w Bazylei.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 40. Monsiorski: Haemetocele anteuterina. Czarnik: Intubacya i tracheotomia na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie w latach 1894—1903 (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 41. Rzętkowski: O wpływie spożywanego mięsa na wydzielanie z moczem ciał alloksurowych (dok.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 20. zawiera: Pilna sprawa. — Narządy rodne kobiece i ich funkcye (c. d.). — Leczenie rzeżączki u kobiet.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 10. Lušić-Matković: Tri bleupharoplastike. Marković: Slučaj spastične dječje diplegije. Kohout: Prehlada. Karliński: Na koji način može narodni učitelj u veliko unaprijediti pobljšanje zdravstvenog stanja.

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaetetické therapii* Nr. 10. Velich: Studie o vlivu soustavy nervové na tep. Mourek: Vzácný případ náhlé duševni infekce šesti sourozenců.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 42. Případ zánětu plic, nabytého v lůně matky. Plavec: Malá motorická epilepsie. Šamberger: Ku pathologii hyperkeratos. Poledne: Případ sclerosis multiplex cerebrospinalis po poranění bleskem.

— *La Presse médicale* Nr. 82. Besançon i Jong: Ziarnowiec nieżytowy. — Nr. 83. Tuffier: Umiejscowienie i wydobycie pocisków zapomocą metody, polegającej na prostej radioskopii.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 42. Baumgarten: O zatrzymywaniu się prątków gruźliczych w miejscu ich wtargnięcia. Scheller i Stenger: Przyczynek do patogenezy błonicy. London: Dalsze doświadczenia nad działaniem radu. Preiss: Przyczynek do zapobiegania gorączce połogowej. Fink: Drugi przyczynek do skutków jednorazowego leczenia kamicy żółciowej w Karlsbadzie. Franck: W sprawie gorączki miesiączkowej u kobiet gruźliczych.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 42. Ranke: Przyczynek do zapobiegania czasem wstawiających się zwężeń krtani po intubacyi i następowej tracheotomii. Avellis: Dzisiejsza granica i przyszła meta w leczeniu dychawicy. Reichel: Powikłania po operacyi wola. Müller: Choroby weneryczne w garnizonie w Metz. Neustätter: O alypinie, przetworze zastępującym kokainę w praktyce ocznej. Vörner: Spożytkowanie stężonego kwasu karbolowego w leczeniu chorób skóry na tle zołzowem, oraz czyraków. Rosenhaupt: Kliniczny przyczynek do chorób posurowiczych. Jacobitz: Przypadek posocznicy wywołany gronkowcem żółtym. Wolffhügel: Osobliwy przypadek obustronnego wodonercza po urazie. Steinheimer: Przypadek ropnia wątroby z rozmaitemi powikłaniami. Hessmann: Przypadek zwichnięcia kości ramieniowej z pęknięciem tętnicy pachowej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 42. Krauss i Dörr: O doświadczalnem leczeniu czerwonki. Badania spraw wydzielniczych na miękkiem podniebieniu. Steinbüchel: W sprawie miesiączki trąbkowej. Hofbauer: Kazuistyczny przyczynek do patologii naczyń łożyska i owodni. Detre i Sollei: Jaką rolę odgrywa stłuszczenie przy hemolizie sublimatowej. Dörr: O t. zw. agresynie dyzenterycznej.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 42. Przyczynek do poznania krętka bladego. Braun: O niektórych nowych lekach miejscowo znieczulających (stowaina, alypina, nowokaina). Gutmann: Przyczynek do etyologii i statystyki pierwotnego zapalenia tęczówki. Uhlenhuth: Postępowanie zmierzające do biologicznego rozróżnienia krwi spokrewnionych zwierząt. Grünbaum: W sprawie pochodzenia wody płodowej. Korentschewsky: W sprawie grypy rzekomej. Urbach: Przyczynek do kazuistyki drżączki ruchów zamierzonych u dzieci. Oppenheimer: Fermenty a toksyny.

Redakcya otrzymała: A. Sokołowski: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych (T. III). Brudziński: Przepisy dla matek chorych dzieci. Langenhagen: La cure de la tuberculose sur la Riviera et à Menton. Talko-Hryncewicz: Yamarowka kak kurort i buduszczaja sanatoria dla wostocznoj Sibiri.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 42 (od dnia 15/X do 21/X) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 26, dziew. 29; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 19, kob. 13; zamiejscowych: męż. 3, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. 2, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. —, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. —. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 10, ob. 1. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 10.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.

Dr. UHMY
PUDER NA WŁOSY w płynie.

Doskonale odtłuszcza i odkaża skórę, zapobiega wypadaniu włosów, wzmacnia ich porost — Do nabycia w zasobniejszych aptekach, drogueryach i składach perfum. **W Krakowie:** W. Redyk, Reim i K. Wiśniewski; **we Lwowie:** Hay, Mikolasch; **w Wiedniu:** Nieust. Wyst. Zw. prz. I. Spiegelg. 21. 175

UPRASZA się PP LEKARZY ZAPISYWAĆ ZAWSZE

PIGUŁKI BLANCARD'A Aprobowane przez Akademię Medyczną w Paryżu. i **SYROP**

w **BLADACZCE LYMFATYZMIE BLADOŚCI CERY SIFILISIE ORGANICZNYM**

Blancard 40, Rue Bonaparte PARIS

w PARYŻU

Jedyne zespolające się z organizmem i skuteczne.



PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
VICHY



Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przspisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organów żółć wydzielających.

VICHY-HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ETAT Wydające wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Rok XLIV. Kraków 4 Listopada 1905. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

Kilka słów o t. zw. objawie Kerniga.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński, asystent kliniki.

We wprowadzonem przed kilkunastu laty przez Quinckego nakłuciu lędźwiowem sztuka lekarska zyskała niewątpliwie cenny i pewny środek tak dla rozpoznawania zapalenia opon w ogólności, jak też dla różniczkowego rozpoznania poszczególnych odmian tej choroby; dzisiaj zabieg ten, nietrudny i przy zachowaniu odpowiednich ostrożności nie przedstawiający żadnego niebezpieczeństwa, stanowi już integralną część klinicznych metod badania. Jednakże dla łatwo zrozumiałych przyczyn nakłucie lędźwiowe jako środek rozpoznawczy we wczesnym okresie choroby niewielkie dotychczas znalazło zastosowanie poza murami szpitala lub kliniki; lekarz praktyczny zmuszonym jest i dziś zatem posługiwać się innymi, nie tak namacalnymi środkami badania. Jednym z objawów, za którym zwykliśmy starannie poszukiwać w każdym przypadku, podejrzanym w kierunku zapalenia opon mózgowordzeniowych, czy to gruźliczej, czy też nagminnej natury, jest t. zw. objaw Kerniga. Jak wiadomo, polega on na tem, że jeżeli choremu, u którego w pozycyi leżącej żadnych przykurczeń nie znajdujemy, każemy usiąść, lub posadzimy go na łóżku, wówczas wystąpi przykurczenie kończyn dolnych tak znaczne, iż uciskając z pewną nawet siłą na staw kolanowy, wyrównać go nie jesteśmy w stanie. Przyczyną tego objawu jest prawdopodobnie podrażnienie korzonków nerwowych, a co za tem idzie, pewien stan wzmożonego napięcia mięśniowego. Dopóki poszczególne grupy mięśni znajdują się w równowadze, wzmożone to napięcie nie występuje na jaw; natomiast, skoro — jak to ma miejsce w pozycyi siedzącej z wyciągniętemi kończynami, — pewne grupy mięśni zostaną zwolnione, wówczas występuje tem silniejszy skurcz w grupach antagonistycznych. Galli[1]) przyjmuje, iż przyczyną tego podrażnienia, a zatem występowania objawu Kerniga, jest zwiększone parcie w kanale rdzeniowym i uważa, iż objaw ten jest równie pewną oznaką tego zwiększenia parcia, co bezpośrednie wykazanie go nakłuciem lędźwiowem. Z tego powodu poleca Galli badanie w kierunku objawu Kerniga, jako dogodny sposób, mogący zastąpić w praktyce nakłucie lędźwiowe. Co do swoistego znaczenia rozpoznawczego dla nagminnego zapalenia opon, jakie pierwotnie objawowi Kerniga przypisywano, to straciło ono wiele na wartości wobec licznych doniesień, stwierdzających obecność tego objawu w innych stanach chorobowych. Carrière[2]) i Netter[3]) spostrzegali go w ciężkich przypadkach duru brzusznego; Georget[4]) w zapaleniu płuc; Abadie[5]) i Magri[6]) w nerwobolu kulszowym; przedewszystkiem zaś liczni autorowie stwierdzają obecność objawu Kerniga w gruźliczem zapaleniu opon. Wobec tych spostrzeżeń większość autorów przypisuje dziś obecności tego objawu tylko względne znaczenie.

Od dłuższego czasu zwracałem uwagę na objaw Kerniga na naszym obfitym materyale gruźliczego zapalenia opon; w ciągu ubiegłych miesięcy spostrzeżenia te mogłem powiększyć kilkudziesięcioma przypadkami nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych — wreszcie załączam tu kilka przypadków innej natury chorobowej.

Spostrzeżenia te przekonały mnie przedewszystkiem, iż jeżeli chcemy oceniać częstość i stałość pojawiania się objawu Kerniga u dzieci, wówczas musimy przeprowadzić pewien podział, którego podstawę stanowić będzie wiek dziecka. Różnica zachowania się pod tym względem w pierwszem dzieciństwie, a w późniejszym okresie wieku jest bardzo wybitna: podczas gdy u dzieci starszych spotykałem objaw Kerniga bardzo często, to w pierwszem dzieciństwie natomiast, t. j. u dzieci 2—3-letnich, w tych samych okolicznościach brakowało objawu tego prawie zawsze. Nigdy nie znalazłem go u niemowląt. Potwierdzenia tego spostrzeżenia dostarczyło mi odnośne piśmiennictwo, gdyż jakkolwiek nie spotkałem się ze ściśle sformułowanym poglądem o znaczeniu wieku dziecka w tym kierunku, to jednak prawie wszystkie opisane przypadki zapalenia opon, w których objaw Kerniga był ujemny, odnoszą się do dzieci w pierwszych latach życia.

Odsetkowo przedstawiał się dodatni wynik badania jak następuje:

W gruźliczem zapaleniu opon mózgowych u dzieci powyżej lat 3 znalazłem objaw Kerniga 20 razy na 34 badanych przypadków = 59%. Objaw ten występuje niekiedy już w pierwszym, często dopiero w drugim okresie; w ostatnim, porażnym, zwykle znika. W jednym ze spostrzeganych przypadków objaw Kerniga wystąpił tak wcześnie i tak wybitnie, iż pozwolił na pewne postawienie rozpoznania, zanim jeszcze choroba przybrała swój typowy obraz.

W nagminnem zapaleniu opon mózgowordzeniowych objaw Kerniga był obecny 19 razy na 25 przypadków, tyczących się dzieci również powyżej lat 3 (76%). Widzimy

[1]) Rivista critica di clinica medica 1900, Nr. 41, 52 (streszczenie w Archiv. f. Kinderh. T. 37, str. 167).

[2]) Revue mens. des malad. de l'enf. 1903, str. 183.

[3]) Soc. de biolog. 1903, 17 Janv. Paris.

[4]) Thèse de Paris, 1903.

[5]) Comptes rendus de la soc. de biol. de Paris. 1902, str. 1412.

[6]) Riforma medica 1902, Nr. 83 (streszczenie j. w.).

zatem, że po wykluczeniu pierwszego dzieciństwa, objaw ten w nagminnem zapaleniu opon spotkać można wprawdzie nie zawsze, ale w każdym razie bardzo często, przyczem, jak mogłem stwierdzić, znaczne nasilenie przykurczenia i bolesność przy badaniu w tym kierunku towarzyszą zwykle ciężkiemu przebiegowi choroby. Utrzymywanie się długi czas objawu Kerniga świadczy, iż sprawa chorobowa nie jest ukończona: tak n. p. w dwóch przypadkach, w których w jednym po 9-tygodniowem, a w drugim po 12-tygodniowem trwaniu choroby objaw Kerniga był jeszcze bardzo wybitny, badanie płynu mózgowordzeniowego (płyn ropny, zawierający meningokoki) wykazało, iż proces zapalny był jeszcze w całej pełni. Jeżeli natomiast w przebiegu zapalenia nagminnego opon objaw Kerniga, przedtem dodatni, poczyna ustępować, można to uważać za znak pomyślny w rokowaniu.

Że samo podrażnienie opon bez zmian zapalnych może być przyczyną wystąpienia objawu Kerniga, przekonałem się w następującym przypadku:

Chłopiec lat 9, przywieziony do szpitala w stanie bezprzytomnym. Badanie fizyczne stwierdziło wysięk opłucny lewostronny; wysięk ten okazał się ropnym na tle gronkowca ropotwórczego. Z powodu przypadłości mózgowych i obecności objawu Kerniga wykonano nakłucie lędźwiowe: ciśnienie wynosiło 40 mm. rtęci, płyn jasny wykazywał ślad białka. Z bardzo skąpego osiadu, zawierającego nieco ciałek wielojądrzastych, wyhodowałem również gronkowca ropotwórczego. Chłopiec zmarł na drugi dzień po przybyciu do szpitala. Sekcya wykazała ogniska ropne prawie we wszystkich narządach, na oponach mózgowordzeniowych wszakże żadnych zmian zapalnych nie było.

Również do podrażnienia opon prawdopodobnie toksycznej natury musimy odnieść pojawianie się objawu Kerniga w przebiegu ostrych chorób gorączkowych, zwłaszcza duru brzusznego. Dwa ciężkie przypadki tego rodzaju miałem sposobność świeżo spostrzegać. Przy równoczesnem zajęciu świadomości objaw Kerniga wystąpił w obu przypadkach (chłopiec 10-letni i dziewczyna 8-letnia, rodzeństwo) tak wybitnie, iż wobec panującej równocześnie epidemii nagminnego zapalenia opon rozpoznanie przechylało się początkowo na tę stronę. Wobec spostrzeżeń Carrièrea[7]), który objaw Kerniga w przebiegu duru brzusznego uważa za objaw bardzo niepomyślny w rokowaniu, zaznaczyć muszę, iż nasze oba przypadki ukończyły się wyleczeniem; nie można zatem tego złego rokowania uważać za bezwzględne prawidło.

Wreszcie spotkałem objaw Kerniga 2 razy w przebiegu ciężkiego zapalenia płuc (jedno z zejściem śmiertelnem) i jednym przypadku rażenia słonecznego (wyleczenie). I w tych przypadkach objawowi Kerniga towarzyszyło zajęcie świadomości.

Jak zatem wobec przytoczonych faktów przedstawia się wartość rozpoznawcza objawu Kerniga? Nie jest ona oczywiście bezwzględną: ani brak objawu Kerniga nie pozwala na wykluczenie zapalenia opon, ani też obecność tego objawu nie może być uważana sama przez się za zupełnie pewny dowód istnienia sprawy zapalnej na oponach mózgowordzeniowych. Do różniczkowania pomiędzy gruźliczem, a nagminnem zapaleniem opon objaw ten również zużytkowanym być nie może. W zastosowaniu praktycznem jednak, pomimo tej niezupełnej ścisłości, objaw Kerniga może w zestawieniu z całością obrazu chorobowego oddać nam bardzo cenne usługi. Obecność tego objawu daje nam w rękę namacalny dowód, że mamy do czynienia z wybitnem podrażnieniem opon mózgowordzeniowych; inne szczegóły obrazu chorobowego muszą rozstrzygnąć, do jakiego tła podrażnienie to odnieść należy. Podobnie jak przy większości środków rozpoznawczych, tak i tu dodatni wynik badania ma znacznie większe znaczenie, niż ujemny. W pewnych okolicznościach dodatni ten wynik może być wprost rozstrzygający: jeżeli n. p. spotykamy u dziecka zbiór tych zrazu nieuchwytnych objawów, które budzą podejrzenie początkowego okresu gruźliczego zapalenia opon, wówczas stwierdzenie objawu Kerniga zmienia to podejrzenie w niezbitą pewność. Gdy zważymy, jak ważnem dla lekarza, a jak trudnem nieraz jest wczesne rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon, to musimy podkreślić, iż w tych właśnie okolicznościach poszukiwanie za objawem Kerniga ma największe praktyczne znaczenie. Badanie w tym kierunku jest wskazanem bezwarunkowo w każdym wątpliwym przypadku, a zwłaszcza tam, gdzie nakłucie lędźwiowe nie może być dla różnych względów uskutecznione.

Wspominałem poprzednio o teoryi, tłómaczącej powstawanie objawu Kerniga wzmożonem ciśnieniem płynu mózgowordzeniowego. Pragnąc przekonać się, jaki zachodzi stosunek pomiędzy objawem Kerniga, a podniesieniem ciśnienia w kanale rdzeniowym, zwracałem uwagę na zachowanie się tego objawu bezpośrednio po wypuszczeniu pewnej ilości płynu, a co za tem idzie, znacznem obniżeniu parcia. Tak n. p. wykonałem nakłucie lędźwiowe u chłopca 6-letn. z zapaleniem opon gruźliczem, u którego objaw Kerniga był bardzo wyraźny. Ciśnienie wynosiło 110—115 mm. rtęci; po wypuszczeniu 28 sz. cm. płynu spadło do 15 mm. Badanie chłopca bezpośrednio po wykonaniu zabiegu stwierdziło, iż objaw Kerniga znikł zupełnie, jednakże już w 8 godzin później pojawił się ponownie, prawdopodobnie wskutek zebrania się nowych ilości wysięku.

Również w innym przypadku gruźliczego zapalenia opon objaw ten, przedtem dodatni, znikł bezpośrednio po wykonaniu nakłucia i obniżeniu parcia płynu z 70 na 15 mm. rtęci. W tych przypadkach zatem objaw Kerniga zdawał się pozostawać istotnie w przyczynowej zależności od wzmożonego parcia w kanale rdzeniowym. Jednakże tłómaczenia tym sposobem mechanizmu objawu Kerniga nie można uogólniać. Miałem sposobność spostrzegać przypadki gruźliczego zapalenia opon, w których ciśnienie było bardzo znaczne, a objawu Kerniga brakło zupełnie; z drugiej strony w innych przypadkach tej choroby ciśnienie było niezbyt wzmożone, a objaw Kerniga był bardzo wybitny: tak n. p. było u wspomnianego powyżej dziecka, u którego objaw ten stanowił jeden z najwcześniejszych oznak gruźliczego zapalenia opon. Również w końcowym okresie gruźliczego zapalenia opon, t. zw. okresie porażnym, znika objaw Kerniga, pomimo że, jak się przekonałem, ciśnienie w tym okresie może być bardzo znaczne i wynosi nieraz do 100 mm. rtęci. Przeciwko wyłącznemu tłómaczeniu objawu Kerniga wzmożeniem ciśnienia przemawia również częste pojawianie się tego objawu w zapaleniu opon nagmin-

[7]) L. c.

nem, dla którego niektórzy autorowie objaw ten chcieli nawet uczynić swoistym, a przy którym — jak miałem sposobność się przekonać — ciśnienie jest wzmożone zwykle nieznacznie. Co do zachowania się objawu Kerniga w nagminnem zapaleniu opon bezpośrednio po wypuszczeniu pewnej ilości płynu, to wprawdzie w jednym przypadku zauważyłem ustąpienie tego objawu po obniżeniu parcia, zwykle jednak utrzymywał się on bez zmiany po wykonaniu nakłucia, a badanie w tym kierunku było bardzo bolesne. Prawdopodobnie przyczyną tego objawu jest w tych przypadkach samo rozszerzenie się sprawy zapalnej na opony rdzenia. Sądzę zatem, że jakkolwiek występowanie objawu Kerniga jest niewątpliwie wyrazem wzmożonej pobudliwości korzonków nerwowych, to jednak przyczyna tego stanu może mieć różne źródła: bądźto samą sprawę zapalną, rozszerzającą się na opony rdzeniowe, bądź też wzmożenie ciśnienia w kanale rdzeniowym, lub wreszcie działanie toksyn.

Kończąc tych kilka uwag, poczuwam się do obowiązku podziękowania memu czcigodnemu szefowi prof. Jakubowskiemu za pozwolenie korzystania z materyału klinicznego.

II. Nabłoniak złośliwy kosmówki (*chorionepithelioma malignum*) w świetle nowszych badań.

Podał

Dr. L. K. Gliński.

(Podług wykładu habilitacyjnego, wygłoszonego w d. 12 grudnia 1904).

(Ciąg dalszy.)

Co się tyczy dokładniejszej budowy histologicznej tych nowotworów, to pod tym względem zgodnie z Marchandem rozróżniamy 2 główne postacie: typową i atypową. W przypadkach typowych znajdujemy mikroskopowo mniejsze lub większe belki, utworzone z ziarnistej protoplazmatycznej masy z nierównomiernie wśród niej rozmieszczonymi, silnie się barwiącymi (a więc zawierającymi dużo chromatyny) jądrami rozmaitego kształtu i wielkości; są to więc pokłady syncytyalne, które, łącząc się ze sobą, wytwarzają splot, jakby siatkę o okach najrozmaitszego kształtu i wielkości; większe oka tej siatki są niejednokrotnie jeszcze poprzecinane nitkowatemi lub pasmowatemi wypustkami protoplazmatycznemi (bez jąder), odchodzącemi od większych belek Na obwodzie te belki syncytyalne miejscami, choć nie wszędzie, posiadają rąbek włosisty lub nawet dość wyraźne migawki; wśród ich protoplazmy dość często widzieć można mniejsze lub większe wakuole, próżne lub wypełnione krwinkami czerwonemi; za pośrednictwem swoistych odczynników wśród protoplazmy można wykazać obecność kropelek tłuszczu. Szerokość tych belek protoplazmatycznych bywa bardzo zmienna, miejscami są one bardzo wązkie w postaci ledwo dostrzegalnych wypustek protoplazmatycznych, gdzieindziej przeciwnie są one nawet bardzo szerokie.

W okach siatki, splotu, utworzonego przez te masy syncytyalne, znajdujemy w typowych przypadkach nagromadzone mniej lub więcej liczne, jasne, ostro od siebie odgraniczone wieloboczne komórki z jasnem, słabo się barwiącem okrągłem jądrem; wśród cytoplazmy tych komórek łatwo wykazać obecność glikogenu. W komórkach tych, odpowiadających komórkom Langhansa w kosmku, względnie często widzieć można figury karyokinetyczne, podczas gdy w masach syncytyalnych karyokinezy dotychczas nie spotykano i co najwyżej opisywano prosty podział jąder. Ta obecność dwóch rodzajów komórek — syncytyum i komórek Langhansa, wzajemny ich do siebie stosunek, wreszcie przesiąknięcie tkanki krwią, obecność licznych skrzepów włóknikowych, składają się na właściwą charakterystykę tego nowotworu w przypadkach typowych. Podnieść przytem należy, że gniazda nabłonkowe niejednokrotnie są ze wszech stron otoczone skrzepami włóknika, które to skrzepy niekiedy w postaci szerszych lub węższych pasm wdzierają się również pomiędzy oddzielne komórki, opasując je nawet dookoła; nawet wśród samychże skrzepów spotkać można także rozrzucone oddzielne komórki. Ten stosunek komórek nowotworowych do skrzepów zdaje się przemawiać za ich zdolnością powodowania krzepnięcia w otoczeniu, co odpowiada również fizyologicznemu zachowaniu się tych komórek podczas ciąży, gdzie, dzięki właśnie (przynajmniej częściowo) tej własności nabłonka, kosmki przyklejają się do powierzchni doczesnej.

Nie wszędzie znajdujemy opisane wyżej ugrupowanie elementów nowotworowych — syncytyum i komórek Langhansa: nawet w przypadkach typowych w wielu miejscach są one rozrzucone bezładnie, przyczem miejscami przeważa syncytyum, miejscami komórki Langhansa; zupełnie typowe obrazy wcale pospolicie spotykają się w postaci czopów komórkowych w świetle mniejszych i większych naczyń żylnych. Prócz tych dwóch głównych rodzajów komórek, nawet w typowych przypadkach nabłoniaka kosmówki spotykają się także komórki, stanowiące niejako przejście pomiędzy tymi dwoma rodzajami nabłonka; są to zwykle wielkie jednojądrzaste, rzadziej dwulub wielojądrzaste komórki rozmaitego kształtu; jądra tych komórek są również różnokształtne; cytoplazma i jądra barwią się tutaj rozmaicie silnie. Wśród partyi nowotworowych dobrze zachowanych spotykamy w nabłoniaku kosmówki bardzo pospolicie także miejsca z obumarłymi już lub obumierającymi elementami nowotworowymi; zjawisko to nie powinno nas zadziwiać wobec tego, że, jak to w swoim czasie wykazali Marchand, Poten i Wassmer, Langhans i inni, nowotwór ten nie posiada własnych nowowytworzonych naczyń i odżywia się tylko materyałem, dostarczonym z obwodu i przez zachowane jeszcze naczynia macierzyste. W końcu wspomnieć musimy, że na obwodzie ognisk nowotworowych wśród zachowanej jeszcze tkanki niejednokrotnie widzieć można mniej lub więcej rozległe nacieki drobnokomórkowe.

W przypadkach atypowych tego wyraźnego rozgraniczenia pomiędzy 2 rodzajami nabłonka kosmkowego i tego charakterystycznego ugrupowania komórek nie znajdujemy. Jak powiada Marchand, w tych przypadkach „das Chorionepithel hat überall ganz oder wenigstens grösstentheils seine eigenthümliche normale Anordnung aufgegeben oder verloren und tritt nur in Gestalt isolierter Zellen auf, welche indess verschiedene Beschaffenheit zeigen können“. Tutaj stosunkowo rzadko spotykamy komórki o typowem wejrzeniu komórek Langhansa, jak również rzadko tylko widzieć można wielkie pokłady syncytyalne; główna masa nowotworu składa się z pomieszanych ze sobą bezładnie komórek najróżnorodniejszych, z których jedne zbliżają się do typu ko-

mórek Langhansa, inne tworzą skupienia mniejszych i większych najrozmaitszego kształtu komórek o silnie barwiącej się protoplazmie; jądra tych komórek zawierają dużo chromatyny (silnie się barwią), przybierają kształt najrozmaitszy i są zmiennej wielkości, dochodząc często wprost olbrzymich rozmiarów; komórki te są jużto jedno- lub dwujądrzaste, już też, nawet często, wielojądrzaste tak, że stanowią one już bezpośrednie przejście do mas syncytyalnych. Zdaniem licznych autorów ta różnokształtność komórek jest wynikiem tego, że w pewnych warunkach masy syncytyalne rozpadać się mogą na szereg oddzielnych komórek rozmaitego kształtu i wielkości, te zaś komórki, ulegając całemu szeregowi przeobrażeń, zmieniać się mają w ostatecznym wyniku w komórki Langhansa; z drugiej strony komórki Langhansa, zlewając się ze sobą i odpowiednio się przeobrażając, mogą dawać początek wielkim masom syncytyalnym; rzeczywiście zwłaszcza w atypowych przypadkach nabłoniaka złośliwego kosmówki niejednokrotnie można wykazać cały szereg postaci przejściowych pomiędzy komórkami Langhansa, a masami syncytyalnemi, co zdaje się przemawiać za słusznością powyższego twierdzenia [4]).

W takich atypowych przypadkach niejednokrotnie w ścianach zajętego narządu nie tworzy się właściwy guz, a raczej powstaje naciek nowotworowy, złożony z powyżej opisanych różnokształtnych komórek. Prócz właściwych elementów nowotworowych, podobnie jak w typowych przypadkach, znajdujemy tutaj również rozległe wylewy krwi, mniej lub więcej rozległą martwicę elementów nowotworowych i tkanek macierzystych, wnikanie komórek nowotworowych w ściany i do światła naczyń żylnych, wreszcie obecność licznych skrzepów włóknikowych, zachowujących się podobnie, jak to ma miejsce w przypadkach typowych.

Opisane powyżej dwa typy nabłoniaka złośliwego kosmówki nie wyczerpują jeszcze wszystkich obrazów, jakie spotkać możemy przy badaniu tych nowotworów. Opisywano już niejednokrotnie przypadki, stanowiące niejako przejścia pomiędzy tymi dwoma typami; spotykają się również nabłoniaki kosmówki, złożone prawie wyłącznie tylko z komórek Langhansa lub prawie tylko z mas syncytyalnych. Niektórzy autorowie na tej podstawie starali się wyróżniać cały szereg rozmaitych rodzajów nabłoniaka złośliwego kosmówki, w rzeczywistości jednak podział taki nie daje się ściśle przeprowadzić, zwłaszcza wobec tego, iż niejednokrotnie w jednym i w tym samym guzie nowotworowym spotykamy najrozmaitsze obrazy: obok miejsc o utkaniu typowem znajdujemy ogniska, zupełnie atypowe; obok partyi, złożonych wyłącznie lub prawie wyłącznie z komórek Langhansa widzieć można rozległe gniazda, składające się wyłącznie z wielkich mas syncytyalnych i t. d. Z tego względu najsłuszniejszym jest, zresztą ogólnie przyjęty, podany przez Marchanda podział nabłoniaków kosmówki na typowe i atypowe.

Łatwo zrozumieć, że w atypowych przypadkach wejrzenie mikroskopowe nabłoniaka złośliwego kosmówki może wysoce przypominać utkanie mięsaka. Wobec tego nie można się dziwić, że przez tak długi czas cały szereg autorów niewłaściwie pojmował ten nowotwór, a nawet, że dziś jeszcze niektórzy autorowie (świeżo n. p. Freund) twierdzą, iż przynajmniej część nabłoniaków złośliwych kosmówki należy właściwie do grupy śródbłoniaków lub mięsaków. Rzeczywiście niekiedy stanowcze rozstrzygnięcie, z jakim nowotworem mamy w danym przypadku do czynienia, napotyka na bardzo wielkie trudności, a nawet może być wprost niemożliwem; w takich przypadkach należy uwzględniać całokształt spotykanych obrazów i nie ograniczać się do badania skrawków z jednego lub paru tylko miejsc, badać wycinki z najrozmaitszych miejsc danego nowotworu, gdyż wtedy nawet w atypowych przypadkach niejednokrotnie udaje się wykazać obecność charakterystycznych 2 rodzajów nabłonka kosmkowego — syncytyum i komórek Langhansa.

Jedną z charakterystycznych cech nabłoniaka kosmówki jest, jak to już i wyżej wspominaliśmy, jego wielka złośliwość, objawiająca się z jednej strony szybkiem wnikaniem elementów nowotworowych w głąb zajętego narządu i niepohamowanym rozrostem w ścianach i otoczeniu tego narządu, z drugiej strony — szybkiem tworzeniem mniej lub więcej licznych przerzutów w odległych narządach. Poprzednio już mówiliśmy o tem, jak rozrasta się ten nowotwór w zajętym przezeń narządzie, skąd przechodzić może w podobny sposób na części otaczające. Widzieliśmy przytem, że nabłonki płodowe przy tym rozroście wnikają w bardzo znacznej ilości w ściany i do światła naczyń krwionośnych; tą właśnie okolicznością tłómaczy się nam łatwość, z jaką nabłoniak złośliwy kosmówki tworzy przerzuty: wnikające do światła naczyń krwionośnych komórki nowotworowe zostają uniesione prądem krwi i wraz z nią dostają się do rozmaitych narządów, gdzie jako obdarzone wielką siłą proliferacyjną, natrafiając na odpowiednie podłoże, rozrastają się dalej, dając początek nowym guzom nowotworowym, t. j. przerzutom. Wogóle więc nowotwór ten tworzy przerzuty, podobnie jak mięsak, drogą naczyń krwionośnych, wyjątkowo jednakże może się on przerzucać również i drogą naczyń chłonnych i kilkakrotnie już opisywano przerzuty tego nowotworu w odpowiednich gruczołach chłonnych.

Przerzuty nabłoniaka złośliwego kosmówki stosunkowo najczęściej spotykamy w płucach, co łatwo jest zrozumiałem wobec tego, iż tutaj zwykle po raz pierwszy krążące w krwi żylnej komórki nowotworowe trafiają na naczynia włosowate, w których grzęzną i rozrastają się dalej, przechodząc na otoczenie. Powstające w ten sposób przerzuty w płucach zwykle nie dochodzą znaczniejszej wielkości, często są bardzo drobne, ledwo dostrzegalne gołem okiem; bywają jednak one również i nieco większe aż do wielkości orzecha laskowego; wyjątkowo tylko spotykamy tutaj jeszcze większe guzy przerzutowe. Niekiedy przybierają one kształt zawałów krwotocznych (infarctus haemorrhagici), od których wtedy trudno je makroskopowo odróżnić ze względu na znaczną ilość nasiąkłej krwi. Zresztą makroskopowo przerzuty nabłoniaka złośliwego kosmówki wogóle nie różnią się od ognisk

---

[4]) W jakich warunkach następuje to przeobrażenie się syncytyum w komórki Langhansa i odwrotnie, na to pytanie nie możemy dotychczas dać stanowczej odpowiedzi. Rosner w swej pracy na podstawie znalezionych obrazów mikroskopowych, stawia hypotezę, że zarówno w prawidłowych, jak i w patologicznych warunkach syncytyum tylko tam ma byt zapewniony, gdzie styka się z płynem, podczas gdy w zetknięciu się z ciałem stałem (skrzepami, włóknikiem) traci warunki bytu. Być więc może, że rozpad syncytyum na oddzielne komórki następuje w zetknięciu się jego ze stałymi skrzepami, z włóknikiem, podczas gdy odwrotnie komórki Langhansa, stykając się z płynami odżywczymi, być może zlewają się ze sobą, przybierając postać mas protoplazmatycznych.

macierzystych ich zaś różnica mikroskopowa polega głównie na tem, że zwykle posiadają one utkanie atypowe, częstokroć utworzone prawie wyłącznie z mniejszych i większych mas protoplazmatycznych z licznemi jądrami; przytem jednakże zawsze zwraca na siebie uwagę obfitość wylewów krwi i skrzepów włóknikowych. Rzadziej, aniżeli w płucach spotykamy przerzuty nabłoniaka złośliwego kosmówki w wątrobie, gdzie komórki nowotworowe mogą się dostawać z krwią żyły wrotnej, jak to n. p. miało miejsce w przypadku Hübla: w tym przypadku w wielkich pniach żyły wrotnej znajdowały się obfite przeniesione tutaj masy nowotworowe.

Stosunkowo rzadziej, niż w płucach i w wątrobie, spotykamy przerzuty nabłoniaka złośliwego kosmówki w innych narządach wewnętrznych, a mianowicie: w śledzionie, w nerkach, w mózgu, w kościach, a nawet w ścianach przewodu pokarmowego (Menge). Powstawanie przerzutów w tych narządach tłómaczyć sobie musimy dostawaniem się elementów nowotworowych do wielkiego krążenia; zjawisko to nie powinno nas zadziwiać wobec tego, iż spotyka się je pospolicie również i przy innych nowotworach: wobec stosunkowo znacznej szerokości kapillarów płucnych komórki nowotworowe mogą niekiedy przechodzić przez nie i wraz z krwią żył płucnych dostawać się do lewego serca, stąd zaś zostają już rozniesione po całym organizmie; dostawanie się elementów nabłoniaka złośliwego kosmówki do światła żył płucnych jest tem bardziej ułatwione, że przerzuty tego nowotworu w płucach, podobnie jak i w innych narządach, szerząc się na otoczenie, okazują dążność do wrastania w ściany i do światła naczyń żylnych, wobec czego masy nowotworowe mogą wrastać wprost do światła żył płucnych i już stąd wraz z krwią cząstki nowotworu dostawać się mogą do lewego serca. Jak świadczy przypadek Bussego, te dostające się do lewego serca składniki nabłoniaka złośliwego kosmówki mogą niekiedy już tutaj w sercu rozrastać się w wielkie guzy nowotworowe, a oderwane od tych guzów cząstki nowotworu mogą stać się powodem licznych zatorów nowotworowych w całym szeregu narządów wewnętrznych.

Prócz wymienionych narządów, bardzo często, można powiedzieć najczęściej, gdyż częściej nawet, niż w płucach przerzuty nabłoniaka złośliwego kosmówki spotykamy w pochwie; niejednokrotnie dopiero te przerzuty zwracają uwagę chorej, a i lekarzowi one przedewszystkiem wpadają w oczy. Przerzuty te nie różnią się zresztą od przerzutów w innych narządach, chyba tylko tem, że stosunkowo częściej posiadają tutaj zupełnie typowe utkanie. Powstawanie tych przerzutów w pochwie tłómaczy się poprostu łatwością dostawania się elementów nowotworowych do światła rozszerzonych podczas ciąży splotów żylnych.

Ta wybitna złośliwość nabłoniaka kosmówki stawia go w jednym rzędzie z najbardziej złośliwymi znanymi nam nowotworami — mięsakami i rakami. W niedawnych jeszcze czasach, gdy nie znano jeszcze dokładnie budowy i pochodzenia tego nowotworu, starano się go zaliczyć właśnie do jednej z tych dwu grup nowotworowych; stąd wynikł w nauce spór, który w końcu doprowadził do dokładniejszego poznania tego nowotworu. W rzeczywistości z pośród grupy raków i mięsaków nabłoniak złośliwy kosmówki wyróżnia się już choćby z tego względu, że nowotwór ten rozwija się w narządach jednego indywiduum, t. j. matki, z tkanek, należących do innego osobnika, t. j. dziecka, czego w innych nowotworach nie spotykamy. Jednakże i pod wielu innymi względami nowotwór ten różni się zasadniczo zarówno od raków, jak i od mięsaków. Przedewszystkiem takiej budowy mikroskopowej, jak w nabłoniaku kosmówki, nie spotykamy ani w raku, ani w mięsaku; dotyczy to zwłaszcza przypadków typowych. W przypadkach atypowych niekiedy wprawdzie mikroskopowo nabłoniak kosmówki może się zbliżać do utkania mięsaka, a za mięsakiem w takich przypadkach zdaje się również przemawiać sposób szerzenia się tego nowotworu (drogą naczyń krwionośnych); jednakże już przy dokładniejszem badaniu mikroskopowem, zwłaszcza skrawków z różnych miejsc, bardzo często udaje się nam odszukać miejsca o charakterystycznej budowie nabłoniaka kosmówki, a zresztą obecność licznych skrzepów włóknikowych, rozległe wylewy krwi, różnokształtność komórek nawet w atypowych przypadkach nie zdają się przemawiać za mięsakiem. Wreszcie, co najważniejsze, pochodzenie nabłoniaka kosmówki już stanowczo nie pozwala na zaliczenie go do grupy mięsaków: mięsak jest zawsze pochodzenia łącznotkankowego; w nabłoniaku kosmówki, jak to wykazali pierwsi Fraenkel i Marchand, punktem wyjścia nowotworu są wyłącznie nabłonki kosmków łożyskowych; wprawdzie wyjątkowo wśród utkania nabłoniaka kosmówki można również spotkać łącznotkankowe podścielisko kosmka, te jednak przypadki właśnie najwymowniej przemawiają przeciw łącznotkankowemu pochodzeniu tego nowotworu, gdyż wykazują, iż w takim zbłąkanym kosmku przerostowi nowotworowemu ulega wyłącznie nabłonek, podczas gdy tkanka łączna zupełnie się nie rozrasta. Ze względu właśnie na to pochodzenie nabłoniaka kosmówki, pierwsi autorowie chcieli go zaliczyć do grupy raka; w przeciwieństwie jednak do raka nabłoniak kosmówki nie posiada własnych naczyń, nie posiada własnego podścieliska łącznotkankowego, tworzącego w raku charakterystyczną siatkę, dalej nabłoniak kosmówki różni się od raka wogóle swą budową, dwoistością wchodzących w jego skład elementów, sposobem szerzenia się na otoczenie (wrastanie głównie do światła naczyń krwionośnych) i tworzenia przerzutów (rak tworzy przerzuty prawie wyłącznie za pośrednictwem naczyń chłonnych). Wogóle więc różnice pomiędzy nabłoniakiem złośliwym kosmówki z jednej strony, a rakiem i mięsakiem z drugiej strony są tak znaczne, że do żadnej z tych 2 kategoryi niepodobna go zaliczyć; również niepodobna go zaliczyć do żadnej innej znanej grupy nowotworów, ponieważ tutaj różnice są jeszcze znacznie większe. Z tych względów w klasyfikacyi nowotworów nabłoniak złośliwy kosmówki zajmować musi zupełnie odrębne stanowisko [5]).

Pomimo całej złośliwości nabłoniaka kosmówki, istnieją w nauce, nieliczne wprawdzie, spostrzeżenia, gdzie nowotwór ten okazywał przebieg łagodny (przypadki Picka, Schauty, Koliska, Schlagenhaufera i t. d.). Opisano nawet przypadki, w których po wyłuszczeniu głównego guza miały zniknąć istniejące w narządach wewnętrznych przerzuty (Zagorjański-Kisiel, Risel). Czy jednakże

[5]) Wprawdzie istnieje pewien związek pomiędzy nabłoniakiem kosmówki a t. zw. nowotworami potworniakowatymi (teratomata), dokładne jednak omawianie tej sprawy oddaliłoby nas zbytnio od właściwego naszego tematu, a zresztą pokrótce wspomnieć będziemy musieli w dalszym ciągu o wzajemnym do siebie stosunku tych nowotworów.

przypadki te uważać należy rzeczywiście za dobrotliwe? Czy w przypadkach z przerzutami rzeczywiście następował zanik guzów nowotworowych? Czy wobec tego należy rozróżniać 2 postacie nabłoniaka kosmówki, jak proponuje Schlagenhaufer — złośliwą i dobrotliwą? Jakie wreszcie w takim razie są cechy różniczkowe pomiędzy temi 2 postaciami? Wszystko to są pytania niezwykle ciekawe i niezwykle ważne, zwłaszcza dla klinicysty, niestety jednak nauka na pytania te dotychczas nie dała stanowczej odpowiedzi. Wprawdzie cały szereg autorów, jak n. p. Schauta, Schmit, Neumann, świeżo v. Velits, Grein próbowali na podstawie znalezionych obrazów mikroskopowych wykazać pewne różnice w budowie nabłoniaka kosmówki złośliwego i dobrotliwego, jednakże podanym przez nich cechom różniczkowym niepodobna jest przypisywać jakiegoś rzeczywistego znaczenia, a i wogóle sprawy istnienia dobrotliwej postaci nabłoniaka kosmówki dotychczas za ostatecznie rozstrzygniętą uważać nie można.

Poprzednio niejednokrotnie podnosiliśmy, iż nabłoniak złośliwy kosmówki pozostaje w bezpośrednim związku z ciążą, a mianowicie, że rozwija się z elementów jednej z błon płodowych — kosmówki. Odpowiednio do tego, jak usadawia się ciąża, pierwotne guzy nowotworowe powinniśmy spotykać tylko w macicy, w przypadkach zaś ciąży pozamacicznej — w jajowodach. Tutaj też rzeczywiście zwykle rozwija się pierwotnie nabłoniak kosmówki, jednakże nie wyłącznie, wbrew temu, jak sądzono jeszcze do bardzo niedawna. Niejednokrotnie w macicy i w jajowodach nie znajdujemy zupełnie utkania nowotworowego, podczas gdy nowotwór ten poczyna się rozwijać pierwotnie w jakimś innym narządzie, gdzie może nawet dochodzić do znacznych rozmiarów i tworzyć przerzuty. Pierwsze tego rodzaju spostrzeżenia ogłosili w r. 1897 L. Pick i Schmorl, od tego zaś czasu liczba tych spostrzeżeń bardzo znacznie wzrosła tak, że już w r. 1902 Zagorjański-Kisiel zdołał zebrać z piśmiennictwa 16 tego rodzaju spostrzeżeń, do których dołączył 2 nowe — swoje własne przypadki; obecnie liczba tego rodzaju spostrzeżeń coraz bardziej wzrasta. W tych przypadkach pierwotny guz nowotworowy najczęściej rozwija się w pochwie, wyjątkowo w innych narządach, jak w płucach (przypadek Davisa i Harrissa) lub w sercu (przypadek Bussego); niekiedy nawet nie znajdujemy zupełnie guza, który wogóle możnaby uważać za guz pierwotny, istnieją zaś tylko jakby przerzuty nowotworu o niewiadomym punkcie wyjścia. Tutaj również należałoby zaliczyć i te przypadki nabłoniaka złośliwego kosmówki, w których pierwotne ogniska nowotworowe rozwijają się nie w miejscu przyczepu łożyska, lecz dopiero głęboko wśród mięśnia macicznego.

We wszystkich tego rodzaju przypadkach dokładniejsze badanie pozwala nam zawsze wykryć pewien ścisły związek nowotworu z ciążą: zawsze tutaj nabłoniak kosmówki rozwija się w krótkim stosunkowo czasie po przebytem poronieniu, zaśniadzie groniastym, lub nawet (względnie często) po ciąży prawidłowej. Jak tedy należy sobie tłómaczyć powstawanie nabłoniaka złośliwego kosmówki w tego rodzaju przypadkach poza miejscem pierwotnego usadowienia się ciąży i czy rzeczywiście w tych przypadkach jako punkt wyjścia nowotworu uważać należy również kosmówkę? Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, musimy sobie przypomnieć to, o czem już poprzednio mówiliśmy, to jest zachowanie się kosmków łożyskowych już w zwykłych warunkach. Widzieliśmy wtedy, że już nawet w ciąży prawidłowej nabłonek kosmówki, a nawet całe kosmki wrastać mogą głęboko w ściany macicy, stąd zaś drogą naczyń żylnych mogą być roznoszone po całym organizmie. W zwykłych warunkach te elementy płodowe po pewnym czasie giną bez szkody dla organizmu; w pewnych jednak, bliżej nam nieznanych warunkach, podobnie zresztą, jak to ma miejsce w miejscu pierwotnego usadowienia się ciąży, elementy te, obdarzone jako komórki płodowe wielką zdolnością bujania, trafiając na odpowiedni grunt, mogą się dalej rozrastać i bujając niepohamowanie dawać początek guzom nowotworowym. Oczywiście, że w ten sposób mogą u jednego i tego samego osobnika w rozmaitych narządach powstawać mnogie guzy nowotworowe, które znowuż ze swej strony mogą dawać powód do tworzenia przerzutów w innych narządach, wikłając jeszcze bardziej obraz anatomiczny i nie pozwalając często rozstrzygnąć, które z tych guzów rozwinęły się z przeniesionych elementów płodowych, a które — z przeniesionych komórek, oddzielonych od nowotworu. Biorąc rzeczy najogólniej, możnaby powiedzieć, że w tego rodzaju przypadkach mamy do czynienia z przerzutami nieistniejącego nabłoniaka kosmówki w miejscu pierwotnego usadowienia się ciąży; te zaś przerzuty ze swej strony dają powód do przerzutów wtórnych; tak też patrzy na tę sprawę wielu autorów, między innymi autor cennej monografii o nabłoniaku kosmówki Risel. W rzeczywistości zapatrywanie to jest niesłuszne: nowotwór tutaj rozwija się nie z przeniesionych elementów nowotworowych, lecz z przeszczepionych w niewłaściwe miejsce komórek płodowych, które dopiero tutaj, (t. j. w pochwie, w narządach wewnętrznych) ulegają właściwemu bujaniu nowotworowemu; nie są to więc przerzuty nabłoniaka kosmówki, lecz właściwy pierwotny nabłoniak kosmówki, rozwijający się z przeszczepionych w niewłaściwe miejsce elementów płodowych, mogących występować mnogo w różnych narządach i zdolny worzyć w dalszym ciągu liczne przerzuty. Podobnie jak n p. nie nazwiemy raka, wychodzącego z gruczołów trawiennych w przełyku lub z trzustki dodatkowej w jelicie przerzutem raka żołądka (wzgl. przerzutem raka trzustki), tak samo nie możemy uważać za przerzuty nabłoniaka, rozwijającego się z przeniesionych w niewłaściwe miejsce elementów łożyskowych: przerzuty rozwijać się mogą tylko z przeszczepionych komórek nowotworowych.

Tak więc i w tych przypadkach, gdzie nabłoniak złośliwy kosmówki rozwija się daleko od miejsca przyczepu łożyska (bez zmian nowotworowych tutaj), mamy w rzeczywistości do czynienia z prawdziwym pierwotnym nabłoniakiem kosmówki, lecz rozwijającym się nie z samejże kosmówki, a tylko ze zdolnych do dalszego rozrostu składników kosmka łożyskowego, przeniesionych w niewłaściwe miejsce. W ten sposób najlepiej tłómaczy się to pozornie paradoksalne zjawisko, że nowotwór, mający za punkt wyjścia błony płodowe, może niekiedy występować pierwotnie w narządach, z temi błonami nie mających właściwie nic wspólnego. (Dok. nast.).

III. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Sahli. **O zastosowaniu w klinice i w praktyce metody Pavyego oznaczania cukru sposobem miareczkowym i o kilku jej technicznych modyfikacyach.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 36, 1905). Oznaczyć dokładnie koniec odczynu przy ilościowem obliczeniu cukru miareczkowaniem zapomocą płynu Fehlinga bywa rzeczą trudną; z tego też powodu grube niekiedy powstają mylki. Wprawdzie starał się temu zaradzić Pavy, dodając do płynu Fehlinga pewną ilość NH_3 w tym celu, by tworzący się przy odtlenieniu (redukcyi) tlenek miedziawy utrzymać bezbarwnym w rozczynie i przeszkodzić jego strącaniu się, skutkiem czego zaznacza się koniec odczynu (t. j. doszczętne odtlenienie tlenku miedziowego) zupełnem odbarwieniem płynu; sposób ten jednak nie wszedł nigdzie w użycie, a nawet sam Sahli w ostatniem (czwartem) wydaniu znanego swego podręcznika (*Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden* 1905) poddał go surowej krytyce. Przedewszystkiem bowiem skutkiem ulatniania się NH_3 przy dłuższem, silniejszem gotowaniu tlenek miedziawy i tak strąca się; natomiast jeżeli się gotowania dostatecznie nie podtrzymuje, to skutkiem dostępu powietrza część tlenku miedziawego zamienia się znowu w tlenek miedziowy, a cały płyn silnie znowu niebieszczeje. Wprawdzie Pavy radzi w celu ograniczenia ulatniania się NH_3 i zmniejszenia dostępu powietrza połączyć biuretę zapomocą przewierconego korka i kawałki rurki gumowej wprost z kolbą, jednakże postępowanie podobne jest dla lekarza praktyka, nieobeznanego z techniką chemiczną, połączone z pewnemi niedogodnościami (oparzenie palców przez silnie rozgrzewający się zaciskacz, przykre wywiązywanie się par NH_3). Wszystkie te ujemne strony dają się jednak uniknąć, a metoda Pavyego w tej modyfikacyi, jaką nam Sahli obecnie podaje, jest prostą, pewną, szybko i łatwo wykonalną.

Wykonanie jej tak, jak ją Sahli w swej klinice praktykuje, przedstawia się następująco: Do miareczkowania służą dwa odczynniki: *Cupri sulfur. 4·158, Aq. dest. ad 500 cm.; II. Sal Seignetti 20·4, Kalii hydroxydati 20·4, Ammoniae liq. c. g. 0·88, 20·4, Aq. dest. ad 500 cm.* — 10 cm.³ zmieszanych razem tych płynów (po 5 cm.³ każdego) ulega odtlenieniu przez 0·005 glikozy. Do Erlenmeyerowskiej kolby pojemności 75—100 cm.³ odmierza się dokładnie zapomocą pipety po 5 cm.³ z odczynnika I i II, a następnie dodaje jeszcze 30 cm.³ wody, najlepiej przekroplonej. Kolbę stawia się na zwykłym trójnóżku, pokrytym azbestową siatką drucianą, nad lampką spirytusową lub gazową. W braku azbestowej siatki można użyć cienkiego azbestowego kartonu lub żelaznej czy niklowej czarki, której dno posypuje się warstwą palonej magnezyi; azbest, względnie magnezya, służą do zmniejszania zbytniego gorąca przy gotowaniu, jak również dla lepszego ocenienia zmian w zabarwieniu na białem tle. Jeżeli miareczkowanie ma dać dokładne wyniki, musi mocz badany nie zawierać mniej, niż 1‰ cukru; trzeba go zatem, jeśli zawiera większe jego ilości, odpowiednio rozcieńczyć. Po napełnieniu biurety miareczkowej takim rozcieńczonym moczem dolewa się go, otwierając zaciskacz, bardzo ostrożnie i cienkim strumieniem do lekko gotującego się rozczynu siarkanu miedzi w kolbie; należy baczną zwracać uwagę, by przez odpowiednie regulowanie płomienia palnika gotowanie płynu Pavyego odbywało się bardzo równomiernie. Koniec odczynu zaznacza się zupełnem odbarwieniem gotującego się płynu, co na tle białem łatwo przychodzi badającemu określić. Tylko wtedy, jeżeli do rozcieńczenia płynu Pavyego lub moczu użyje się zamiast wody przekroplonej wody studziennej, zawierającej sole wapienne, to one podczas gotowania w obecności KOH strącając się, utrudniać mogą oznaczenie końca odczynu. Jeżeli się zatem w braku wody przekroplonej używa wody studziennej, to należy ją przedtem odwapnić przez zagotowanie z kroplą KOH i następne przesączenie. Sam mocz powinien być zupełnie przeźroczysty; jeżeli zawiera większą ilość barwików moczowych lub fosforanów, to należy je przedtem usunąć, w pierwszym razie przez wstrząsanie z węglem zwierzęcym, w drugim przez lekkie ogrzanie z kroplą KOH (bez zagotowania, aby nie zredukować pewnej części cukru) i następne przesączenie. Z uwzględnieniem powyższych modyfikacyi i technicznych szczegółów próba powyższa zasługuje na szersze wprowadzenie dla celów kliniki i lekarza praktyka. *Wilczyński.*

A. Magnus Levy. **Doświadczenia z oddychaniem chorych na cukrzycę.** (*Zeitschrift f. klin. Med.* LVI. 1 i 2, 1905). Z doświadczeń nad wymianą gazów podczas oddychania, wykonanych przyrządem Zuntza, wynika, że zapotrzebowanie tlenu i przemiana energii u chorych na lekką postać cukrzycy niczem się nie różni od tychże wielkości u ludzi zdrowych. W ciężkich postaciach cukrzycy chorzy w spokoju więcej zużywają tlenu, niż ludzie zdrowi. Możnaby to wyjaśnić na podstawie zasady Rubnera, według której przemiana energii zawisłą jest od wielkości powierzchni. Chorzy na cukrzycę chudną, ale powierzchnia ich ciała się nie zmniejsza; stąd przemiana energii większa, niżby odpowiadało ich ciężarowi. Ten pogląd stoi jednak w sprzeczności z zasadą Pflügera, według której przemiana materyi u tego samego osobnika zależy od ciężaru jego mięśni, względnie ciał białkowatych, z których się ustrój składa. Chorzy na cukrzycę chudną, tracą zatem substancyę białkową, a ich przemiana materyi powinna się zmniejszać, podczas gdy w doświadczeniu się zwiększa. Jakkolwiekby w spokoju przemiana energii u osobników chorych na cukrzycę była większą, niż u zdrowych, zachowujących spokój, to jednak ogólna przemiana energii w terminie 24-godzinnym jest, wobec zmniejszenia ruchów u chorych na cukrzycę, nie większą, niż w warunkach fizyologicznych. Naunyn na podstawie swych ścisłych spostrzeżeń uważa za regułę obniżenie przemiany materyi u chorych na cukrzycę. Autor przyznaje, że takie obniżenie przemiany materyi występuje niekiedy, ale trwa tylko okresowo i jest wówczas objawem celowego oszczędzania swych sił, zanim ustrój, znacznie wyniszczony, nie dosięgnie równowagi ciężarowej. Ciekawsze jeszcze wyniki wyciąga autor z badania jakościowego gazów oddechowych. Stosunek wydzielonego CO_2 do pobranego tlenu, czyli współczynnik oddechowy $\frac{CO_2}{O_2}$ największym jest przy spalaniu cukru, który tyle właśnie wydziela bezwodnika kwasu węglowego, ile zużywa tlenu do jego spalenia i dlatego jest równy = 1. Białko i tłuszcz zużywają daleko więcej tlenu, niż wydzielić mają CO_2, gdyż znaczna ilość tlenu służy do spalenia wodoru tych ciał; przy spalaniu zatem białka i tłuszczów współczynnik oddechowy się zmniejsza. Na zmniejszenie tego współczynnika działa zatem z jednej strony konieczność zużywania ciał uboższych w tlen, z drugiej wytwarzanie z tychże ciał, t. j. z białka, ciał wyżej utlenionych, jak cukru i ciał acetonowych, których ustrój dalej nie może spalić. Autor oblicza teoretycznie, że u chorych na cukrzycę współczynnik oddechowy powinien opaść do 0·62—0·72. Spostrzeżenia na chorych wykazują takie właśnie stosunki. Z obliczeń teoretycznych wypada, że gdyby współczynnik oddychania opadł poniżej 0·60, byłoby to niezbitym dowodem, że cukier w ustroju może powstawać nietylko z białka, ale z tłuszczu ustroju. Aby to stwierdzić, trzebaby było znać dokładnie obok ilości wydzielonych ciał acetonowych także ilość zużytego tlenu, co przy użyciu zasady Regnault-Reiseta jest połączone z wielu błędami. *Mostowski.*

Schläpfer. **Działanie światłotwórcze** (*Photoaktivität*) **krwi.** (*Berliner klin. Wochs.* 37, 1905). Autor wykazał, że krew królika działa redukująco na płytę fotograficzną. Zdaje się, że to działanie jest właściwe wogóle substancyi organicznej, ale krew, względnie hemoglobina, zajmuje stanowisko wyjątkowe. Krew królika bielaka (albinosa), poddanego poprzednio naświetleniu słońca, działa silniej redukująco, niż krew królika brunatnego, poddanego również poprzednio działaniu światła. Stwierdzenie i badanie tych stosunków u człowieka byłoby niezmiernie ważne dla fizyologii (ze względu na nowe źródła energii ustroju), jak i dla medycyny (ze względu na leczenie światłem). *Mostowski.*

Sahli. **O zastosowaniu metody Pavyego miareczkowego oznaczania ilości cukru.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 36, 1905). Autor poleca jak najgoręcej metodę Pavyego miareczkowania cukru zapomocą amoniakalnego rozczynu miedzi i podaje pewne tej metody własne modyfikacye. Metoda ta jest zdaniem jego najdokładniejszą ze sposobów ilościowego oznaczania cukru w moczu, gdyż bardzo łatwo uchwycić można koniec odczynu, nie wymaga wielkiej wprawy i da się w najprostszych warunkach wykonać w bardzo krótkim czasie. Szczegółowy opis metody nie nadaje się do streszczenia. *Latkowski.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. J. W. Williams **Hyperemesis gravidarum.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 30). Na 6 przypadków, w których W. wzniecał poronienie z powodu niepowściągłych wymiotów, stracił 3. W jednym z nich stwierdził przy sekcyi zmiany, znamienne dla ostrego żółtego zaniku wątroby, w innym zaś pojawiła się za życia jeszcze żółtaczka obok pomniejszenia się wątroby. Zdaniem W. bywają niepowściągłe wymioty pochodzenia: 1) odruchowego, 2) nerwowego, 3) z powodu zatrucia toksynami. Odruchowo zdarzają się przy zmianach w położeniu macicy, szczególnie przy tyłozgięciu, przy guzach jajnikowych, pewnych przypadkach zapalenia błony śluzowej macicy (*endometritis*), wreszcie nieprawidłowościach jaja płodowego, jak zaśniad groniasty, nadmierna ilość wód lub niekiedy ciąża bliźniacza. Wymioty nerwowe, nie często, ustępują nagle pod wpływem poddawania. Na podstawie własnych i obcych badań dochodzi nadto W. do przekonania, że niewątpliwie w pewnej liczbie przypadków są wymioty następstwem zatrucia toksynami i że w tych razach znajduje się

przy sekcyi zmiany takie same, jakie się spotyka przy żółtym zaniku wątroby, a które się przedstawiają w postaci martwicy środkowych części zrazików wątrobnych, a zarazem stłuszczenia i martwicy wydzielniczych części nerek. Równocześnie odgrywa się w tych przypadkach znamienne zaburzenie wymiany materyi, polegające na tem, że prawidłowy stosunek pomiędzy ilością wydzielanego moczem amoniaku, a całą ilością azotu, wynoszący prawidłowo 3—5 prc., zmienia się na korzyść amoniaku tak dalece, że dochodzi niekiedy do 46 prc. Zdaniem W. powinno się natychmiast przerwać ciążę, gdy wspomniany ilościowy stosunek wydzielonego amoniaku dochodzi do 10 prc. W ten sposób uzyskałoby się naukową podstawę do oceniania ciężkości każdego przypadku niepowściągliwych wymiotów, do rokowania i postępowania leczniczego. *B. Wojciechowski.*

Dr. H. Friolet. **O samoistnej naprawie ustawienia główki przy położeniu twarzowem.** (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* T. LIV, Z. 3). Autor podaje dwa zajmujące przypadki porodów. Przebieg pierwszego był następujący: u wieloródki z miednicą zupełnie prawidłową znalazł autor przy pierwszem badaniu wewnętrznem ujście zewnętrzne rozwarte na małą dłoń, pęcherz płodowy pęknięty, część przodująca główka, prawie zupełnie nieruchoma. Szew strzałkowy przebiegał poprzecznie. W miarę bolów porodowych ciemię małe obniżało się coraz niżej przy równoczesnym zwrocie ku spojeniu łonowemu tak, że po 4 godzinach płód urodził się przy przodującem ciemieniu małem. Jest to przypadek o tyle zajmujący, że jako taki pierwszy raz opisany. W innych bowiem przypadkach samoistna zmiana położenia twarzowego lub czołowego na prawidłowe następowała zawsze przy utrzymanym pęcherzu, a główce zupełnie ruchomej ponad wchodem; tu natomiast pęcherz płodowy pękł już dawno, a główka w położeniu czołowem, nieruchoma, znajdowała się w miednicy małej. Jakie czynniki działały na mechanizm w tym przypadku, trudno orzec. Bardzo być może, że główka w ten sposób zaczepiła się o ściany miednicy, iż przy bólach mogło tylko ciemię małe się obniżać. Nie wykluczona jednakże jest i możliwa pomoc ze strony samego płodu, który równocześnie mógł zginać główkę ku piersi. Drugi przypadek dotyczył wieloródki z miednicą płaską, krzywiczą, gdzie przy pierwszem badaniu okazało się, iż pęcherza płodowego brak, główka ruchoma ponad wchodem, szew strzałkowy poprzecznie, zbliżony ku spojeniu tak, iż przodowała kość boczna tylna. W miarę bolów porodowych główka, obniżając się, wykonywała kilkakrotne zwroty około osi, idącej od spojenia łonowego do silnie sterczącego wzgórka kości krzyżowej, w ten sposób, iż raz ciemię małe, to znowu duże obniżało się. Z tą chwilą, gdy główka przeszła płaszczyznę wchodu, obniżyło się ciemię wielkie przy równoczesnym zwrocie bródki ku spojeniu łonowemu i wkrótce nastąpił poród przy ułożeniu czołowem główki. Jako widoczny znak tych ruchów główki pozostał ślad ucisku po lewej stronie czaszki, począwszy od skroni aż do uszka, idący pasem zygzakowatym. Poród ten jest o tyle ciekawym, iż tu z ułożenia zrazu nieprawidłowego, następnie z chwilowo prawidłowego, wytworzyło się wreszcie ułożenie nieprawidłowe, mianowicie czołowe, w którem też poród nastąpił. *Dr. Gustaw Wierzbicki.*

G. Walcher. **Całkowicie podskórnie wykonana pubiotomia.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 36). Po nakłuciu lewej wargi większej przeprowadza W. igłę wygiętą, o długim trzonku, po tylnej powierzchni kości ku górze, pod kontrolą palca w pochwie, a przy górnym brzegu kości przebija skórę igłą, lub też nacina ją spiczastym nożykiem; za igłą przeprowadza piłeczkę. W pewnym przypadku, gdzie już piłeczka była założona, udało się po obrocie wytoczyć główkę w położeniu Walchera i uniknąć pubiotomii. Piłeczkę wyjęto bez żadnej szkody dla matki. *B. Wojciechowski.*

A. Sippel. **Roponercze, zapalenie miedniczki nerkowej i ucisk moczowodu podczas ciąży.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 37). U 33-letniej pierwiastki wystąpiła w VI. miesiącu ciąży nagle gorączka i gwałtowne bole w krzyżach po stronie lewej. Mocz bez zmian. Badanie wykazało w podżebrzu lewem guz duży, bolesny, napięty, ułożony pozaotrzewnie. Wobec braku zmian w moczu rozpoznano ropień przynerkowy. Operacya wykazała atoli roponercze. Odprowadzono $1^{1}/_{4}$ litra ropy i założono dren. Przez układanie chorej na bok prawy zniesiono ucisk macicy na moczowód, w moczu zaczęła się pojawiać ropa. Z czasem przetoka pooperacyjna się zamknęła, a cały mocz odchodził przez pęcherz. Po dwóch miesiącach urodziła chora prawidłowo, a w 7 tygodni po porodzie czuła się zupełnie dobrze, aczkolwiek badanie moczu wykazywało jeszcze zmętnienie. Ucisk moczowodu, jak wiadomo najczęściej prawego, wywierany przez ciężarną macicę, wywołuje zniesienie skurczów moczowodu. Stan ten ułatwia wtargnięcie drobnoustrojów z pęcherza do moczowodu, a te znajdują powyżej w zastoinowym moczu znakomite warunki rozwoju. Najczęściej chodzi o *bacterium coli*, przy którem mocz pozostaje kwaśny. Gorączka może pochodzić niekiedy nie z miedniczki nerkowej, lecz z uciśniętego i uszkodzonego moczowodu. Nasilenie objawów zależy od rodzaju drobnoustrojów, trwania sprawy i stopnia zaciśnięcia moczowodu. Zdarzają się również przypadki zapalenia miedniczek nerkowych w ciąży bez ucisku moczowodu, gdzie zatem ułożenie na bok niema znaczenia. Jeżeliby się nie udało w opisanym przypadku przywrócić drożności moczowodu, to musianoby przerwać ciążę z obawy przed spostrzeganem już zaróśnięciem moczowodu pod wpływem długiego ropienia. *B. Wojciechowski.*

H. Sellheim. **W sprawie topografii i techniki podskórnej hebotomii według Döderleina.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 36). Operując ściśle sposobem Döderleina w 3 przypadkach, zauważył S. zawsze krwawienie z ranek w skórze, szczególnie z górnej, i wytworzenie się krwiaka w miejscu przepiłowania kości. W 2 przypadkach krwiaki były nieduże, a przebieg bezgorączkowy, w 3 zaś, gdzie krwiak dosięgnął wielkości pięści, gorączka trwała od 5 do 11 dnia, dochodząc do 38·5. W 8 dniu zmniejszył się nagle krwiak przez obniżenie się na dolną powierzchnię $^{1}/_{3}$ górnej części uda; 14 dnia chora wstała, a 20 powróciła do łóżka na czas jakiś z powodu zakrzepu żyły udowej po stronie operowanej. Nawiązując do ostatniego przypadku, zastanawia się S. nad niebezpieczeństwem zropienia dużego krwiaka i nad źródłem krwotoku. Splot tętniczy na tylnej powierzchni kości łonowej pochodzi z anastomozy tętnicy nadbrzusznej z tętnicą zasłonową (*obturatoria*); bywa niekiedy silnie rozwinięty, daje się jednak ostrożnie od kości odsunąć. Chcąc uniknąć uszkodzenia naczyń przechodzących przez dziurę zasłonową, nie należy kości przepiłować dalej, jak 2 cm. od linii środkowej. Splot żył przed trzonem kości łonowej i przy brzegu dolnym narażony jest na uszkodzenie piłką lub przedarcie w chwili rozstępu kości. Włókna ścięgniste, pokrywające przednią powierzchnię trzonu kości łonowej, są tak silne, że jeżeli się ich nie przetnie, to może się zdarzyć, że mimo przecięcia kości pierścień miednicy nie rozszerzy się należycie. Z tego wynika, że należy wyjąć piłkę dopiero w chwili, gdy kontrolujący palec wyczuje wyraźny rozstęp kości, a nie polegać na samem uczuciu, że kość została przepiłowaną. *B. Wojciechowski.*

T. Weindler. **Poród nagły.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 37). Pod wpływem uczucia parcia na stolec wbiegła kobieta, będąca w końcu 2 ciąży, do wychodka i w tej chwili uczuła pierwszy ból, silny, z charakterem bolu partego, w czasie którego, oparta o klamkę, urodziła szybko w postawie stojącej płód, poczem straciła świadomość. Pępowina przerwała się, lecz nie krwawiła. Z powodu krwawienia wydalono łożysko sposobem Credégo po $^{1}/_{2}$ godzinie. Już pierwszy poród trwał u tej chorej pomimo silnego rozwoju płodu zaledwie parę godzin. Tym razem wymiar płodu wynosił $56^{1}/_{2}$ cm., ważył on 4585 gr., a obwód główki wynosił 37 cm. Matka wysoka (176 cm.), miednica obszerna (c. diag. $13^{1}/_{2}$ cm.), mało pochylona (41°). Wywiady wskazywały na przenoszenie płodu. Przypadek pouczający dla lekarza sądowego. *B. Wojciechowski.*

M. Kirchhoff. **W sprawie techniki sztucznej niepłodności u kobiety.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 37). Autor nacina otrzewnę ponad maciczną częścią trąbki na przestrzeni 4—5 mm., wyciąga przez ową szczelinkę przy pomocy preparowania na tępo 3—4 cm. trąbki i część tę wycina. Końce trąbki cofają się, a listki otrzewnej składają się bez szwu i zrastają się na całej przestrzeni pozbawionej trąbki. *B. Wojciechowski.*

J. Rudolph. **Nowe narzędzie do przytwierdzenia macicy do ściany brzusznej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905. Nr. 37). Doświadczenia jedynie na zwłokach. Narzędzie ma kształt dużego trójgrańca, wygiętego w ćwierć koła; igła trójgrańca zaopatrzona jest na końcu w uszko. Po odprowadzeniu macicy, wprowadza R. narzędzie przy cofniętej igle do jamy macicy aż do dna, przyciska ją do powłok, poczem skierowuje koniec narzędzia przez obrót o 30° w okolicę jednego z rogów macicy, posuwa igłę, przebija nią dno macicy i powłoki i zakłada w uszko igły nitkę jedwabną, poczem cofa, chwyta koniec nitki i wyjmuje narzędzie. Po nacięciu poprzecznem skóry pomiędzy miejscami przebicia wiąże koniec nitki ponad powięzią i zeszywa rankę skórną. Autor zachęca do prób na zwłokach, względnie do zastosowania tej operacyi na żyjącej. *B. Wojciechowski.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. M. Probst. **O spoidle Guddena, Meynerta i Gansera i o zmianach dośrodkowych dróg wzrokowych w następstwie zaniku gałki ocznej.** (*Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Tom XVII, rok 1905). Sekcya staruszki z obustronnym zanikiem gałek ocznych i nerwów wzrokowych dostarczyła autorowi materyału do omówienia sprawy trzech spoideł śródmóżdża, przebiegających na dolnej ścianie, t. j. spoidła Meynerta, Gansera i Guddena. Spoidło Meynerta występuje w badanym przez P. mózgu jako wy-

bitne, czarne pasmo, leżące ponad skrzyżowaniem się nerwów wzrokowych. Szereg danych doświadczalnych, jakoteż i dany przypadek sekcyjny doprowadzają P. do przekonania, że spoidło Meynerta jest krzyżującą się drogą okolicy czepcowej (tegmentum), z okolicy czepcowej prowadzi ono do jądra soczewkowatego strony przeciwnej. Co do spoidła Guddenowskiego, to ani w danym przypadku sekcyjnym, ani w doświadczalnych badaniach nie udało się Pr. spoidła tego wykazać, (podobnie zresztą nie udało się to Dejerineowi). Sądzi więc Probst, że spoidło Guddena jest częścią skrzyżowania się nerwów wzrokowych, albo też częścią spoidła Meynerta. Spoidło Gansera wedle zgodnych wyników sekcyi i doświadczeń nie jest niczem innem, jak częścią skrzyżowanej drogi, łączącej czepiec ze wzgórkami wzrokowymi. Autor zwrócił również w badaniach danego przypadku sekcyjnego uwagę na drugorzędną (t. j. korową) drogę wzrokową; droga ta mimo długiego czasu trwania zaniku gałek ocznych była prawidłową; wynik ten zgadzał się z wynikami doświadczeń autora na zwierzętach, u których, jeżeli operowano zwierzęta dorosłe, zanik gałek ocznych nie powodował nigdy zwyrodnienia drugorzędnych dróg wzrokowych. *Doc. Dr. Bochenek.*

R. Clarke i V. Horsley. **O włóknach wewnętrznych móżdżku, jego jądrach i drogach z niego wychodzących.** (*Brain*, 1905, p. 109). Nie można uważać za stanowczo rozstrzygnięte, czy z móżdżku idą bezpośrednio włókna nerwowe do rdzenia; oraz jeżeli takie włókna rzeczywiście istnieją, to skąd one pochodzą, czy z kory móżdżkowej, czy z jąder móżdżkowych. Autorowie zabrali się do rozstrzygnięcia zagadnienia na drodze doświadczalnej. Doświadczenia przeprowadzili na 17 kotach, 2 psach i 4 małpach. Przedstawiają oni przedewszystkiem dokładny plan rozłożenia części składowych móżdżku kota, t. j. zwierzęcia, na którem główną ilość doświadczeń wykonali. Ważnem było pytanie, czy środkowa część móżdżku, jego robak (vermis), jest równoznacznym z półkulami móżdżkowemi. Obrażając różne części móżdżku, zwracali autorowie uwagę na to, by raz tylko robak, a w innych przypadkach tylko części boczne ulegały zniszczeniu. Wyniki wszystkich doświadczeń były bardzo zgodne: żadne włókno, pochodzące z kory móżdżkowej, nie wchodzi w skład żadnej z nóżek móżdżkowych, a więc wszystkie włókna, wychodzące z móżdżku, pochodzą z jąder móżdżkowych. W dalszym ciągu zbadali autorowie łączność różnych części kory móżdżkowej z jądrami móżdżkowemi. Z jąder móżdżkowych jądro sklepienia (nucleus fastigii) stoi w łączności z wszystkiemi częściami kory móżdżkowej i z tego względu przypisać mu należy wybitniejsze znaczenie. Jądro kuliste (nucleus globosus) nie stoi natomiast w żadnej łączności z bocznymi płatami i jest jądrem jedynie części środkowej móżdżku, t. j. vermis. Jądro zębate (nucleus dentatus cerebelli) stoi w łączności tylko z jednym odcinkiem bocznej części mózgu, a z robakiem łączy się tylko w małej jego części środkowej. Autorowie uważają więc, że w móżdżku można rozróżnić dwie części składowe o anatomicznie odmiennych połączeniach i fizyologicznie różnem znaczeniu. Jedną stanowi robak (jego kora) i jądro sklepienia (nucl. fastigii); część ta łączy się z drogami rdzeniowemi (z rdzenia przez drogę móżdżkową i drogę Gowersa do robaka, stąd przez jądro sklepienia i jądro przedsionka do rdzenia z powrotem); drugą, kora bocznych części móżdżku i jądro zębate, łączące móżdżek z półkulami mózgowemi (kora mózgowa, nóżki mózgowe, jądra mostu Varola (nuclei pontis), środnia nóżka móżdżku (pedunculi cerebelli ad pontem), kora płatu ocznego, jądro zębate, przednia nóżka móżdżkowa, jądro czerwone (nucleus ruber tegmenti, kora mózgowa). Badanie włókien kojarzennych zwyrodniałych przy różnych tych doświadczeniach wykazuje również niezależność obu wyróżnionych części kory móżdżkowej, gdyż nie można było wykazać żadnych prawie włókien, łączących korę móżdżkową robaka z płatami i na odwrót. *Doc. Dr. Bochenek.*

H. Vogt. **Brak spoidła wielkiego (Balkenmangel) w mózgu ludzkim.** (*Journal für Psychologie und Neurologie*, Tom V, Zeszyt 1, 1905). Różne formy mózgów, pozbawionych spoidła wielkiego (corpus callosum), opisywane liczniej w ostatnich czasach, można zdaniem autora ugrupować w kilka kategoryi, zależnie od tego, czy zmiana, wywołująca zanik spoidła wielkiego, wystąpiła w bardzo wczesnym okresie życia zarodkowego i objęła całe półkule, czy też zanik nastąpił dlatego, że włókna spoidła wielkiego skutkiem jakiejś przeszkody nie mogły wystąpić poza półkulę, mimo że zresztą półkula była prawidłową, czy też wreszcie był on procesem następczym przy zarodkowem wodogłowiu. W zanikach występujących z wymienionych przyczyn, brak jest zwykle spoidła wielkiego w całości. Można jednak zawsze zdaniem autora oznaczyć z formy mózgu czynnik przyczynowy, który wywołał zanik spoidła. W przypadku, gdzie wczesna zmiana w zarodku jest przyczyną zaniku, zawsze i półkule są kształtu nieprawidłowego. Występuje na mózgach takich wybitny zwój brzeżny (Randwindung), prawie kolisty, we wszystkich częściach równomiernie rozwinięty. Mózg przedstawia więc kształt zarodkowy lub też podobny do niższych zwierząt, zwłaszcza torbaczy. Jeżeli włókna spoidła wielkiego rozwinęły się, a nie mogły z półkuli wydostać się na zewnątrz, mózg może mieć kształt zupełnie prawidłowy, gdyż zmiana spoidła jest zmianą, dotyczącą jedynie układu włókien spoidłowych. Wszystkie włókna spoidłowe tworzą w tych wypadkach pasmo spoidłowe podłużne (Balkenlängsbündel). Jeżeli zanik spoidła następuje dzięki wodogłowiu, to na półkulach zwykle żadnych zmian niema, nie występuje również i pasmo spoidłowe podłużne. Częściowy zanik spoidła wystąpić może już to z przyczyn szkodliwych, na samo to pasmo działających, już to z podobnych zaburzeń, jakie wywołują całkowity zanik spoidła, tylko występujących w mniejszych rozmiarach i nasileniu. Ponieważ zmiany zarodkowe mózgu wywołują w nim często objawy zapalenia, można między formami typowemi zaniku spoidła wielkiego napotkać cały szereg form przejściowych.

Doc. Dr. Bochenek.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Extractum Chinae, holenderski wyrób Nanninga, zaleca Toff (*Centralblatt f. Stoffw. und Verdauungskrankheiten* 1905, Nr. 11) jako *stomachicum*, jedno z lepszych wśród znajdujących się w handlu. Od innych wodnych wyciągów chinowych różni się ten przetwór stalszym i korzystniejszym składem. Wskutek bowiem szczególnego sposobu przyrządzania z najlepszych gatunków czerwonej kory chinowej nie zawiera ten przetwór związków żywicznych, a kwas chinowogarbnikowy znajduje się w nim niezmieniony, nie przechodząc w czerwień chinową. Przetwór ten zawiera prawie stały odsetek 5 prc. alkaloidów, a chemiczne badania przetworu, wykonane przez kilku autorów, wydały zgodne wyniki. T. użył tego przetworu u 36 chorych z rozmaitemi dolegliwościami żołądkowemi, u których uznał po dokładnem zbadaniu stanu żołądka i stanowczem rozpoznaniu choroby leki gorzkie za wskazane i utrzymuje, że przetwór Nanninga wśród podobnych przetworów nadawał mu się najwięcej. Ostrzega jednak przed bezkrytycznem używaniem tak tego, jak i innych podobnych leków, które nie mają wartości, jeżeli się ich użycia nie oprze na ścisłem rozpoznaniu i stosownych wskazaniach. Z dawniejszych publikacyi również zdawałoby się wynikać, że przetwór Nanninga posiada niejaką wyższość nad innymi podobnymi wyciągami. Tak sądzi n. p. Thomalla (*Therap. Monatshf.* 1899), który stosował przetwór ten w stu mniejwięcej przypadkach, a później raz jeszcze (*Berliner klin. Wochenschr.* 1902, 24) go zalecał; Hirschkron (*Allg. Wiener med. Ztg.* 1900), który radzi podawać po 20 kropli wyciągu na godzinę przed każdem jedzeniem i chwali jego działanie nietylko co do poprawy łaknienia, ale i co do uśmierzania skłonności do wymiotów; Bolen (*Therap. Monatsh.* 1901), który zaleca go szczególniej dla usunięcia niestrawności, łatwo powstającej wskutek leczenia rtęciowego i jodowego; Silberstein (*Aerztl. Central-Ztg.* 1901, 50), który używał go z korzyścią przeciw wymiotom u ciężarnych i objawowo zamiast Condurango, co potwierdza także Poszvék (*Heilm. Rev.* 1904); Goldmann (*Aerztl. Ctr. Ztg.* 1904, 20) zwraca zaś uwagę, że w wymiotach ciężarnych w każdym razie lepiej i bezpieczniej użyć tego leku, niż nadużywać, jak się to często dzieje, przetworów bromowych i narkotycznych. *N.*

Arhoviną przeprowadzał próby leczenia w różnych sprawach wiewiórowych i niewiewiórowych Riess (*Oest. Aerzte-Ztg.* 1905, 20). Zachętą dla niego, jak i dla innych, były doświadczenia, zebrane co do arhoviny przez Piorkowskiego, ogłoszone w *Deutsche med. Wochenschrift* 1905, Nr. 25. Riess ogłasza razem 40 swych spostrzeżeń: 21 mężczyzn, 19 kobiet. W pierwszych dniach ostrego wiewióra zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, podaje R. lek tylko wewnętrznie (0,25 gr. na dawkę w kapsułce, zaczynając od 4 i dochodząc do 10 kapsułek na dzień). Produkta arhoviny, wydzielające się z moczem, nadają mu własności bakteryobójcze, tak, że i bez leczenia miejscowego można zdaniem R., działać arhoviną zabójczo na dwoinki wiewiórowe. Jeżeli wypływ ropny utrzymywał się dłużej, to R. stosował miejscowo albo wstrzyknięcie arhoviny w oliwie (roztwór 5 prc.) lub też wprowadzał do cewki 5 prc. pręciki (*bacilli*) arhovinowe, do pochwy zaś 5 prc. gałki (*globuli*) z tym lekiem 2—4 razy dnia. Po raz pierwszy użył też R. 5 prc. oliwy arhovinowej do leczenia ostrego zapalenia gruczołów Bartholiniego z pomyślnym skutkiem, wstrzykując ten środek do gruczołów. W wiewiórze przewlekłym u mężczyzn używał R. zgłębników, obficie pomazanych oliwą arhovinową; w nieżytach pęcherza lżejszych stopni podawał lek tylko wewnętrznie, w cięższych przepłukiwał także pęcherz 5 prc. oliwą arhovinową. Na dowód zalet leku przytacza

R. przypadek zapalenia przedniej i tylnej części cewki moczowej u 31-letniego mężczyzny, u którego wszelkie leki balsamiczne i nadmanganezian potasowy wcale nie działały, dopiero arhovina (8 razy dnia po 0,25 wewn., i 3 pręciki po 0,05 do cewki na dzień) sprowadziła wyleczenie po 16 dniach. Leczenie arhoviną nie działa szkodliwie ani na serce, ani na nerki. *Hr.*

Bornywalu używał w rozmaitych nerwicach serca, szczególnie w przypadkach nerwowego kołatania serca, Krogh (*Pharmacie* 1905, 12 i *Deutsche Praxis* 1905, 14) z dobrym skutkiem po tygodniu podawania, a nieraz nawet już po 1—2 dniach, oraz w histeryi, mianowicie wobec napadów zawrotów i trwogi. W pląsawicy, padaczce i nerwowej bezsenności bornywal wcale nie działał. Dawka dzienna bornywalu wynosi 3—4 perełek po 0,25. *Ll.*

Odżywczą wartość t. zw. „Kraftnahrung" Riedla badał u 15-tu chorych Steiner (*Centralbl. f. Stoffw. und Verdauungs-Krankh.* 1905, 12), podając ten środek jako wzmacniający dodatek do zwykłej dyety i utrzymuje, że pod wpływem tego środka łaknienie i ciężar ciała wybitnie i rychło wzrastały. Środek ten podaje się kilka razy dziennie, dzieciom łyżeczkami, dorosłym łyżkami w płynach (zupach i t. d). *Ll.*

V. Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1900.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy.)

C. Śmiertelność.

W roku 1900 zmarło w Galicyi 201.310 osób, t. j. 27·59‰ ludności. Jest to liczba od całego szeregu lat (z wyjątkiem 1898 r. [27·4‰]) najniższa, choć jeszcze zawsze bardzo wysoka w porównaniu z innymi krajami monarchii rakuzkiej. Załączona tu tablica wykazuje znakomite postępy, jakimi kraj nasz od lat 30 na tem polu poszczycić się może.

Od r.	1872—1876	umierało średnio na rok i 1000 ludności	41·02,
„	1877—1881	„ „ „ „ „ „ „	35·05,
„	1882—1886	„ „ „ „ „ „ „	34·05,
„	1887—1891	„ „ „ „ „ „ „	32·07,
„	1892—1896	„ „ „ „ „ „ „	31·06,
„	1897—1900	„ „ „ „ „ „ „	27·90.

Takie stateczne zmniejszanie się śmiertelności jest objawem ze wszech miar bardzo pocieszającym. Dowodzi bowiem znacznego i dość szybkiego polepszenia stosunków higienicznych naszego kraju, dawniej tak ogromnie pod tym względem zaniedbanego, a co ważniejsze może, wywołuje u ludności przekonanie, że wypełnienie poleceń władz sanitarnych, przestrzeganie odpowiednich ustaw i t. p. nie idzie na marne, lecz przynosi widoczne, namacalne, liczbami stwierdzone korzyści. Dla czynników zaś powołanych z zawodu i urzędu do pracy nad poprawą naszych stosunków sanitarnych daje nadzwyczaj miłe zadowolnienie, że praca ta tak doniośle przyniosła owoce, a tem samem jest zachętą i bodźcem do dalszej wytrwałej pracy, tak bardzo nam potrzebnej, jeśli zważymy, że nawet wykazany tu, a znacznie już zmniejszony odsetek śmiertelności jest zawsze prawie najwyższym ze wszystkich krajów monarchii rakuzkiej.

1. Śmiertelność według wieku.

Z 201.310 osób, zmarłych w roku 1900 w Galicyi, przypada na dzieci do 5 lat 109,323 (a więc więcej, niż połowa wszystkich zmarłych). Z tych znowu zmarło w pierwszym roku życia 73.701, a w pierwszym miesiącu życia 29.736. Jak po inne lata, tak też i tego roku, największą śmiertelność dzieci wykazują powiaty wschodnie z ludnością rusińską.

Z tablic, umieszczonych na tem miejscu Sprawozdania, przekonywujemy się, że w roku 1900, w porównaniu z rokiem 1898 i 1899, zwiększyła się śmiertelność dzieci do 5 lat, a zwiększenie to najwybitniej okazuje się na liczbie dzieci, zmarłych w pierwszym roku życia (w 1898 roku 8·96‰ ludności, w 1899 r. 9·39‰, w 1900 r. 10·1‰).

2. Śmiertelność według przyczyn śmierci.

1. Na wrodzony brak sił żywotnych wykazano w 1900 roku 2997, t. j. 1·4 prc. ogółu zmarłych (w 1899 r. 1·8 prc.).

2. i 3. Gruźlica i zapalenie płuc. W roku 1900 wykazano zmarłych na te choroby aż 50.985, t. j. 25·2 prc. ogółu zmarłych, a 6·98‰ ludności (zaś w 1899 r. 47.893, t. j. 23·85 prc. i 7·24‰). Liczby to najwyższe ze wszystkich krajów monarchii, jak samo Sprawozdanie stwierdza. Tylko Morawa zbliża się pod tym względem do liczb naszych, wykazując 6·8‰ ludności. Z całej zaś Europy tylko Rosya wykazuje liczbę przeciętną jeszcze wyższą, t. j. 8·19‰ ludności. Jeśli liczby te są prawdziwe, to zaznaczyć należy dość znaczne zwiększenie się śmiertelności z tych chorób w roku sprawozdawczym. W miastach, gdzie prawie wyłącznie lekarze stwierdzają przyczynę śmierci, gdzie więc na tych liczbach polegać można, stosunki są najgorsze. Kraków wykazał 11·5‰, Lwów 10·9‰ śmiertelności. Co do powiatów, gdzie stwierdzenie przyczyny śmierci jest bardzo niedokładne, liczby podane nasuwają poważne wątpliwości. Bo jakże sobie wytłómaczyć, że dwa, tuż obok siebie leżące powiaty, których warunki klimatyczne są prawie zupełnie jednakie, wykazują śmiertelność z gruźlicy i zapalenia płuc znacznie różną. I tak n. p. powiat podgórski wykazuje 10·8‰, a wielicki 4·7‰, powiat żywiecki 9·3‰, nowotarski 4·2‰?

To też nie mogąc polegać na tych liczbach, tem więcej należałoby szukać innego materyału statystycznego, na który w poprzednich latach wskazywaliśmy, a prócz tego zwrócić baczną uwagę na stosunek perlicy u bydła do liczby zachorowań i śmierci, porównanie choć w przybliżeniu liczby zmarłych do liczby chorych, (szpitale, kasy chorych i t. d.).

4. Z błonicy wykazano 7216 przypadków śmierci, t. j. 0·99‰ ludności, a 3·58‰ ogółu zmarłych, liczby od roku 1878 najniższe! Podnieść tę okoliczność należy tem więcej, że ten znakomity wynik ogólny przypisać należy nietylko dzielności surowicy, której już od kilku lat się używa, lecz głównie energii władz centralnych, która widocznie nie słabnie, skoro na str. 25 i 26 sprawozdania czytamy następującą energiczną apostrofę do niektórych lekarzy urzędowych. Ustęp ten brzmi:

„Według wykazów lekarzy, delegowanych z urzędu do leczenia błonicy, stwierdzono w całym kraju...... 2221 chorych na błonicę, z których 692 umarło. Jeżeli przyjmiemy, że wszystkie przypadki śmierci z powodu dyfteryi, wykazane w wykazach parafialnych (7216), były rzeczywiście wywołane dyfteryą, okazuje się, że zaledwie 9·5 prc. wszystkich w kraju przypadków śmierci z dyfteryi, a tem samem i choroby, doszło do wiadomości urzędowej. Zdaje się, że niektóre Starostwa wszelkie doniesienia zwierzchności gminnych o pojawianiu się dyfteryi wprost ignorowały, bo inaczej trudno zrozumieć, dlaczego w samborskim, jaworowskim, trembowelskim, rohatyńskim, gorlickim, liskim, pilzneńskim powiatach, nie stwierdzono z urzędu ani jednego przypadku choroby, chociaż n. p. w pierwszym z wymienionych powiatów miało umrzeć osób 326, w drugim 231, w trzecim 111 i t. d. Na usprawiedliwienie takiego postępowania podają zwykle lekarze urzędowi... krótkie trwanie choroby, a nadto przebieg epidemii błonicy jest zazwyczaj tego rodzaju, iż rzadko kiedy równocześnie występuje większa ilość przypadków choroby; tak iż lekarz, który przyjeżdża do gminy na doniesienie o pojawieniu się choroby, a więc dopiero po kilku dniach[1]), nie zastaje wcale chorych, bo albo pozdrowieli, albo pomarli".

Surowicę przeciwbłoniczą stosowano w 528 przypadkach (w roku 1899 w 934), najwięcej w Krakowie i Lwowie, bo razem 371 razy; tu też wynik był bardzo pomyślny, bo prawie 90 prc. leczonych wyzdrowiało. Liczby z powiatów są jednak bardzo niedokładne; czasem nawet lekarze donosili tylko, że „używano surowicy kilkadziesiąt razy, zawsze z najlepszym skutkiem". Zapewnie więc liczba wyżej podana (528) obejmuje tylko przypadki, które doszły napewno do wiadomości władzy; natomiast niewątpliwie używano jej daleko częściej, nie donosząc o tem władzy.

5. Z krztuśca (kokluszu) wykazano 9247 zmarłych, t. j. 1·26‰ ludności; najmniej we Lwowie (0·03‰), w powiatach zbarazkim (0·04‰), brzeżańskim (0·05‰) i w Krakowie (0·08‰); — najwięcej w powiecie bohorodczańskim (6·13‰), rudeckim (4·65‰) i t. d. (Zwrócić jednak należy uwagę na niedbałą korektę druku tego ustępu, str. 29, gdzie raz podano powiat brzeżański w szeregu z największą śmiertelnością i to 290‰ (chyba przez opuszczenie punktu dziesiętnego), a zaraz niżej w szeregu powiatów z najmniejszą śmiertelnością (0·05‰).

6. Z powodu ospy wykazano w całej Galicyi tylko 287 zmarłych, czyli 0·039‰ ludności.

[1]) Reskrypt c. k. Minist. spraw wewn. z dnia 7/III. 1887 r. l. 3098, w ustępie końcowym mówi wyraźnie: „Po nadejściu doniesienia od zwierzchności gminy.... należy wydelegować zaraz lekarza powiatowego dla sprawdzenia choroby .. i t. d." A znamy przypadki, że lekarz urzędowy przybywał dopiero po paru tygodniach!

Porównywując liczbę tę z liczbami lat poprzednich

w roku 1896 wykazano 594 zmarłych
„ „ 1897 „ 1161 „
„ „ 1898 „ 2003 „
„ „ 1899 „ 1644 „
„ „ 1900 „ 287 „

przekonywamy się, że w roku sprawozdawczym liczba zmarłych na ospę znakomicie się zmniejszyła. Bo też widocznie walkę z tym wrogiem prowadzono bardzo energicznie, kiedy, — jak widzimy ze Sprawozdania, — epidemia, która w roku 1899 objęła w powiecie borszczowskim 37 gmin z 774 chorymi, ograniczoną została do czerwca 1900 r. do 5 gmin z 26 chorymi i tylko bardzo nieznacznie rozszerzyła się na sąsiedni powiat husiatyński (8 gmin z 52 chorymi). Podobniez epidemia z roku 1899 w powiecie kosowskim z 35 gminami a 687 chorymi stłumioną została do końca r. 1899 zupełnie.

„W Krakowie od roku 1898 zdarzały się dość częste przypadki ospy. Aż w roku 1900 wykazano 68 przypadków ospy, z tych 14 śmiertelnych. „Badanie na miejscu, przeprowadzone w marcu 1900 r. przez krajowego referenta sanitarnego, wykazało liczne zaniedbania, tak co do donoszenia o zachorowaniu, co do utrzymywania chorych w ewidencyi i śledzenia za źródłem choroby, co do odosobnienia chorych, desinfekcyi zakażonych przedmiotów i mieszkań tak, iż niewątpliwie tylko zaniechaniu wszelkich środków ostrożności przypisać należy długie trwanie epidemii ospy w Krakowie".

„Trudno zaprzeczyć, że gdy odtąd powołane do tego organa gminne zwracały więcej uwagi na epidemię ospy w Krakowie, epidemia ta wreszcie w czerwcu 1900 zupełnie wygasła". Przyniosła jednak tę korzyść, że Wydział krajowy rozpoczął nareszcie przygotowania do budowy „obszernego" (może osobnego, bo zbyt obszernym on nie jest) pawilonu dla zakaźnych, którego budowę rozpoczęto z wiosną 1903, a który obecnie od prawie dwóch lat jest w używaniu.

Sprawozdanie podaje dalej zarządzenia władzy w różnych miastach i powiatach, którym zawdzięczyć należy stłumienie epidemii, a które dowodzą, że władze w tych przypadkach z całą energią kontrolowały organa sobie podwładne i gdzie tego zaszła potrzeba czynnie do walki z epidemią występowały, co — jak stwierdzają liczby — tak znakomite wydało owoce. Z takich ustępów czerpie czytelnik lepszą otuchę na przyszłość, że może kiedyś i w Galicyi epidemie ospy należeć będą do historyi.

7. Z płonicy wykazano w 1900 roku 6773 zmarłych (w r. 1897 było 9.810, w 1898 r. 10.340, w 1899 r. 8885). Liczba to znowu mniejsza, niż w latach poprzednich. Z przytoczonych w Sprawozdaniu szczegółów widzimy, że mimo rozszerzania się płonicy na całą prawie Galicyę, gdyż tylko w dwóch powiatach, kałuskim i rawskim, nie stwierdzono przypadków płonicy, przecież liczba zachorowań, stwierdzona w całym kraju, dochodzi tylko do 15.655 osób w 781 gminach (w 1897 r. 19.269, — w 1898 r. 22.624, — w 1899 r. 19.428). Zdawałoby się to znowu świadczyć, że epidemia mimo swej znanej zaraźliwości znalazła w zarządzeniach odpowiednich przeszkodę w przenoszeniu i szerzeniu się. Za to znowu odsetek zmarłych (23·3 prc. chorych) świadczyć się zdaje o znaczniejszej złośliwości epidemii.

8. Na odrę wykazano 2437 zmarłych, liczba w stosunku do lat poprzednich uderzająco mała (w 1898 r. było 8018 — w 1899 roku 6661). Sprawozdania urzędowe lekarzy i zwierzchności gminnych podają w całym kraju 18.708 przypadków zachorowań na odrę (w roku 1898 było 47.862, w 1899 r. 38.500) ze śmiertelnością 5·9 prc. Więc i tu widzimy poprawę. (Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu chirurgów.

(18—23 września 1905.)

(Ciąg dalszy).

IV.

Zabiegi chirurgiczne w chorobach nierakowatych żołądka.

Monprofit (z Angers) jest zwolennikiem zabiegów chirurgicznych w chorobach nierakowatych żołądka i przytacza cały ich szereg: Punkcya (nakłucie) żołądka; cięcie brzuszne rozpoznawcze; rozszerzenie odźwiernika zewnątrz i śródżołądkowe; plastyka odźwiernika; gastrotomia rozpoznawcza z następowem przyszyciem żołądka (*gastropexia*); wyskrobanie i przyżeganie żołądka; gastrostomia; wycięcie żołądka częściowe; gastroplastyka; gastroplikacya (fałdowanie i wgłobienie ściany żołądka); plastyka wnęki; przyszycie żołądka pośrednie i bezpośrednie; gastroanastomoza; rozszerzenie wnęki od strony ust; wycięcie wnęki; wycięcie odźwiernika; wykluczenie odźwiernika; wycięcie całego żołądka; wykluczenie zupełne żołądka; gastroenterostomia.

Wskazania do operacyi można w następujących zdaniach streścić:

1. Choroby żołądka, opierające się racyonalnemu leczeniu, są niemal zawsze uleczalne przez operacyę.

2. Większość przypadłości żołądkowych prędzej się da wyleczyć drogą operacyjną, aniżeli leczeniem wewnętrznem.

3. Nie należy uważać wycieńczenia chorego za jedyne wskazanie do operacyi; przeciwnie, należy operować, gdy wystąpią pierwsze bole żołądka i gdy się rozpoczyna zwężenie odźwiernika.

4. Zabieg operacyjny, rychło wykonany w chorobach dobrotliwych żołądka, najskuteczniej zapobiega powstawaniu nowotworów złośliwych.

Rotgans (z Amsterdamu) podaje przedewszystkiem na podstawie własnych 76 operacyi zapatrywanie swoje na powstawanie wrzodów, wskazanie do operacyi i chwilę do tego stosowną. Następnie omawia zapatrywania innych chirurgów. Ponieważ nie znamy prawdziwej przyczyny powstawania wrzodów żołądka, uważa za jedynie wskazane leczenie symptomatyczne. Leczenie wewnętrzne daje wyniki dosyć zadowalniające, a następstwa operacyi są dość poważne, dlatego nas to nie uprawnia do pośpiesznego operowania. Na 64 chorych wykonał on 76 operacyi, z tych umarło 4 chorych, niewyleczonych jest 7, wyleczonych, ale później zmarłych na następstwa choroby żołądka 2, całkowicie wyleczonych 54, w jednym przypadku wynik nieznany. Pierwszeństwo oddaje on gastroenterostomii, a wycina wrzód tylko tam, gdzie się to łatwo da wykonać, gdzie grozi zwyrodnienie rakowate lub występują znaczne bole, albo krwotoki. Gastroenterostomię wykonywa z przodu według Wölflera.

Mayo Robson (z Londynu) opiera swe sprawozdanie na 500 przypadkach operowanych. Śmiertelność po gastroenterostomii wynosi u niego ogółem 3·7 prc. (na 97 przypadków z praktyki prywatnej tylko 1 prc.). Operacyę wykonywa od tyłu blizko dolnego brzegu żołądka i w małem oddaleniu od dwunastnicy. W krwotokach z wrzodów wystarcza z reguły ta operacya, zostawiając w spokoju żołądek i dwunastnicę. Guzika Murphyego nie używa, lecz szyje na obrączce z kości odwapnionej.

Eiselsberg (z Wiednia). W przypadkach ciała obcego w żołądku operacya jest wskazaną, jeżeli ciało to jest duże. Przy urazach na wylot zależy wynik od rychłej operacyi. Przy oparzeniach przetworami żrącymi powstają przedziurawienia, albo zwężenia bliznowate. Jeżeli zwężenie zajmuje wnękę i odźwiernik, wskazaną jest jejunostomia. W dwóch przypadkach wykonał on z powodzeniem cały szereg operacyi: 1) jejunostomię; 2) w kilka tygodni później gastrostomię z następowem rozszerzaniem przełyku od strony żołądka; 3) w miesiąc później zaszył przetokę dwunastnicy i wykonał gastroenterostomię. Po upływie kilku miesięcy udało się cewnikowanie żołądka od strony ust i wtedy zaszył przetokę żołądka.

W przypadkach wrzodów żołądka z następowem przebiciem wskazaną jest natychmiastowa laparotomia i szew. W przypadkach krwotoków radzi E. leczenie wewnętrzne, póki krwawienie nie ustąpi, potem wskazaną jest operacya: gastrektomia, gastroenterostomia lub jejunostomia. Jako operacyę wyboru uważa gastroenterostomię tylną.

Jonnesco (z Bukaresztu) streszcza swe zapatrywania w następujących zdaniach:

1) Zabieg chirurgiczny w chorobach nierakowatych żołądka prawie zawsze jest wskazanym. 2) Przypady, których usunąć nie może racyonalne leczenie wewnętrzne, często wyleczy zabieg chirurgiczny. 3) Wycięcie odźwiernika jest operacyą idealną w przypadkach wrzodu, połączonego ze zwężeniem; operacyą wyboru jest gastroenterostomia. Wykonuje ją od tyłu według Hackera i nie miał w następstwie błędnego koła. 4) Zakłada zawsze szew i występuje przeciwko używaniu guzików Murphyego, płytek Senna i t. d. Tego samego dnia po operacyi odżywia chorego przez usta. Zwłoka w odżywianiu jest niepotrzebną, jeżeli szew trzyma dobrze. 6) Niektóre operacye na żołądku powinno się wykonywać łącznie z gastroenterostomią. 7) Pomoc chirurgiczna musi być śpieszna, zanim wystąpią poważne powikłania.

Mattoli (z Ascoli Piceno) nie przybył, ale podał swe sprawozdanie, które kończy tem, że gastroenterostomia wybiła się na czoło wszystkich operacyj na żołądku. Stosowano ją początkowo z niedowierzaniem; z biegiem czasu jednak wydoskonalona stała się płodną świetnymi wynikami.

W *dyskusyi* podał Hartmann (Paryż), że śmiertelność po gastroenterostomii wynosiła 23 prc. przed rokiem 1900 i spadła obecnie na 6 prc. Zaleca on gastroenterostomię tylną.

Lambotte (Antwerpia) operował 167 razy z śmiertelnością 10 prc. Gastroenterostomia jednak nie wystarcza we wszystkich przypadkach.

Garré (Królewiec) wycina żołądek tylko w przypadkach podejrzanych raka.

Cardenal (Barcelona) zwraca uwagę na gastroenterostomię tylną według Petersena.

Sinclaire White (Sheffield) twierdzi, że baczyć należy przy gastroenterostomii, czy to jest przednia, czy tylna, aby się przetokę założyło w punkcie najniższym żołądka.

Ricard (Paryż) zaleca zabieg tylko w przypadkach wrzodu odźwiernika.

Kocher (Bern) upomina się, aby chirurg rozstrzygał o potrzebie operacyi.

Herczel (Budapest) zaleca gastroenterostomię tylną Na 151 przypadków stracił 4.

Czerny (Heidelberg) przypomina, że już w roku 1882 wykonał eliptyczne wycięcie żołądka, zaleca jednak gastroenterostomię tylną według Hackera, przyczem czasem używa guzika Murphyego.

Rydygier (Lwów) przypomina, że pierwszą resekcyę odźwiernika wykonał już przed 25-ciu laty i że podówczas referent w „Zentralblatt für Chirurgie" uczynił uwagę: „hoffentlich die letzte".

Lorthioir (Bruksela) zwraca uwagę na wrodzone zarośnięcie (*atresia*) odźwiernika, mało znane.

Sonnenburg (Berlin) wyniósł wrażenie z dyskusyi, że w przyszłości należy częściej wykonać resekcyę, łącząc ją z gastroenterostomią.

Monprofit (Angers) występuje przeciw szerokim anastomozom, zalecanym przez Ricarda.

(Ciąg dalszy nastąpi). *Bogdanik.*

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Smutny rozdział. (Nędza w zawodzie lekarskim). Wiedeńska Sonn- und Montags-Zeitung ogłosiła w ostatnim numerze wrześniowym pod powyższym tytułem artykuł, w którym maluje szerokiej publiczności w prawdziwem świetle całą nędzę lekarzy obecnej doby. Artykuł ten jest niezwykle aktualnym tak, że go powtórzyły za pismem politycznem niektóre pisma zawodowe lekarskie i dlatego pozwalamy sobie na tem miejscu podać jego zajmującą treść w przekładzie:

To, co zwykle spostrzegamy, przyglądając się codziennemu życiu, jest tylko zwodniczym blaskiem, jest w pozory otuloną prawdą: siedzimy jakby w widowni budynku teatralnego i widzimy, jak ludzie biegają po scenie tam i napowrót, jak się poruszają, działają, zapalają i mamy to przeświadczenie, że życie za kulisami inaczej płynie, niż na „deskach teatralnych, które mają wyobrażać życie". Wiemy o tem, że czuła para miłośna poza sceną wiodzie bój z sobą zacięty, wiemy o tem, że to całe szczęście, dobrobyt i zadowolnienie, jakie oglądamy na scenie, to tylko maski, że to tylko owe kłamstwa życiowe, bez których życie samo byłoby niemożliwe. A mimoto dziwimy się, kiedy kulisy z jakiejkolwiek przyczyny upadają, kiedy mgła się rozdziera, co kryła dalekie widoki, a my przed sobą spostrzegamy nagie, brutalne życie w jego prawdziwej postaci.

Jedna z rozpraw sądowych w Berlinie odsłoniła w ostatnich tygodniach dramat inteligentnego proletaryusza. Tym razem był nim przypadkowo lekarz; a ponieważ nam się zdaje, że ten poszczególny przypadek mieści w sobie część ogólnej, dotąd starannie ukrywanej prawdy, pozwolimy sobie pokrótce go na tem miejscu naszkicować. Pewien przedsiębiorca budowlany zauważył, że mu ginie na budowie w niezrozumiały dla niego sposób drzewo budulcowe. Służąca doniosła mu, że zwykle wieczorem skrada się na budowę jakiś mężczyzna, należący, o ile z pozorów sądzić może, do lepszych sfer społecznych, że się trwożliwie w koło rozgląda, a potem znika z kilkoma kawałkami drzewa, które pod płaszczem starannie ukrywa. W jakiś czas potem zjawia się zwykle jakaś dama, która robi to samo. Władza, o tem powiadomiona, ustawiła na czatach żandarma, któremu się udało schwycić obie osoby na gorącym uczynku. Kto opisze zdziwienie interesowanych, kiedy się okazało, że złodziejem jest mieszkający w tejże dzielnicy praktyczny lekarz? Bez zawinienia popadł w nędzę. Mimo pilności i dobrej woli nie mógł się dobić żadnej praktyki. I aby wśród ciężkich mrozów lutego móc w ciepłem mieszkaniu przynajmniej marzyć o lepszej przyszłości, zaczął kraść drzewo. Sąd, uwzględniając łagodzące okoliczności, a mianowicie przyznanie się, skruchę i nędzę, skazał go na tydzień, a żonę jego na dwa dni więzienia.

Na pewno spotkamy się z zarzutem, że to jest wyjątkowy przypadek, który nie ma nic wspólnego z ogółem lekarzy. Wszak przeważnie lekarzom powodzi się dobrze, a niektórym nawet znakomicie. Te wszystkie zarzuty już dawno zbiły lekarskie pisma zawodowe. Dokładnie przeprowadzona statystyka wykazała, że większość lekarzy ledwo taki ma dochód, że tylko z trudnością najkonieczniejsze potrzeby nim zaspokoić mogą. A odnosi się to nietylko do lekarzy, praktykujących w Austryi lub w Niemczech, ale również i do lekarzy francuskich, co dowiodła statystyka, niedawno ogłoszona w jednem z pism lekarskich paryskich. Dowodzi to, że mamy tu do czynienia nie ze sprawą lokalną, ale z ogólnem, ważnem społecznem zjawiskiem, a mianowicie z upadkiem średniego stanu, którego głównymi przedstawicielami są t. zwane wolne, inteligentne zawody. Gdyż nietylko lekarz skarży się dzisiaj na ciężkie czasy; także i adwokaci mogliby nam piękną, a smutną zanucić pieśń o obecnej biedzie, a ktoby zdołał zgodnie z rzeczywistością opisać dolę innych „inteligentnych" zawodów, z pewnością znalazłby dużo tematów i scen, podobnych do tych, które rozprawa sądowa w Berlinie światu odsłoniła.

Bo czyż lepiej wiedzie się dzisiaj urzędnikowi, nauczycielowi lub pisarzowi? Czy oni nie odczuwają tego również, jak spada w cenie z dnia na dzień praca umysłowa? Czy mimoto, że wiedzą, iż niektórzy z pośród nich wygrali na loteryi życia wielki los, czyż mimoto nie prześladuje ich na każdym kroku szary upiór troski o byt?

Społeczna nędza właśnie u lekarza najbardziej wpada ludziom w oczy: opisując sceny, jak ta wyżej przytoczona, odczuwamy właśnie u lekarza najdotkliwiej ból, bośmy przywykli słuchać i wierzyć w tylekroć powtarzane hasła: „Galenus dat opes", lub „praxis aurea". Świat żąda od młodego lekarza przedewszystkiem kłamstwa, kłamstwa i jeszcze raz kłamstwa. Chcąc mieć praktykę, musi wszędzie i zawsze opowiadać o swem wielkiem zajęciu, jak jest znużony, jak mu spokojnie ani zjeść, ani się wyspać pacyenci nie pozwalają; w przeciwnym razie nikt go nie wezwie, gdyż nikogo bardziej nie unikają ludzie, jak lekarza bez praktyki, a nic ich więcej nie ciągnie, jak opowieści, że ten lub ów uczeń Eskulapa jest wprost rozrywany przez pacyentów i że gromadzi olbrzymie skarby. Młody lekarz musi zatem kłamać, naturalnie zawsze w tej błogiej nadziei, że kłamstwo stanie się prawdą i że wreszcie naprawdę osiągnie to, co z pozoru już dawno niby osiągnął. To właśnie było przyczyną, dla której lekarze dotąd milczeli, dlaczego byli najwstydliwszymi z pośród wszystkich inteligentnych proletaryuszy. Aż nastała chwila, że się pozory nadal utrzymywać nie dały. Lekarz i powieściopisarz

v. Schullern opisał nędzę lekarzy w powieści swej p. t.: „Die Aerzte“. Książka ta otworzyła oczy tysiącom ludzi. I lekarze sami się podnieśli i potworzyli stowarzyszenia, aby za przykładem proletaryuszów i kapitalistów strejkiem i kartelem poprawić swoją dolę. Strejk lekarzy, długo bardzo wyśmiewany jako utopia, stał się smutną prawdą w Lipsku i innych niemieckich miastach. Jakże się strejk da pogodzić z zasadami humanitarności? — wołają filantropi. Czyż nie jest lekarz apostołem miłości bliźniego i czyż wolno mu kiedykolwiek odmówić pomocy choremu? Lekarze nie pozostali dłużni odpowiedzi. „Miłość bliźniego“ — wywodzili oni — „zaczyna się od siebie samego. A społeczeństwo, które wołanie o pomoc swego własnego obrońcy pozostawia bez odpowiedzi, nie może mieć pretensyi do bezwzględnej pomocy od tego, o którego ani na chwilę nie dba, ani się troszczy. Boć czyż to nie jest śmieszną rzeczą, aby w takiej chwili, gdzie lekarze takie stworzyli ogromy, gdzie wybudowawszy olbrzyma, gmach higieny i modnej profilaktyki przed chorobami zakaźnemi, sam sobie wykopali grób, aby w takiej chwili bezinteresowny objawiciel nowej nauki leczenia, który ludzkość uszczęśliwił i wyratował z niejednej toni, musiał w pocie czoła zdobywać skromny chleb codzienny?! Czyż to nie jest smutną rzeczą, że w jednej niemieckiej gminie (prawda — a nie fantazya!) znalazł się lekarz w takiej biedzie, że spełniał obowiązki stróża nocnego? Czyżby w to kto uwierzył, że o skromną posadę sekretarza zgłosiło się dwóch dyplomowanych lekarzy? Jeśli wy o nas nie dbacie, jeśli spokojnie patrzycie, jak my z głodu giniemy, toć nam nie pozostaje nic innego, jak wziąć się do samopomocy“!

Fakt ten, że lekarze przestali się wstydzić i pomyśleli o solidarnej obronie własnych interesów, miał błogie skutki. Napływ uczniów na medycynę gwałtownie spadł; jest jednak jeszcze zawsze za wielki i łatwo może sprowadzić dalsze proletaryzowanie stanu lekarskiego. Każdy młody człowiek jest optymistą i coś z tego optymizmu zawsze pozostanie i w wieku starszym, a więc i w rodzicach akademickiej młodzieży. Chętnie się wskazuje dla przykładu na jednego lub na drugiego lekarza, któremu nibyto znakomicie się wiedzie. Nibyto !boć prawdę znają tylko wtajemniczeni. Bo, że jeden lub drugi wygrał wielki los na loteryi życia, a że jeden lub drugi szczególnem szczęściem lub wybitnym osobistym talentem wybił się na wierzch, to nie daje miary przeciętnej, a tylko przy pomocy liczb odsetkowych możemy otrzymać matematyczne prawdopodobieństwo.

Kwestyę powyższą omówiliśmy tak szeroko głównie dlatego, że rozpoczął się nowy rok akademicki, że więc tysiące młodzieńców i wraz z nimi tysiące rodziców stoją wobec ważnego pytania, jaki obrać zawód. Zawód lekarza jest ciężki i pełen cierni. Wymaga, jak żaden inny, postawienia na kartę nieraz zdrowia i życia i wyzbycia się wszelkiej osobistej wolności. Lekarz jest niewolnikiem swoich chorych. Dawniej pocieszał się tem, że mu za niewolę płacą złotem, dziś i tej pociechy niema. Kto dziś ma odwagę zostać lekarzem, ten musi obok płonącego idealizmu posiadać bezpretensyonalną skromność, która upatruje jedyne szczęście życiowe w spełnieniu obowiązków zawodowych. *Stahr.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 2 listopada.

* *Od prof. Browicza otrzymujemy następujące ogłoszenie:*

„Towarzystwo lekarskie krakowskie podejmuje dalszą pracę nad udoskonaleniem i uzupełnieniem słownika lekarskiego polskiego. W imieniu Komisyi słownikowej upraszam lekarzy polskich o nadsyłanie wszelkich uwag, wniosków, jakoteż materyału słownego z pojedynczych działów medycyny na ręce podpisanego, jako przewodniczącego Komisyi słownikowej.

Wszystkie pisma lekarskie polskie upraszam o pomieszczenie tej odezwy. *Prof. Browicz.*

* Dnia 24 z. m. odbyło się posiedzenie Komisyi sanitarnej miejskiej. Przewodniczył Komisyi wiceprezydent Chyliński, który zaznaczył, że Komisyę zwołano z powodu obecności w Krakowie protomedyka Radcy dworu dr. Merunowicza. Fizyk miejski dr. Wilkosz podał do wiadomości Komisyi, że wskutek zarządzonych rewizyi sanitarnych weszło około 800 doniesień urzędowych o nieporządkach w mieście, nad których rychłem usunięciem czuwają inspektorowie rewirowi, ustanowieni ze względu na grożące niebezpieczeństwo cholery. Dalej zawiadomił fizyk miejski, że nad każdym przyjeżdżającym do Krakowa z okolic nawiedzonych cholerą czuwa miejscowa władza sanitarna przez szereg dni, aby było możliwem stwierdzenie ewentualnego pierwszego przypadku i zapobieżenie rozszerzeniu się zarazy.

Protomedyk Radca dworu dr. Merunowicz podał, że według wiadomości, otrzymanych z Królestwa Polskiego, szerzy się tam epidemia cholery, której pojawienia się musimy się obawiać w naszym kraju, jeżeli już nie w tym roku, to zapewne z wiosną roku przyszłego, pod tym względem bowiem doświadczenie, uczynione w latach wielkich wojen przekonało o szerzeniu się epidemii po ukończeniu wojny. W przewidywaniu tego dla naszego kraju groźnego niebezpieczeństwa, potrzebna jest ciągła gotowość władz sanitarnych celem stłumienia go w zarodku, co wobec dzisiejszych środków nauką i doświadczeniem stwierdzonych nie będzie trudnem, jeżeli osoby do tego powołane spełnią należycie swoje zadanie. Celem przekonania się o stanie miejskich urządzeń na wypadek epidemii w Krakowie, zbadał protomedyk osobiście szpital epidemiczny, urządzony obok szpitala Bonifratrów i przekonał się, że jest zupełnie dobry. Toż samo może powiedzieć o miejskim domu izolacyjnym, urządzonym w ogrodzie Angielskim. W przemówieniu swem zaznaczył dr. Merunowicz, że oprócz tych, znacznym nakładem urządzonych instytucyi zachodzi jeszcze w Krakowie konieczna potrzeba zorganizowania stałej miejskiej służby sanitarnej, a pod tym względem powołał się na zdanie, wypowiedziane w kwietniu b. r., że mianowicie liczba lekarzy miejskich jest w Krakowie niedostateczną i w myśl ustawy krajowej należy utworzyć posady jeszcze dwu lekarzy miejskich. Protomedyk dr. Merunowicz zaznaczył, że obecna instrukcya, obowiązująca lekarzy miejskich jest niedostateczną i że rozszerzenie ich zakresu działania, stosownie do obecnych wymagań nauki jest niezbędnem.

Przewodniczący wiceprezydent Chyliński podał, że reorganizacya magistratu, a tem samem i miejskiej służby zdrowia jest właśnie na porządku dziennym i nastąpi w czasie najbliższym a odnośny referat jest gotowy. Ze sprawą organizacyi lekarzy miejskich łączy się także sprawa utworzenia lekarzy szkolnych.

W obszernej dyskusyi na temat powyższy, w której wzięli udział dr. Seńkowski, Jordan, Domański i Ponikło, przeważyło zapatrywanie, że łączenie organizacyi lekarzy miejskich z ustanowieniem lekarzy policyjnych przez rząd zaprowadzić się mających, jak niemniej lekarzy szkolnych, jest nieodpowiedniem i że należy równolegle traktować sprawę pomnożenia lekarzy miejskich o 2 ze zmianą dotychczasowej instrukcyi. Uchwalono też na wniosek prof. Jordana zażądać od magistratu przedłożenia w czasie najkrótszym projektu zmiany instrukcyi dla lekarzy miejskich z uwzględnieniem powiększenia ich liczby o dwóch, jak tego wymaga ustawa.

Następnym przedmiotem dyskusyi była sprawa budowy szpitala epidemicznego i domu izolacyjnego. Według wyjaśnień Komisyi udzielonych, kosztuje najem lokalu i inne wydatki, połączone z utrzymywaniem szpitala epidemicznego koło szpitala Bonifratrów sumę 2,340 K rocznie. Wobec tego znacznego wydatku okazuje się koniecznem zbudowanie własnego szpitala i domu izolacyjnego, co też Komisya na wniosek wiceprezydenta Saarego uchwaliła przedstawić magistratowi.

Wskutek poruszonej przez p. protomedyka Merunowicza sprawy schroniska brata Alberta, przyjęła Komisya do wiadomości, że dla tego zakładu jest już opracowana osobna instrukcya, na wzór obowiązujących w innych zakładach tego rodzaju i ta wejdzie w życie jeszcze w roku bieżącym.

W końcu posiedzenia wskutek wniosku wiceprezydenta Chylińskiego przystąpiono do wyboru 4 członków podkomisyi, mającej opracować regulamin dla przyszłych lekarzy szkolnych. Do tej podkomisyi, mającej działać w porozumieniu z sekcyą czwartą Rady miasta, wybrano drów Bielańskiego, Bujwida, Drobę i Ponikłę.

* W bezprzykładnym zamęcie, który z żywiołową siłą załamowuje wszelką działalność społeczeństwa rosyjskiego i dąży obecnie do zastoju we wszystkich gałęziach życia, spotkaliśmy się z wstrząsającą wiadomością, jakoby i lekarze zawiesili także swoją czynność zawodową i przestaną udzielać pomocy lekarskiej tak długo, aż stanie się zadość postulatom politycznym narodu rosyjskiego. Nie możemy się oprzeć przypuszczeniu, że jest to chyba krok demonstracyjny małej garstki, która nakłada najjaskrawszych barw dla okazania grozy położenia i że groźba ta w czyn nigdy się nie zamieni, a natomiast wywoła potępienie w protestujących uchwałach zbiorowych ciał lekarskich. Postanowienie takie mogli powziąć lekarze tylko pod naciskiem terorystów, działających zawsze i wszędzie z największą bezwzględnością. Gdyby jednak rzecz miała się inaczej, gdyby rzeczywiście fanatyzm polityczny

rozluźnił w społeczeństwie rosyjskiem wszystkie więzy moralne, które wkłada stygmat człowieczeństwa na dusze ludzkie, to przyszłoby się nam chyba uwierzyć, że kultura wszechludzka osiadła tylko na naskórku społeczeństwa rosyjskiego, a nie wniknęła w rdzeń i jaźń jego ducha i że płomień namiętności politycznych, jak czerwona chusta w ręku toreadora, zaślepia go i poraża najwznioślejsze właściwośc duszy ludzkiej.

* Kilku lekarzy krakowskich, którzy zostali zawiadomieni o mającem nastąpić otwarciu dziecięcego Szpitala Anny-Maryi w Łodzi, zamierzało wziąć osobisty udział w tej uroczystości. Atoli brak środków komunikacyjnych stanął temu zamiarowi na przeszkodzie, a i biuro telegraficzne nie wzięło poręczenia za dojście depeszy.

* Cholera w Niemczech wygasła, biuletyny zaprzestano ogłaszać. Wszystkich przypadków było 281, z tych zmarło 90.

* Prof. R. Koch powrócił do Berlina z jednorocznej swojej podróży do Afryki podzwrotnikowej. Spodziewane są ważne odkrycia z tych studyów.

* Między 8 a 14 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: kołomyjskim, peczeniżyńskim (po 1 gm.), śniatyńskim (2 gm.), stryjskim (3 gm.), zaleszczyckim i zbarażskim (po 1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Franca Viglia mian. profesorem okulistyki w Catanii. Dr. Borri mian. profesorem zwycz. sądowej medycyny w Modenie. Dr. Ottolenghi — prof. nadzw. sądowej medycyny w Rzymie. Dr. Carrara prof. nadzw. sądowej medycyny w Turynie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Ludwik Rabek ordynator warszaw szpitala dla dzieci — w Genui. Dr. Cochez prof. kliniki lekarskiej — w Algierze. Dr. Chaves, prof. kliniki lekarskiej w Buenos Ayres.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 41. Starkiewicz i Koelichen: Przypadek porażenia Landryego, zbadany anatomicznie. Rabek: Kilka słów o rozpoznawaniu wczesnego dziedzicznego syfilisu. Ziembicki: O węgorku jelitowym (dok.). Monsiorski: Haematocele anteuterina (dok.).

— *Medycyna* Nr. 42. Róbin: Stan obecny dyagnostyki chorób kiszek. Flatau i Koelichen: O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 43. Plavec: Malá motorická epilepsie (dok.). Bocheński: Připad zánětu plic, nabytého v lůně matky (dok.). Zahradnický: Zprava o chirurgické činnosti všeobecné okresní nemocnice v Něm. Brodě za r. 1904. Kimla: Spirochaete pallida a její význam pro aetiologii syfilis.

— *La Presse médicale* Nr. 84. Weil: Krwawiączka — jej patogeneza i terapia. — Nr. 85 Devraigne: Porada lekarska dla osesków,

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 43. Edinger: Powstawanie płaszcza (kresomózgowia) w państwie zwierzęcem. Köllner: Znaczenie alypiny dla okulistyki. Engel: Wartość refraktometrycznego oznaczania białka przy różniczkowem rozpoznaniu między wysiękiem a przesiękiem. Blum: Przypadek śpiączki, wywołanej przerzutem raka w mózgu.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 43. Lüdke: Przyczynek do studyów t. zw. „komplementów". Manteufel: Przyczynek do etyologii nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Stäubli: Przyczynek do nauki o miejscowej eozynofilii. Schlesinger: Przyczynek do symptomatologii choroby Barlowa. Hirschfeld: Dalsze doświadczenia z użyciem muszli usznej dla zastąpienia ubytków w powiekach. Tischler: Epidemia duru u dzieci w okręgu szkolnym miasta Deggendorf 1904—5. Bleibtreu: Przypadek akromegalii (zniszczenie przysadki mózgowej przez krwotok). Wolffhügel: Osobliwy przypadek obustronnego wodonercza po urazie (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 43. Neusser: Hermann Nothnagel (wspomnienie pośmiertne). Schrötter: Osobliwy przypadek gruźlicy. Schmidt: Kliniczny przyczynek do patogenezy moczówki prostej. Franke: Przypadek „vagusarrhythmiae" serca w związku z ostrem zapaleniem osierdzia. Pichler: Przyczynek do symptomatologii następowego zapalenia gruczołu przyusznego.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 43. Oppenheim: Rozpoznanie, rokowanie i leczenie drżączki porażnej. Hoffmann: O krętku bladym. Fischer: Doświadczalne wykazanie tętniaków. Offergeld: Technika natychmiastowego wykonywania enterostomii i rzyci sztucznej. Federmann: Przypadek rany postrzałowej kręgu piersiowego z połowiczem uszkodzeniem Brown Sequarda i porażeniem Klumpkego. Jottkowitz: Leczenie stawów rzekomych.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 43 (od dnia 22/X do 28/X) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. —, dziew. —; nieżywo: chł. —, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 10; zamiejscowych: męż. 10, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 12, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 1. 21) nowotwory: miej. —, ob. —. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 5, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 2, ob. —. **Razem:** miejscowych 30, obcych 18.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 8 listopada, o godzinie 6 wieczorem w ***„Domu lekarskim"*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prymaryusz Bogdanik przedstawi chorych: 1) z resekcyą obu stawów łokciowych i 2) z resekcyą jelita. Kol. dr. Frommer przedstawi chorych: 1) z rakiem skórnym leczonym promieniami Röntgena; 2) oraz leczonych metodą Biera. Wreszcie kol. doc. Droba poda „Wyniki badań nad epidemią zapalenia opon mózgowordzeniowych w Galicyi w roku 1905".

Rok XLIV. Kraków 11 Listopada 1905. Nr. 45

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O hodowaniu beztlenowców bezwzględnych w pożywkach z wolnym dostępem powietrza.

Podał

Adam Wrzosek.

(Praca wykonana w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniw. Jag. Dyrektor prof. K. Klecki).

Od czasu, gdy zająłem się sprawą jałowości tkanek zwierzęcych prawidłowych i zagadnieniami, ściśle z rzeczoną sprawą związanemi, zbadałem bakteryologicznie narządy wewnętrzne przeszło stupięćdziesięciu zwierząt. W pewnej liczbie przypadków z kawałków narządów, zaszczepionych do bulionu zwykłego, na agar i do żelatyny, wyhodowałem mikroby. Niejednokrotnie przy tem uderzyła mnie okoliczność, iż niektóre z wyhodowanych z tkanek mikrobów posiadały dziwne i napozór paradoksalne cechy: mimo iż wyrosły w zwykłym bulionie z kawałka narządu, — gdy je przeszczepiałem na najrozmaitsze pożywki, to albo wcale nie wyrastały na żadnej z zaszczepionych pożywek, albo tylko w tych pożywkach, do których dostęp powietrza był uniemożliwiony, a więc w głębokim agarze cukrowym, w żelatynie głębokiej i w bulionie, znajdującym się w probówce pod warstwą parafiny. Czasem bulion, w którym znajdował się kawałek narządu, mętniał bardzo wyraźnie w warstwie dolnej, gdy w górnej był całkiem przeźroczysty, przyczem granica między obiema warstwami była ostro zaznaczona [1]).

Dla przykładu przytoczę wyimki z niektórych protokołów doświadczeń, lubo wykonanych przeszło przed półtora rokiem, dotąd jednak drukiem nie ogłoszonych. Protokoły wspomnianych doświadczeń zostaną wkrotce ogłoszone w całości w pracy o roli płuc, jako wrót zakażenia fizyologicznego.

I. Wyjątek z protokołu doświadczenia, wykonanego 17/XII 1903. Królikowi w pół godziny po tracheotomii, wstrzyknąłem do tchawicy $^1/_2$ cm³ hod. bul. *b. Kiliense.* W siedem godzin potem, z zachowaniem wszelkich wymagań aseptyki, zaszczepiłem z uśpionego zwierzęcia do probówek z bulionem po kawałku gruczołu krezkowego, śledziony, wątroby, nerki, płuca, gruczołu oskrzelowego, szpiku wraz z kawałkiem kości udowej, oraz po $^1/_4$ do 1 cm³ żółci, moczu i krwi z serca. Zaszczepione do bulionów kawałki narządów nie były większe zazwyczaj nad $^1/_2$ cm³.

W bulionie z kawałkiem kości wraz ze szpikiem wyrosły bardzo drobne prątki, w kropli wiszącej ruchome, metodą Grama odbarwiające się, dla świnek morskich niejadowite. Prątki te, przeszczepione do bulionu, na agar zwykły skośny, na ziemniak, do głębokiego agaru cukrowego, do mleka i do żelatyny, nie wyrosły, jak tylko w głębi żelatyny. A więc te same mikroby, które bardzo dobrze rosły w bulionie, w którym był kawałek kości ze szpikiem, przeszczepione do bulionu innego całkiem nie rosły, jak wogóle na żadnej pożywce, do której dostęp powietrza był wolny.

II. Wyjątek z protokołu doświadczenia, wykonanego 8/II 1904. Z kawałka gruczołu krezkowego i z kawałka wątroby psa, zaszczepionych do probówek z bulionem, jak w doświadczeniu poprzedniem, wyrosły spore laseczki, dla świnek morskich niejadowite, metodą Grama nie odbarwiające się. Buliony z kawałkami narządów, w których te mikroby wyrosły, zmętniały i silnie cuchnęły. Mikroby rzeczone, przeszczepione do bulionu zwykłego, do mleka, na agar zwykły skośny, na ziemniak, do głębokiego agaru cukrowego, do żelatyny, do bulionu glicerynowego i do bulionu pod parafiną — nie wyrastały wcale, ani w ciepłocie pokojowej, ani w cieplarce 37°.

Z tego wynika, iż były to mikroby, które jak gdyby zdolne były do rozwoju tylko wtedy, gdy w pożywce znajdował się kawałek świeżej tkanki zwierzęcej.

III. Wyjątek z protokołu doświadczenia, wykonanego 19/II 1904. Z kawałka nerki psa, zaszczepionej do bulionu zwykłego, otrzymałem hodowlę laseczek miernej długości, układających się w długie łańcuszki, w kropli wiszącej ruchomych, sposobem Grama nie odbarwiających się, dla świnek morskich niejadowitych. Laseczki wspomniane, mimo iż bulion, w którym znajdował się kawałek nerki zmąciły, wytwarzając w nim hodowlę, nie wyrastały wcale, gdy je przeszczepiałem do bulionu zwykłego i glicerynowego, na agar zwykły skośny, do żelatyny i na ziemniak. Rosły natomiast w głębi kłutego agaru cukrowego i w agarze zwykłym pod warstwą parafiny.

Na zasadzie cech powyższych należałoby wyhodowane z nerki laseczki zaliczyć do gromady beztlenowców.

Z kawałka gruczołu oskrzelowego tegoż samego psa wyhodowałem w bulionie krótkie wielopostaciowe prątki, w kropli wiszącej ruchome, metodą Grama nieodbarwiające się, dla świnek morskich niejadowite. Mikroby te, przeszczepiane do bulionu zwykłego i glicerynowego, na ziemniak, na agar zwykły skośny, na żelatynę, do głębokiego agaru cukrowego i do bulionu pod parafiną — na żadnej pożywce nie wytwarzały hodowli.

IV. Wyjątek z protokołu doświadczenia, wykonanego 19/II 1904. W bulionie, zaszczepionym kawałkiem nerki królika, wyrosły bardzo drobne prątki, w kropli wiszącej ruchome, sposobem Grama nieodbarwiające się, dla świnek morskich niejadowite. Prątki te przeszczepiane do bulionu zwykłego i glicerynowego, do mleka, do żelatyny, na agar zwykły skośny i do agaru cukrowego głębokiego nie wyrastały wcale; wyrosły jedynie w głębi kłutego agaru cukrowego pod warstwą parafiny. Sądząc z cech powyższych, należałoby wyhodowane z nerki prątki zaliczyć do gromady beztlenowców.

Z powyższych spostrzeżeń możnaby dwa wnioski wysnuć, a mianowicie:

1) iż istnieją mikroby, które rosną w bulionie z kawałkiem narządu zwierzęcego, aczkolwiek nie rosną zgoła na zwykle używanych pożywkach do hodowli zarówno tlenowców, jak i beztlenowców;

2) iż mikroby, które w zwykłych warunkach rozwijają się tylko w pożywkach bez dostępu powietrza, mogą rozwijać się i w pożywkach z dostępem powietrza (bulion), jeśli tylko w pożywce znajduje się kawałek świeżej tkanki zwierzęcej.

Wniosków rzeczonych nie sprawdziłem doświadczalnie, gdy przed kilku miesiącami pojawiła się nader ciekawa

[1]) Patrz sprawozdanie z czwartego doświadczenia w pracy p. n. „O przechodzeniu drobnoustrojów w warunkach prawidłowych z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych" („Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich", T. II, Lwów, 1903).

i pouczająca praca[2]) Tarozziego, wykonana w Zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu w Sienie. Tarozzi na zasadzie swych badań twierdzi, iż w zwykłych pożywkach, przeznaczonych do hodowania tlenowców rozwijają się również dobrze i beztlenowce, jeśli włożyć uprzednio do pożywki kawałek narządu zwierzęcego, najlepiej kawałek wątroby, śledziony lub nerki. Co więcej, nawet w bulionie, w którym tylko przez kilka godzin znajdował się kawałek świeżej tkanki zwierzęcej, rozwijają się według Tarozziego beztlenowce, jeśli je zaszczepić do bulionu nawet już po wyjęciu kawałka narządu.

Ponieważ sprawa rozmnażania się beztlenowców wobec dostępu powietrza w zwykłych pożywkach, zawierających kawałek narządu zwierzęcego, już dawniej poniekąd była mnie zajmowała, przeto z tem większą skwapliwością zabrałem się do sprawdzenia badań Tarozziego.

Badania Tarozziego sprawdzałem, posługując się czterema gatunkami beztlenowców, mianowicie laseczníkami tężca, szelestnicy, obrzęku złośliwego i zatrucia mięsnego (*b. botulinus*). W bulionach, do których szczepiłem wspomniane mikroby, znajdowały się kawałki narządów królików i świnek morskich wielkości mniej więcej $^1/_3$ cm³, oraz daleko mniejsze kawałki narządów myszy białych. Pożywki bulionowe z kawałkami narządów, zanim zaszczepiłem do nich beztlenowce, trzymałem przez parę lub kilka dni w cieplarce, a dopiero, gdy bulion nie zmętniał zupełnie, szczepiłem doń wspomniane wyżej mikroby i znowuż umieszczałem zaszczepione pożywki w cieplarce, stale nastawionej na 37⁰.

I. Doświadczenia z laseczníkiem tężca.

1) Do próbki z bulionem zaszczepiłem kawałek śledziony myszy białej. Zaszczepiony kawałek narządu był oczywiście nader mały, boć i sam narząd miał bardzo szczupłe rozmiary. Bulion z kawałkiem śledziony mysiej przez dwa dni trzymałem w cieplarce, a ponieważ bulion w ciągu tego czasu nie zmętniał, zaszczepiłem doń laseczníka tężca z hodowli agarowej. Bulion z kawałkiem śledziony pozostał przeźroczysty, mimo, iż później szczepiłem doń jeszcze kilkakrotnie laseczniki tężca. Pożywkę zaszczepioną obserwowałem w ciągu 10 dni i w ciągu tego czasu pozostała jałowa.

2) Ponieważ wynik poprzedniego doświadczenia był zupełnie ujemny, postanowiłem jeszcze raz w ten sposób spróbować hodować laseczniki tężca. W tym celu do jałowego bulionu z kawałeczkiem śledziony mysiej, który uprzednio przez trzy dni trzymałem w cieplarce, zaszczepiłem laseczniki tężca.

I tym razem wynik doświadczenia był ujemny: w bulionie z kawałkiem śledziony mysiej laseczniki tężca nie rozmnażały się.

3) Powtórzyłem poprzednie doświadczenie po raz trzeci. I tym razem bulion z kawałkiem śledziony mysiej, który uprzednio trzymałem trzy dni w cieplarce, a później zaszczepiłem laseczníkami tężcowymi, pozostał jałowy.

4) Aby się przekonać, czy nie otrzymywałem dlatego wyników ujemnych w poprzednich doświadczeniach, iż w bulionie znajdowała się zbyt mała ilość tkanki zwierzęcej, zaszczepiłem do bulionu jałowego z kawałkiem nerki króliczej, wynoszącym około 1 cm³, laseczniki tężcowe. Zanim zaszczepiłem laseczniki tężca, trzymałem bulion z kawałkiem nerki przez 4 dni w cieplarce. Nazajutrz po zaszczepieniu laseczników tężca bulion z kawałkiem nerki zmętniał. Aby nie mieć wątpliwości co do tego, czy istotnie w bulionie z kawałkiem nerki otrzymałem hodowlę wyłącznie beztlenowców, prócz badania drobnowidowego, przeszczepiłem zeń po kilka oczek do zwykłego bulionu i do bulionu pod parafinę. Bulion pod parafiną zmętniał i zaczął wytwarzać gazy, natomiast bulion zwykły pozostał zupełnie przeźroczysty.

[2]) „Centralblatt für Bakteriologie" 1905. Bd. XXXVIII. H. 5.

5) Do bulionu *A* wprowadziłem kawałek nerki króliczej wielkości około 1 cm³. Po trzech dniach, gdy bulion wciąż pozostawał przeźroczysty, wyjąłem zeń kawałek nerki, a natomiast zaszczepiłem laseczniki tężcowe. Dla kontroli zaszczepiłem również laseczniki tężcowe do bulionu zwykłego *B*, w którym nie było uprzednio kawałka narządu. Zaraz nazajutrz bulion *A* zmętniał, gdy bulion *B* był przeźroczysty i później również nie zmętniał.

Z bulionu *A* przeszczepiłem po kilka oczek do bulionu pod parafiną *C* i do bulionu zwykłego *D*. Bulion *C* zmętniał, bulion *D* pozostał przezroczysty.

6) Do bulionu *A* z kawałkiem gruczołu krezkowego królika, wynoszącym około $^1/_8$ cm³; do bulionu *B* z kawałkiem gruczołu krezkowego świnki morkiej, wynoszącym około $^1/_8$ cm; do bulionu *C* z kawałkiem śledziony świnki morskiej, wynoszącym około $^1/_4$ cm³ i do bulionu *D* z kawałkiem nerki świnki morskiej, wynoszącym około $^1/_2$ cm, zaszczepiłem po 3 oczka hodowli bulionowej laseczników tężca. Zanim buliony z kawałkami narządów zaszczepiłem laseczníkami tężcowymi, trzymałem je w cieplarce 6 dni, podczas których buliony pozostały zupełnie przezroczyste, lecz po zaszczepieniu ich laseczníkami tężcowymi zmętniały. Ze wszystkich czterech bulionów przeszczepiłem po kilka oczek do czterech bulionów zwykłych. Buliony pod parafiną zmętniały, buliony zwykłe pozostały przeźroczyste.

II. Doświadczenia z laseczníkami szelestnicy.

1) Do bulionu jałowego z kawałkiem serca świnki morskiej, wynoszącym około $^1/_2$ cm³, po uprzedniem trzymaniu go w cieplarce przez dwa dni, zaszczepiłem laseczniki szelestnicy. Bulion zmętniał tylko na dnie probówki. Po skłóceniu go przeszczepiłem zeń: do bulionu zwykłego, na agar zwykły skośny, do głębokiego agaru cukrowego i do bulionu pod parafinę. W agarze głębokim i w bulionie pod parafiną pojawiły się hodowle laseczników szelestnicy; natomiast w bulionie zwykłym i na agarze skośnym nic nie wyrosło.

2) Do bulionu z kawałkiem (około $^1/_2$ cm³.) nerki i do bulionu z takiejże wielkości kawałkiem płuc świnki morskiej po dwudniowem ich trzymaniu w cieplarce zaszczepiłem laseczniki szelestnicy. Bulion z nerką w dolnej warstwie mętny, w górnej przeźroczysty. Bulion z płuc zmętniał równomiernie. Badanie mikroskopowe wykazało w obydwu bulionach obecność laseczników szelestnicy. Z obydwu bulionów, po skłóceniu ich, przeszczepiłem do bulionów pod parafinę i do bulionów zwykłych. Buliony pod parafiną zmętniały, buliony zaś zwykłe nie.

3) Do jałowego bulionu z kawałkiem wątroby świnki morskiej, po trzydniowem trzymaniu go w cieplarce, zaszczepiłem laseczniki szelestnicy. W bulionie tym laseczniki szelestnicy rozwinęły się. Po przeszczepieniu kilku oczek z bulionu z kawałkiem wątroby do bulionu i do bulionu pod parafinę, tylko w ostatniej pożywce rozwinęła się hodowla, gdy w pierwszej nic nie wyrosło.

4) Do bulionu jałowego, w którym przez trzy dni znajdował się był kawałek nerki świnki morskiej zaszczepiłem laseczniki szelestnicy. Bulion zmętniał. Przeszczepiłem zeń do bulionu zwykłego i do bulionu pod parafinę. Pierwszy bulion pozostał przeźroczysty, drugi zmętniał.

III. Doświadczenia z laseczníkami otrucia mięsnego.

1) Bulion z kawałkiem śledziony świnki morskiej przez dwa dni trzymałem w cieplarce, poczem zaszczepiłem doń *b. botulinus*. Bulion w dolnej warstwie zmętniał. Po skłóceniu go przeszczepiłem zeń po kilka oczek do bulionu zwykłego i do bulionu pod parafinę. Zmętniał tylko bulion pod parafiną. Badanie drobnowidowe wykazało *b. botulinus*.

2) Do bulionu z kawałkiem płuca świnki morskiej, który przez 7 dni trzymałem w cieplarcee, zaszczepiłem *b. botulinus*. Bulion zmętniał równomiernie wskutek pojawienia się w nim hodowli *b. botulinus*.

3) Do bulionu z kawałkiem wątroby mysiej, który przez trzy dni trzymałem w cieplarce, zaszczepiłem *b. botulinus*. *B botulinus* rozwinał się w rzeczonym bulionie.

4) Bulion *A* z kawałkiem kości udowej świnki morskiej, wraz ze szpikiem, trzymałem w ciągu tygodnia w cieplarce, poczem kawałek kości ze szpikiem przeniosłem do świeżego bulionu *B* Do obydwu bulionów zaszczepiłem po 3 oczka hodowli bulionowej *b botulini*. Ani w jednym, ani w drugim bulionie *b. botulinus* nie rozwinął się.

5) Do bulionu, w którym przez 3 dni znajdował się był kawałek wątroby świnki morskiej, zaszczepiłem *b botulinus*. Bulion przed zaszczepieniem doń laseczników otrucia mięsnego dokładnie skłóciłem. Mimo tego pojawiła się w nim hodowla *b. botulinus*.

6) Bulion *A* z kawałkiem śledziony świnki morskiej i bulion *α* z kawałkiem wątroby świnki morskiej trzymałem trzy dni w cieplarce, poczem kawałek śledziony przeniosłem do bulionu *B*, a kawałek wątroby do bulionu *β* Po dwóch dniach znowuż przeniosłem rzeczony kawałek śledziony z bulionu *B* do bulionu *C*, a kawałek wątroby z bulionu *β* do bulionu *γ*, poczem do bulionu *C* zaszczepiłem po 3 oczka hodowli bulionowej *b botulini*. W bulionie *C* nie rozwinęła się hodowla *b botulini*: bulion pozostał przeźroczysty. Natomiast w bulionie *γ* otrzymałem hodowlę *b. botulini*.

7) Bulion *A* z kawałkiem nerki świnki morskiej trzymałem 3 dni w cieplarce, poczem kawałek nerki przeniosłem do bulionu *B*. Po dwóch dniach przeniosłem powtórnie kawałek nerki, a mianowicie z bulionu *B* do *C*. Skłóciwszy dokładnie bulion *B*, zaszczepiłem doń i do bulionu *C b. botulinus*. W obydwu bulionach otrzymałem hodowlę *b. botulini*.

IV. Doświadczenia z lasecznikiem obrzęku złośliwego.

1) Do dwóch bulionów z kawałkiem śledziony świnki morskiej, które to buliony uprzednio przez dwa dni trzymałem w cieplarce, zaszczepiłem laseczniki obrzęku złośliwego. W zaszczepionych bulionach pojawiła się hodowla zaszczepionych beztlenowców.

2) Do bulionu, do którego przed trzema dniami włożyłem kawałek nerki mysiej, zaszczepiłem laseczniki obrzęku złośliwego. I w tym bulionie otrzymałem hodowlę zaszczepionych mikrobów.

3) Do dwóch bulionów zaszczepiłem po 3 oczka hodowli bulionowej laseczników obrzęku złośliwego. W jednym z tych bulionów znajdował się przez trzy dni kawałek wątroby króliczej, a w drugim kawałek takiego samego narządu przez 7 dni. Przed zaszczepieniem laseczników obrzęku złośliwego kawałki narządów z bulionów wyjąłem, a same buliony mocno skłóciłem. W obydwóch bulionach otrzymałem hodowle zaszczepionych mikrobów.

Z powyższych doświadczeń wynika, iż w zwykłym bulionie można hodować tak zwane bezwzględne beztlenowce, jeśli w bulionie znajduje się nie nazbyt mały kawałek narządu zwierzęcego. Bezwzględne beztlenowce rosną również w bulionie, w którym uprzednio przez pewien czas znajdował się kawałek narządu, i rosną nawet wtedy, gdy bulion po wyjęciu kawałka narządu, a przed zaszczepieniem beztlenowców, skłóci się silnie z powietrzem.

A więc niezmiernej wagi pod względem naukowym badania Tarozziego zostały potwierdzone powyżej przytoczonemi doświadczeniami. Odkrywa się teraz nader zajmujące pole badań nad warunkami hodowli „beztlenowców“ w obecności powietrza, a więc i tlenu. Do klasycznych badań Pasteura, Nenckiego, Lachowicza, Beijerincka i innych nad warunkami życia bezwzględnych beztlenowców, przybywa teraz praca Tarozziego, rzucająca na całą tę sprawę trochę nowego światła.

Dodać jednak należy, iż już przed Tarozzim Kitt oraz Kedrowski wykazali, iż tak zwane bezwzględne beztlenowce hodować można w dostępie powietrza na pożywkach, na których poprzednio hodowane były niektóre gatunki tlenowców. Ale metoda Tarozziego pod względem łatwości hodowania beztlenowców w pożywkach z dostępem powietrza o wiele przewyższa metodę Kitta i Kedrowskiego, a przeto niesłychanie ułatwić może dalsze w tej sprawie badania.

II. **Nabłoniak złośliwy kosmówki** *(chorionepithelioma malignum)* **w świetle nowszych badań.**

Podał

Dr. L. K. Gliński.

(Podług wykładu habilitacyjnego, wygłoszonego w d. 12 grudnia 1904)

(Dokończenie).

Pod względem budowy histologicznej nabłoniak kosmówki i w tego rodzaju przypadkach nie różni się niczem od utkania tego nowotworu w przypadkach zwykłych; jeden tylko szczegół zasługuje tutaj na uwagę, a mianowicie, że rozwój tego nowotworu poza miejscem przyczepu łożyska wywołuje w błonie śluzowej macicy podobne przeobrażenia, jak to ma miejsce w przypadkach ciąży pozamacicznej: błona śluzowa macicy przybiera wejrzenie doczesnej. Klinicznie przypadki te są bardzo ważne z tego względu, że łatwo dać mogą powód do pomyłek rozpoznawczych, a wczesne rozpoznanie tutaj jest bardzo pożądane, gdyż w kilku z pomiędzy dotychczas ogłoszonych przypadków wczesne rozpoznanie i rychłe usunięcie guza w pochwie pozwoliło nietylko uratować chorą od pewnej śmierci, lecz nawet dało możność zachować jej zdolność do dalszego płodzenia. Bądź co bądź z rokowaniem w tego rodzaju przypadkach należy być jeszcze ostrożniejszym niż w przypadkach zwykłych, gdyż zawsze liczyć się należy z możliwością nawrotu cierpienia, powstania przerzutów, a nawet rozwoju nowotworu w jakimś innym narządzie.

Wobec tego, że, jak to wyjaśniliśmy wyżej, punktu wyjścia nabłoniaka kosmówki szukać zawsze należy w elementach blon płodowych, zdawałoby się, że winien on być wyłącznym przywilejem kobiet i to tylko takich, które przechodziły ciążę, prawidłową lub nieprawidłową. W rzeczywistości jednak spotkać się możemy z tym nowotworem także u dziewic, a nawet, co wydaje się już wprost paradoksalnem, również i u mężczyzn. Pierwsze tego rodzaju spostrzeżenia datują się w piśmiennictwie już od roku 1878, w którym to czasie Malassez i Monod opisali pod nazwą „sarcome angioplastique“ nowotwór jądra u 27-letniego mężczyzny; nowotwór ten zwrócił ich uwagę ze względu na swą niezwykłą budowę; oczywiście jednak w tych czasach nie mogło jeszcze być mowy o należytem wytłómaczeniu pochodzenia, a nawet rodzaju tego nowotworu. To też dopiero w roku 1902 Schlagenhaufer, a prawie jednocześnie z nim i niezależnie odeń Własow zwrócili uwagę, że u mężczyzn w t. zw. potworniakach (teratomata), zwlaszcza jader, ogniskowo występować może utkanie o budowie, niczem się nie różniącej od budowy nabłoniaka złośliwego kosmówki; w przerzutach zaś tych guzów niejednokrotnie spotyka się wyłącznie lub prawie wyłącznie utkanie nabłoniaka

kosmówki. Jednocześnie ci autorowie na podstawie dawniejszego piśmiennictwa i na podstawie ponownego zbadania okazów muzealnych guzów jąder zdołali wykazać, że tego rodzaju nowotwory nie należą nawet do wielkich rzadkości, co zresztą wkrótce potwierdziły spostrzeżenia Schmorla, Steinhausa i innych. Wśród wszystkich tych spostrzeżeń wyjątkowe wprost stanowisko zajmuje przypadek Bostroema: autor ten znalazł w mózgu 28-letniego mężczyzny guz nowotworowy o utkaniu nabłoniaka kosmówki, obok tego zaś liczne o podobnem utkaniu guzy w gruczołach pozaotrzewnych, płucach, nerkach i wątrobie; nowotworu w jądrach w tym przypadku sekcya nie wykazała.

Nabłoniak kosmówki u kobiet, które nigdy z wszelką pewnością nie były w ciąży, dotychczas był bardzo rzadko spostrzegany. W dotyczącem piśmiennictwie, o ile mi wiadomo, istnieją dotychczas tylko 2 spostrzeżenia Lubarscha i Picka. Przypadek Lubarscha dotyczy 13-letniej dziewczynki, u której guz nowotworowy, jak się zdaje, wychodził z macicy; przypadek ten jest bardzo niedokładnie opisany i trudno zeń wyprowadzać jakieś ogólniejsze wnioski. Drugi przypadek opisał pokrótce Pick; w tym przypadku nabłoniak kosmówki znajdował się w jajniku 9-letniej dziewczynki, a wśród jego utkania spotykały się resztki utkania potworniaka w postaci n. p. nabłonka nerwowego. Do tej szczupłej liczby dotychczasowych spostrzeżeń pozwolę sobie dodać z własnego doświadczenia jeszcze jeden, dotychczas nieogłoszony drukiem przypadek, obserwowany klinicznie przez prof. Rosnera. W przypadku tym, dotyczącym 18-letniej virgo intacta, guz nowotworowy wielkości głowy dziecka zajmował lewy jajnik i po operacyjnem usunięciu został nadesłany do zbadania do tutejszego zakładu anatomii patologicznej prof. Browicza. Klinicznie przypuszczano nowotwór złośliwy; makroskopowem swem wejrzeniem (miękkie krwawe masy) guz ten odpowiadał rzeczywiście obrazowi nabłoniaka złośliwego kosmówki, wobec jednak braku tego rodzaju spostrzeżeń podobne przypuszczenie nie przychodziło nam zupełnie do głowy, zwłaszcza że pacyentka była virgo intacta; przypuszczaliśmy raczej wylew krwawy w obrębie jakiejś torbieli jajnikowej lub guza nowotworowego; celem rozstrzygnięcia tych wątpliwości wykonałem badanie mikroskopowe wycinków z różnych miejsc i już przy badaniu pierwszych skrawków byłem niepomiernie zdumiony obecnością 2 rodzajów komórek, odpowiadających całkowicie komórkom Langhansa i syncytyalnym; komórki te były rozmieszczone wśród skrzepów włóknikowych, miejscami okazywały już cechy martwicze; wylewy krwi i skrzepy włóknikowe były bardzo obfite. Zarówno to badanie, jak i badanie całego dalszego szeregu wycinków z najrozmaitszych miejsc guza nowotworowego nie pozostawiało najmniejszej wątpliwości, że guz ten jest nabłoniakiem złośliwym kosmówki i to o utkaniu typowem. Dokładne zbadanie skrawków z kilkudziesięciu (około 30) wycinków z różnych miejsc nowotworu wykazywało wszędzie podobne utkanie; w szczególności nigdzie, mimo zwróconej w tym kierunku uwagi, nie znalazłem resztek utkania potworniakowatego. Mimo operacyi chora zmarła w 2 miesiące po operacyi, przyczem nastąpił nawrót nowotworu, jak to mogłem stwierdzić na podstawie badania mikroskopowego treści, wyciągniętej przez prof. Rosnera strzykawką z jamy brzusznej chorej. Badanie pośmiertne w tym przypadku niestety nie mogło być wykonane. (Przypadek ten, jako niezwykle ciekawy i zasługujący na dokładne omówienie, zostanie wkrótce ogłoszony drukiem).

Przytoczone powyżej spostrzeżenia stwierdzają dowodnie, że w gruczołach płciowych, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, które nigdy nie były w ciąży, spotykać się mogą również guzy, okazujące częściowo lub nawet wyłącznie utkanie nabłoniaka złośliwego kosmówki; o ile zaś to można wnosić z przypadku Bostroema, tego rodzaju guzy niezależne od ciąży, spotykać się mogą również i w innych narządach. Twierdzenie takie na pierwszy rzut oka wydaje się wprost paradoksalnem, w rzeczywistości jednak, jak to zobaczymy w dalszym ciągu, zjawisko to posiada tłómaczenie naukowe, a mianowicie pewne światło na tę ciekawą sprawę rzuca okoliczność, że w tych przypadkach utkanie nabłoniaka złośliwego kosmówki znajdujemy zwykle, choć nie wyłącznie, wśród innych różnego rodzaju tkanek w potworniakach. O tych więc nowotworach musimy tutaj wspomnieć choć w kilku słowach.

Przez potworniaki [6]) (teratomata) wogóle rozumiemy nowotwory o budowie bardzo złożonej, składające się, jak to wykazał Wilms, z pochodnych wszystkich 3 blaszek zarodkowych, t. j. ekto-, mezo-, i ento-dermy. Te nowotwory najczęściej występują w gruczołach płciowych — w jądrach i w jajnikach (gdzie zwykle noszą nazwę płodziaków — embryomata), jakkolwiek zdarzać się mogą również i w innych miejscach. Mimo licznych i wyczerpujących badań w tym kierunku (Bonnet, Marchand, Pfannenstiel, Wilms i t. d.) sprawa powstawania tych nowotworów dotychczas nie jest stanowczo rozstrzygniętą; prawie wszyscy jednak autorowie zgadzają się na to, że zawiązki tych nowotworów powstają w życiu płodowem w następstwie zaburzeń rozwojowych i że we wszystkich przypadkach potworniaki rozwijają się z komórki jajowej lub też z komórki równowartościowej z jajem, gdyż tylko takie komórki są w stanie dać początek guzowi, złożonemu z pochodnych wszystkich 3 blaszek zarodkowych. Bez względu więc na to, czy komórką tą będzie rozwijające się partenogenetycznie jaje, czy też oddzielona z organicznego związku z innemi blastomera, czy wreszcie zapłodnione przez plemnik ciałko kierunkowe, jak to twierdzą niektórzy autorowie, bez względu na to wszystko stwierdzić należy, że potworniaki rozwijać się mogą tylko z komórek, pochodzących z bardzo wczesnych okresów rozwojowych, gdyż komórka już zróżniona nie jest w stanie dać początku pochodnym wszystkich 3 blaszek zarodkowych. Wogóle tworzenie się potworniaków przypomina do pewnego stopnia rozwój płodu, lecz rozwój nieprawidłowy. Z drugiej strony wiemy, że kosmówka jest wytworem płodu, że jej nabłonek nie jest niczem innem, jak przeobrażoną w pewien sposób ektodermą płodu. Skoro więc w rozwoju płodu z jego ektodermy wytwarza się nabłonek kosmówki, to już teoretycznie należałoby przypuszczać, że rozwijająca się w potworniaku ektoderma, dająca w tych guzach niejednokrotnie początek całym narządom nabłonkowym, również posiadać musi własność wytwarzania nabłonka, zupełnie analogicznego z nabłonkiem kosmówki. I rzeczy-

[6]) Niektórzy autorowie pod nazwą potworniaków rozumieją wogóle nowotwory o złożonej budowie powstające na tle zaburzeń w rozwoju płodu i składające się z pochodnych nietylko wszystkich trzech, lecz również dwóch, a nawet jednej blaszki zarodkowej.

wiście dotychczasowe badania potwierdzają to teoretyczne rozumowanie. Własow w jednym z badanych przez siebie przypadków stwierdził w potworniaku jądra bezpośrednie przejście nabłonka ektodermalnego w komórki Langhansa i w syncytyum; Pick widział bezpośrednie przejście nabłonka kosmkowego w nabłonek nerwowy i t. d. Pick, Steinert, Schlagenhaufer sądzą, że w potworniakach mogą wytwarzać się nawet szczątkowe błony płodowe, które niekiedy dać mogą powód do powstania tworów, analogicznych z zaśniadem groniastym, inni autorowie (Saxer, Pfannenstiel, Krömer) starali się nawet wykazać w potworniakach obecność nietylko szczątkowej kosmówki, lecz nawet i owodni. Przeciwnie Risel i jego zwolennicy obecności choćby szczątkowych błon płodowych w potworniakach nie uważają za dowiedzioną i sądzą, że utkanie nabłoniaka kosmówki w potworniakach rozwija się nie ze szczątkowych błon płodowych, lecz wprost z ektodermy, podobnie jak i inne twory nabłonkowe w tym nowotworze. Dalsze badania winny wykazać, czy rzeczywiście w potworniakach rozwijają się szczątkowe błony płodowe, lub nie; od ostatecznego wyniku tych badań zależeć będzie, czy będziemy mogli uznać nabłoniaki kosmówki w potworniakach za zupełnie równorzędne genetycznie ze zwykłymi nabłoniakami kosmówki, czy też tylko za bardzo do nich zbliżone Bądź co bądź już teraz możemy stanowczo stwierdzić, że jeśli nawet nabłoniaki kosmówki w potworniakach nie rozwijają się wprost z nabłonków samejże kosmówki (szczątkowej), to w każdym razie powstają z tychże samych nabłonków (z ektodermy), które dają również początek nabłonkom kosmków łożyskowych, a więc i genetycznie ścisłej różnicy między zwykłymi nabłoniakami kosmówki a nabłoniakami kosmówki w potworniakach przeprowadzić nie jesteśmy w stanie. W każdym razie przytoczone powyżej szczegóły tłómaczą nam dostatecznie istnienie w potworniakach nabłoniaków kosmówki u kobiet, które nigdy nie były w ciąży i u mężczyzn. Zarówno u mężczyzn, jak i u dziewcząt wcale często, zwłaszcza w gruczołach płciowych, spotkać możemy t. zw. potworniaki (teratomata) tworzenie się potworniaka jest niejako powtórzeniem skażonej, w niewłaściwem miejscu usadowionej, nieprawidłowo się rozwijającej ciąży; zawiązki potworniaka do pewnego stopnia odpowiadają rozwijającemu się zapłodnionemu jaju; podobnie jak zapłodnione jajo, tak i zawiązek potworniaka dawać może początek pochodnym wszystkich 3 blaszek zarodkowych, a więc wytwarzać się mogą również i komórki analogiczne do nabłonka kosmków łożyskowych, te zaś komórki są głównymi zasadniczymi składnikami nabłoniaka złośliwego kosmówki.

Jakże jednak wytłómaczyć tego rodzaju przypadki nabłoniaków kosmówki u dziewic i u mężczyzn, gdzie nawet najdokładniejsze badanie nie wykazuje resztek utkania potworniakowatego? Mimowoli nasuwa się tutaj następujące tłómaczenie: rozrastające się w pewnym narządzie nowotwory złośliwe wogóle, a więc i nabłoniaki kosmówki niszczą właściwe tkanki tego narządu, rozrastając się i zajmując ich miejsce; podobnie więc okazujący wybitne cechy złośliwości nabłoniak kosmówki rozrastać się może na miejscu innych składników potworniaka i powoli wyprzeć je nawet całkowicie, zwłaszcza że te inne składniki zwykle rozrastają się tylko bardzo powoli. Za takiem tłómaczeniem przemawiałaby również i okoliczność, że w gruczołach płciowych, zwłaszcza u kobiet, spotyka się niejednokrotnie guzy nowotworowe, posiadające wyłącznie utkanie pewnego tylko narządu; tak n. p. znane są dość liczne przypadki, gdzie w skład nowotworu jajnika wchodziło wyłącznie utkanie gruczołu tarczowego (przypadki Polano, Picka, Walthard a, Tavela i inn.). Tego rodzaju przypadki zgodnie z Pickiem należałoby tłómaczyć tem, że w pierwotnym potworniaku ponad wszystkiemi innemi tkankami wzięła przewagę tkanka gruczołu tarczowego; tem łatwiej więc ponad innemi tkankami w potworniaku wziąć może przewagę nabłoniak kosmówki. Zresztą całą tą sprawą dokładniej się zajmiemy wspólnie z prof. Rosnerem w mającej ukazać się w druku pracy z opisem wyżej wspomnianego przypadku nabłoniaka złośliwego kosmówki u 18-letniej virgo intacta.

Na zakończenie choć pokrótce wspomnieć musimy o etyologii nabłoniaka złośliwego kosmówki. Wobec tego, że nowotwór ten bardzo pospolicie rozwija się w ślad za zaśniadem groniastym i wobec tego, że w zaśniadzie groniastym podobnie, jak w nabłoniaku kosmówki, mamy również do czynienia z bujaniem nabłonka kosmków, mimowoli nasuwała się myśl, że obydwie te sprawy pozostają ze sobą w ścisłym związku. To też cały szereg autorów, dążąc do wyjaśnienia etyologii nabłoniaka kosmówki, zajął się przedewszystkiem dokładniejszem zbadaniem i wyjaśnieniem pochodzenia zaśniadu groniastego, w szczególności zaś wyjaśnieniem przyczyny nadmiernego bujania nabłonka kosmówki w tych przypadkach. W tej sprawie prawie jednocześnie i niezależnie od siebie Marchand w Niemczech, Durante we Fancyi i Rosner w Polsce (wszyscy trzej w roku 1898) wygłosili zapatrywanie, iż przyczyną bujania nabłonka kosmkowego w przypadkach zaśniadu groniastego (według Rosnera także i w przypadkach zatrzymania jaja po śmierci płodu) jest nadmierne odżywianie tego nabłonka przez krew matczyną po obumarciu płodu. Wiadomo, iż w warunkach normalnych odżywianie płodu odbywa się za pośrednictwem łożyska: do kosmków łożyskowych zostaje doprowadzoną zużyta, obfitująca w bezwodnik kwasu węglowego i przetwory wymiany materyi krew płodu i tutaj odświeża się, pozbywa się bezwodnika kwasu węglowego, nabiera tlenu i materyałów odżywczych z krwi matczynej, od której oddzielona jest tylko cienką przegrodą, składającą się w przeważnej części z nabłonka kosmkowego. Oczywiście w tych warunkach nabłonek kosmkowy musi pośredniczyć w wymianie gazów i materyałów odżywczych pomiędzy krwią płodu, a krwią matczyną, wobec czego przyjąć należy, iż nabłonek ten wchłania w siebie potrzebne składniki z krwi matczynej, oddając je następnie krwi płodowej, a zatrzymując dla swego odżywienia tylko bardzo nieznaczną część. Z tych względów ustanie krążenia płodowego nietylko nie podkopuje bytu nabłonka kosmkowego, lecz przeciwnie stawia go w niezwykle korzystnych warunkach: nie potrzebując już oddawać krwi płodowej tlenu i materyałów odżywczych, pobranych z krwi matczynej, nabłonek kosmków może je zużywać wyłącznie na własne potrzeby, co wskutek nadmiernego odżywienia powodować musi w dalszym ciągu bujny rozrost tego nabłonka. To rozumowanie rzeczywiście jest w stanie wyjaśnić nam bujanie wogóle nabłonka kosmków, nie tłómaczy nam jednakże jeszcze jego bujania nowotworowego. To też przeważna ilość autorów prócz tego nadmiernego odżywienia nabłonka kosmkowego przyjmuje je-

szcze inne czynniki dla wyjaśnienia etyologii nabłoniaka złośliwego kosmówki; tak n. p. Rosner sądzi, że ważną rolę odgrywać tutaj może zanik doczesnej po przerwaniu ciąży: w normalnych warunkach nabłonki kosmkowe są odgraniczone od właściwych tkanek matczynych warstwą młodej komórkowej tkanki łącznej, należącej do doczesnej; gdy z powodu zaniku doczesnej po przerwaniu ciąży tkanka ta, ulegając dalszym przeobrażeniom, utraca swą pierwotną wielką energię życiową, nie może ona już stanowić zapory do nadmiernego rozrostu i być może nawet nowotworowego bujania nabłonka kosmkowego, zwłaszcza że ten ostatni obecnie jest bardzo obficie odżywiany. Niestety jednakże przytoczone powyżej zapatrywąnia, jakkolwiek najbardziej uzasadnione, nie są jeszcze w stanie wyjaśnić nam dostatecznie sprawy powstawania nabłoniaka złośliwego kosmówki, już choćby z tego względu, że w takim razie nabłoniaki kosmówki musiałyby być zjawiskiem znacznie częstszem, niż to ma miejsce w rzeczywistości.

Pewne światło na sprawę powstawania zaśniadu groniastego, a stąd i nabłoniaka złośliwego kosmówki rzucają również doświadczalne badania Fraenkla nad znaczeniem ciałka żółtego w jajnikach, ogłoszone przed niespełna 2 laty. Zgodnie z Bornem Fraenkel sądzi, iż ciałko żółte (corpus luteum) w jajniku posiada własności gruczołu bez przewodu wyprowadzającego i że wydzielina tego gruczołu ma wpływ na przyklejanie się i na dalszy rozwój zapłodnionego jaja. W przypadkach zaśniadu groniastego, jak to stwierdził Fraenkel już przed 10 laty, a co potwierdził również cały szereg innych autorów (Marchand, Baumgart, Kreutzmann, Poten i t. d.), bardzo pospolicie zdarzają się w jajnikach guzy torbielowate; otóż zdaniem Fraenkla te guzy torbielowate, wywierając ucisk na ciałko żółte w jajniku, upośledzają jego czynność, co odbić się musi na jaju płodowem, powodując jego schorzenie i przekształcanie się w zaśniad groniasty. W przeciwstawieniu do Fraenkla Gottschalk na przedostatnim Zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników we Wrocławiu sądzi, że torbielowate zwyrodnienie jajników nie jest przyczyną, lecz następstwem zaśniadu groniastego, a właściwie zaburzeń w krążeniu jajnikowem, wywołanych przez zaśniad groniasty. Sam zaś zaśniad groniasty ma być następstwem zaburzeń w krążeniu łożyskowem. Za takiem tłómaczeniem przemawiać się zdają rzeczywiście doświadczenia Aichela.

Autor ten wywierając ucisk mechaniczny na łożysko u ciężarnych suk i powodując w ten sposób zaburzenia w krążeniu łożyskowem, zdołał wywołać u tych zwierząt powstawanie tworów, zupełnie podobnych do zaśniadu groniastego u ludzi.

Istnieje również cały szereg innych zapatrywań, starających się wyjaśnić pochodzenie już to zaśniadu groniastego, już też nawet wprost nabłoniaka złośliwego kosmówki. A. Pick n. p. sądzi, iż po obumarciu jaja płodowego jego energia życiowa (bioplastische Energie) zostaje przeniesioną na składniki kosmówki, które, rozrastając się dalej, dają początek zaśniadowi groniastemu lub nabłoniakowi złośliwemu kosmówki. Według Kworostanskyego przyczyny bujania nabłonka kosmkowego szukać należy w zmienionym składzie krwi matki i w wynikającem stąd niedostatecznem odżywieniu łożyska. Mac Kenna widzi przyczynę nowotworowego rozrostu nabłonka kosmków w działaniu jakiegoś bliżej nieznanego jadu, czy toksyny, na ten nabłonek. Nie brak również i teoryi, które starały się, bezskutecznie zresztą, wyjaśnić pochodzenie nabłoniaka złośliwego kosmówki działaniem pasorzytów i t. d.

Ta mnogość teoryi, które przeważnie wzajemnie się zbijają, a z których żadna nie tłómaczy nam dostatecznie sprawy powstawania tego ciekawego nowotworu, nie pozwala nam zająć się dokładniejszem ich omawianiem. Zresztą już sama ta mnogość tych teoryi najlepiej świadczy, że w sprawie etyologii nabłoniaka złośliwego kosmówki nauka dotychczas nie wypowiedziała swego ostatniego słowa; być może, że przedsięwzięte w ostatnich latach badania nad cytotoksynami łożyskowemi, badania wpływu ich na składniki łożyska w warunkach normalnych i chorobowych rzucą nieco więcej światła na tę ciemną dotychczas sprawę.

III. Wyciągi.

CHIRURGIA. Hoenicke. **Istota choroby Basedowa i operacyjne jej leczenie.** (*Deut.med. Wochs.* Nr. 36, 1905). Na posiedzeniu Towarz. lekar. w Gryfii miał autor odczyt o tym przedmiocie. W doświadczeniach na zwierzętach udało mu się wywołać sztucznie u królików przez karmienie gruczołem tarczykowym objawy choroby Basedowa; uważa też ją jako nadmierne wytwarzanie się wydzieliny gruczołu tarczykowego. Dotychczasowe wyniki operacyjne w tej chorobie zachęcają bardzo do usuwania wola, a raczej gruczołu tarczykowego. Powinno się usuwać nawet nie bardzo duży gruczoł tak, aby pozostało około 20,0 gramów tkanki, t. j. tyle, ile mniej więcej posiada osobnik prawidłowy. Wole w chorobie Basedowa jest zwykle miąższowe. W dyskusyi Friedrich poleca również gorąco operacyjne leczenie choroby Basedowa, a to na mocy swoich licznych przypadków. Poprawę spostrzegał prawie zawsze; gałki oczne w przeciągu kilku dni wsuwały się do wewnątrz. Minkowski wspomina o kobiecie 36-letniej, u której choroba Basedowa przeszła w obrzęk śluzakowy; zaczęto podawać tyreoidynę i choroba Basedowa, a raczej jej objawy wróciły. Przy usuwaniu gruczołu trzeba to mieć na względzie, że nie wszystkie jego części funkcyonują równomiernie, szczególnie w stanie chorobowym; tak n. p. ciałka nabłonkowe (gruczołki przytarczowe) mają związek zdaje się z tężyczką. Nie ulega jednak wątpliwości, że zaburzenia w gruczole tarczykowym są pierwszą zmianą w chorobie Basedowa.

Dr. A. Klęsk.

Friedrich. **O wpływie operacyi na mózg chorych na padaczkę.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 77, Z. 3, 1905). Doświadczenia autora opierają się na 11 przypadkach, operowanych w latach 1899—1901. Roztrząsa on przypadki operowane dawniej, a to dlatego, by można już coś o skuteczności operacyi mówić; świeże bowiem wyniki operacyjne nie mają wartości. Autor upatruje siedlisko padaczki jedynie w korze mózgowej i zupełnie zgadza się z Kocherem, że często w padaczce spotkać można wzmożone ciśnienie mózgowe. W tej myśli też Kocher polecił wytwarzanie kilku otworów trepanacyjnych, wycięcie napiętej opony twardej, a nawet sączkowanie komory bocznej. W sposób ten radzi Kocher operować ciężkie stany padaczkowe, w których tła urazowego wykazać nie można. Za miejsce, w którem operować należy, uznał Kocher prawą okolicę czołowo-skroniową. Friedrich operował też w ten sam sposób z wyjątkiem sączkowania komory, którego nigdy nie robi. Z wyników jest zupełnie zadowolony. Często po ogoleniu głowy spotyka się blizny; pochodzą one jednak nieraz od urazów, które chory zadaje sobie wśród napadu i związku przyczynowego z padaczką nie mają. Tak zwany powiew padaczkowy (aura) nie może być dla nas wskaźnikiem do wyboru miejsca wiercenia czaszki; zmienia się on bowiem nieraz z czasem, przechodząc na różne okolice ciała. Kość czasowo usuwa autor na przestrzeni 20—48 ctm.², oponę twardą usuwa na przestrzeni 9—33 ctm.². Ciśnienie w czaszce spotykał autor przeciętnie 11 mm. Hg. Po operacyi podaje jeszcze tygodniami brom. W 3 przypadkach osiągnął autor zupełne wyleczenie i podniesienie upadłej inteligencyi. *Dr. A. Klęsk.*

Ritter. **Przyczyna obumierania tkanki rakowej.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 77, Z. 3, 1905). Oddawna już zadawano sobie pytanie, dlaczego tkanka rakowa, niszcząca z taką siłą zdrowo części ustroju, rozrastająca się tak szybko i doprowadzająca ustrój

do śmierci, rozpada się też sama równocześnie i obumiera. Obumieranie to występuje zawsze w środku ognisk nowotworowych, na granicy zaś między tkanką żyjącą a obumierającą nie spotykamy zupełnie nacieku drobnokomórkowego. Głównie 3 rodzaje przyczyn podawano za powód obumierania raka: 1) wpływy zewnętrzne; 2) wpływy, powstałe przez rozrastanie się samego raka; 3) wpływy samego ustroju. I tak n. p. jedni upatrywali przyczyny obumierania tkanki rakowej w za szybkiem rozwijaniu się komorek nowotworowych; inni w ucisku naczyń krwionośnych przez rosnące masy rakowe; inni w zakażeniu drobnoustrojami ropnymi i t. d. Przyczyny te nie tłómaczą i tłómaczyć nie mogą obumierania: tak samo bowiem wystąpićby ono musiało w tkankach potworniaków i płodów, mających podobne warunki rozwoju, jak rak. Przechodząc do innych przyczyn, roztrząsa autor zapatrywanie Hansemanna o nieodpowiedniem odżywieniu tkanki rakowej, dalej zdanie, tłómaczące obumieranie zmianami w ścianach naczyniowych. (Zapalenie błon wewnętrznych tętnic i żył). Obumieranie tłómaczono sobie też tworzeniem się zawałów w tkance rakowej i krwotokami do jej miąższu. Najprawdopodobniejszem jest jednak, że rak jest przewlekłą chorobą ustroju i może być tylko porównywanym z przewlekłemi zakażeniami, jak kiła, gruźlica. O ile naciek drobnokomórkowy jest ostrem oddziaływaniem ustroju na różne działające nań przyczyny, o tyle rakową tkankę należy uważać za oddziaływanie przewlekłe. Obumieranie w tkance rakowej przypomina zupełnie obumieranie tkanki w gruźlicy i kile, bo występuje zawsze w środku schorzałej tkanki, otoczone jest wałem tkanki zapalnej, która przechodzi wprost w tkankę obumierającą, w której nie spotyka się tłuszczu, natomiast często złogi wapniowe. Raka uważać też należy za skutek, za odczyn ustroju na jakiś zakażenie, podobnie jak gruzełek lub kilak. *Dr. A. Klęsk.*

Oehlecker. **Wyniki krwawego i bezkrwawego leczenia złamań rzepki.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 77, Z. 3, 1905). W oddziale Körtego leczono 70 przypadków złamań rzepki (61 mężczyzn i 9 kobiet). Najczęściej wydarzają się złamania poprzeczne linijne lub z bocznemi szczelinami. Przy bezpośredniem uderzeniu pęka tylko rzepka i dopiero przy próbach powstania lub ruchach w kolanie pękają i pomocnicze więzadła boczne, co sprawia, że rozstęp odłamków wtedy jest znaczny. Prócz złamania przez bezpośredni uraz spotyka się nieraz rozerwanie rzepki, powstałe przez nagłe silne zadziałanie mięśnia czworogłowego przy usiłowaniu utrzymania się na nogach podczas upadaniu w tył. Wtedy nieraz zdarzają się złamania obustronne. Jeżeli chory ma jedną kończynę krótszą, lub należycie władać nią nie może, doznaje przy upadku zwykle złamania rzepki nogi zdrowej. Złamania, powstałe nie wprost, są z zasady poprzeczne. Przy operacyi spotyka się zawsze wparte (interponowane) części miękkie, co sprawia zarazem, że złamania leczone niekrwawo, mięsieniem, przyrządami lub szwem podskórnym nie dają zawsze dobrego wyniku, bo często powstaje rozstęp i zgojenie tkanko-łącznowe. I tak z 70 przypadków 24 wyleczono bezkrwawo. Wyniki wprawdzie co do funkcyi kolana dość były dobre, jednak przypadki te już z góry uznano za najlżejsze (z małym rozstępem); 11 leczono szwem podskórnym (głównie Barkera i Heusnera): wyniki były mniej pomyślne. Natomiast 35 razy operowano krwawo z bardzo dobrym wynikiem, mimo że złamania były ciężkie. U Körtego operują 2—5 dnia. Szew zakładają przez kość, w środku srebrny, po bokach 2 powierzchowne katgutowe. Potem stosuje się szyna 10 dni i zaraz ruchy i mięsienie. Po 3 tygodniach ćwiczenia ortopedyczne (chodzenie po schodach). Czas leczenia (przy operacyi krwawej) 40—50 dni. Zdaniem autora w przypadkach cięższych, przy dużym rozstępie odłamków, szew krwawy jest obecnie operacyą jedynie wskazaną, daje bowiem dobre wyniki, stawia chorych prędko na nogi, wracając im ruchy kolana i zdolność do pracy, chroniąc równocześnie (przez zrost kostny) od złamań i rozerwań powtórnych. *Dr. A. Klęsk.*

Thiem. **O jakości wyników przy krwawem i bezkrwawem leczeniu podskórnych poprzecznych złamań rzepki.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 77, Z. 3, 1905). Dawniej sądzono, że złamana rzepka kostnie nigdy połączyć się nie może tak, że nawet Pibrac ofiarowywał 100 luidorów temu, któryby mu taki przypadek pokazał. Przyczyny szukać należy w tem, że dawniejsze sposoby leczenia nie były wystarczające. Mimo zrostu ścięgnistego mogą następowo chorzy nawet chodzić po schodach, a przyczyny tego szukać należy w tem, że rzepka nie jest jedyną drogą, którą przebiega ścięgno mięśnia czworogłowego; prócz niej bowiem są jeszcze boczne narządy pomocnicze i zaraz po złamaniu chorzy czasem mogą chodzić i nawet wykonywać ruchy w kolanie. Metody dawniejsze (różne opaski, klamry, plastry) powinny być już zaniechane. Podobnie podskórne zakładanie szwu (drut, katgut) nie daje bardzo zachęcających wyników, jest metodą równie wielką, jak szew otwarty, a pewności dobrego zrostu nie daje, nie jesteśmy bowiem w możności usunąć z pomiędzy odłamków wtłoczonych (interponowanych) części miękkich. Każdego chorego poleca autor badać po złamaniu w kierunku zdolności ruchów w kolanie; w razie bowiem, gdy ona istnieje, rokowanie co do zdolności do pracy znacznie będzie lepsze. Gdy tej ruchomości niema, lub gdy odłamki bardzo są rozsunięte od siebie, radzi autor bezwarunkowo założyć krwawy szew. Wobec aseptyki operacya ta jest niewinną; odsetek śmiertelności wynosi zaledwo 1 prc., podczas gdy przy niekrwawej metodzie wynosi 3 prc. Leczenie niekrwawe daje prawie zawsze zrost ścięgnisty, co nawet w razie dobrej funkcyi usposabia bardzo do rozerwania powtórnego. Tak n. p. na 223 przypadków, gdzie rzepki nie zszywano, zrost pękł znowu u 15 chorych. Leczenie operacyjne daje 26 prc. zupełnych wyleczeń; leczenie niekrwawe zaledwie 9 prc. Ponad to leczenie operacyjne jest znacznie krótsze i stawia chorego prędzej na nogi. *Dr. A. Klęsk.*

Riedel. **O cięciu zygzakowatem przy operacyi wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 37, 1905). Dążenie ze wszystkich stron do coraz wcześniejszego operowania zapalenia wyrostka robaczkowego powinno wywołać ze strony operatorów także obowiązek pouczania domowych lekarzy o wielkich i szybkich nieraz zmianach w wyrostku, a najlepszym do tego środkiem jest zapraszanie lekarza ordynującego do asystowania przy operacyi. Już publiczność powoli nabiera zaufania do tej operacyi, widząc jak wiele osób przez operacyę wraca zupełnie do zdrowia. Staraniem chirurgów powinno być jednak, by udoskonalać technikę operacyi na każdym kroku i starać się unikać nieprzyjemnych następstw, psujących wiarę w skuteczność zabiegu. Przedewszystkiem ma autor na myśli wybór cięcia. Cięcie idealne wogóle w chirurgii powinno odpowiadać następującym warunkom: 1) Przebiegać wzdłuż włókien mięsnych; 2) nie przecinać większych nerwów; 3) dawać dobry dostęp w głąb; 4) pozwalać następowo dobrze ranę sączkować. Tym wymaganiom odpowiada zdaje się tak zwane cięcie zygzakowate, którem obecnie jedynie tylko wykonywa autor operacyę na wyrostku. Polega ono na następujących szczegółach: robi się cięcie skórne $1\frac{1}{2}$ cm. powyżej więzu Pouparta, przecina się mięsień skośny zewnętrzny i jego ścięgniste rozpięcie w kierunku przebiegu włókien, a więc nie w kierunku cięcia skórnego, lecz zbliżając się do więzu Pouparta i do spojenia łonowego. Po odłuszczeniu powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego aż do mięśnia prostego, przecina się w przebiegu włókien mięsień skośny wewnętrzny, rozchyla się, a w końcu również tak samo przecina mięsień poprzeczny. Przecięcie mięśnia skośnego wewnętrznego powinno się robić 1 cm. powyżej więzu, by nie zranić nerwu biodrowo-podbrzusznego i biodrowo-pachwinowego. Szew odbywa się tak samo w odwrotnym porządku, a więc otrzewna, powięź, oba tylne mięśnie, dalej mięsień skośny zewnętrzny, a w końcu skóra. Autor zakłada zawsze duży opatrunek (spica coxae) nie z innego powodu, jak tylko by choremu dać pewność siebie przy kaszlu lub wymiotach. Chorzy leżą po operacyi 3 tygodnie, potem dostają lekką opaskę brzuszną. W ten sposób wytworzenie się następowej przepukliny jest wykluczonem w zupełności. *Dr. A. Klęsk.*

PEDYATRYA. Flesch i Schlossberger. **Zmiany „neutrofilnego obrazu krwi" w chorobach zakaźnych.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* Tom 62, wrzesień 1905). Arneth wystąpił w roku 1904 z zapatrywaniem, że przy badaniach hematologicznych należy zważać nietylko na liczbę ciałek białych i stosunek głównych ich odmian, znanych z badań Ehrlicha, ale także specyalnie na zachowanie się ciałek neutrofilnych, a mianowicie na jakość ich jądra. Odróżnia on ciałka neutrofilne jednojądrzaste (3 poddziały: myelocyty, ciałka o jądrze płytko- i głębokozatokowem), dwu- trój- czteropięcio- i więcej jądrzaste. Dwu- i trójjądrzaste w krwi prawidłowej przeważają znacznie nad innemi. W chorobach zakaźnych następuje według Arnetha przesunięcie obrazu ku stronie lewej, t. j. znikają, lub stają się skąpe ciałka liczniej jądrzaste, występują zaś liczniej jedno- i dwujądrzaste: „anizoleukocytoza", i to tak w przypadkach podwyższonej liczby ciałek białych (leukocytozy, u Arnetha hiperleukocytozy), jak i prawidłowej („normoleukocytozy") i zmniejszonej (leukopenii, „hipoleukocytozy"). Względnie do tych trzech możliwości mówi Arneth o anizonormocytozie, anizohiperleukocytozie i anizohipoleukocytozie. Zmianę w neutrofilnym obrazie krwi tłómaczy on rozpadem liczniej — jądrzastych ciałek neutrofilnych, według niego starszych i najbardziej uzdolnionych do wytwarzania antytoksyn. Nasilenie zmiany miałoby być w zasadzie proporcyonalnem do ciężkości choroby. Wyniki autorów niezupełnie zgadzają się z wynikami Arnetha. Przedewszystkiem obraz neutrofilny prawidłowy leżałby więcej na lewo i to niezależnie od wieku badanego osobnika. Obraz w chorobach zakaźnych był przesunięty prawie zawsze wybitnie ku stronie lewej. Wyższe stopnie tej zmiany spo-

strzegano we wszystkich przypadkach odry (i to już w okresie wylęgania, chodziło jednak o odrę w przebiegu płonicy), ospy wietrznej, duru brzusznego, w przeważnej liczbie przypadków różyczki i w badanym przypadku pląsawicy. Mniejsze stopnie stwierdzono w płonicy, w niektórych przypadkach błonicy, przy ropieniach, w zapaleniu płuc, rozmaitych postaciach gruźlicy i jednym przypadku różyczki. Niezmienionym okazał się obraz w okresie zatrucia niektórych przypadków błonicy, a nieznaczne przesunięcie na prawo okazywał u ozdrowieńców odrowych. Oznaczonej chorobie odpowiadałby prawie zawsze jeden obraz neutrofilny, jednak z pewnego obrazu nie można wnosić na pewną określoną chorobę, gdyż może się on znachodzić w kilku chorobach. W pewnych przypadkach można jednak ten obraz wyzyskać dla rozpoznania. Dla rokowania nie daje on żadnego oparcia. *Lewkowicz.*

Flesch. **Przyczynek do leczenia białaczki promieniami Röntgena.** (*Jahrbuch für Kinderh.*, tom 62, wrzesień, 1905). Dokładnie przeprowadzone spostrzeżenie. Chłopiec 13-letni z olbrzymią śledzioną i obrazem hematologicznym szpikowej białaczki: 2,870.000 ciałek czerwonych, 230.000 białych, 40 prc. hemoglobiny, 85 prc ciałek neutrofilnych (59 prc. wielojądrzastych, 26 prc. myelocytów neutrofilnych), poddany zostaje naświetlaniu promieniami Röntgena. Po niespełna trzech miesiącach liczba ciałek czerwonych wynosi 5,100.000, białych 14.000 (w tem 75 prc. neutrofilnych, 72 prc. wielojądrzastych, 3 prc. myelocytów); rozmiary śledziony zmniejszają się do $^1/_2$, podnosi się ciężar ciała, ustają biegunki. Jednak wielka ilość ciałek neutrofilnych, obecność licznych myelocytów i ciałek bazofilnych nie pozwala mówić o wyleczeniu. Poprawa posuwa się jeszcze przy leczeniu ambulatoryjnem i stosowaniu naświetlania dwa razy tygodniowo. Potem ponowny szybki wzrost śledziony, wreszcie wystąpienie nagłe objawów zapadu i śmierć pięć miesięcy od początku spostrzegania. Pośmiertne badanie krwi wykazuje olbrzymie wzmożenie liczby ciałek białych, a co ciekawsze, przemianę typu szpikowego białaczki w limfatyczny, gdyż na limfocyty przypadało 90—92 prc. ciałek białych. *Lewkowicz.*

Faludi. **Leczenie gruźliczego zapalenia otrzewnej w wieku dziecięcym ze szczególnem uwzględnieniem cięcia brzusznego.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* Tom 62, wrzesień, 1905). Zestawienie 70 przypadków, spostrzeganych w szpitalu Stefanii w Budapeszcie w ciągu lat pięciu: w 46 wykonano cięcie brzuszne. Wyniki zabiegu zależały od postaci. Autor za Marfanem odróżnia postać ograniczoną i ogólną: w ostatniej znów trzy poddziały: postać opuchlinową (ascytyczną), włóknisto-serowatą i włóknisto-zrostową. Postaci ograniczonej spostrzegał tylko jeden przypadek; wynik zabiegu był bardzo dobry. Z uogólnionych najlepsze wyniki daje postać opuchlinowa i to tak przy leczeniu operacyjnem, jak i zachowawczem. To też autor nie nalega tu na natychmiastowe podjęcie zabiegu, jeżeli tylko stosunki chorego pozwalają wpływać na przebieg choroby stosowną higieną i dyetetyką. Gdy tego warunku niema, lub gdy mimo korzystnych stosunków stan się nie poprawia, gdy wysięk obfity utrudnia oddychanie, należy operować. Nakłucia mogą być niebezpieczne, lepiej ich zatem zaniechać. W postaciach włóknistoserowatej i zrostowej, stanowiących dalsze okresy postaci opuchlinowej, wskazane stanowczo cięcie brzuszne, gdyż leczenie wyłącznie wewnętrzne zawodzi. Zabieg należy wykonać jak najwcześniej, gdyż na rozległe serowate masy i zrosty i zabiegiem niewiele można wpłynąć. Zamknięcie kiszki można próbować usunąć operacyjnie, nie licząc wiele na wynik. Małe przetoki kiszkowe usunąć operacyjnie łatwo, większe, idące zwykle w parze z rozległemi owrzodzeniami przedziurawionej pętli, lepiej leczyć zachowawczo. Nieraz i w tych przypadkach dochodzi się do celu. Poważniejsze gruźlicze zmiany płuc i kiszek pogarszają znacznie rokowanie i stanowią przeciwwskazanie zabiegu. Nie można tego samego powiedzieć o małych objawach płucnych, lub opłucnych, ogniskach gruźliczych w skórze lub kościach. Gorączka i wycieńczenie nie stanowią przeciwwskazania. Zabieg polegał na wypuszczeniu wysięku i wytarciu otrzewnej celem wywołania przekrwienia. Wyniki autora nie należą do najlepszych. I tak w postaci wysiękowej wykazuje on po zabiegu 55,6 prc. wyleczeń (inni do 70 i 80 prc.); należy to jednak odnieść do niezbyt korzystnych warunków higienicznych w szpitalu i poza szpitalem i do dwuletniej obserwacyi, której wymaga autor dla stwierdzenia wyleczenia. Autor daje w tablicach przejrzyste zestawienie własnych przypadków i danych zebranych z piśmiennictwa. *Lewkowicz.*

Misch. **Dwa przypadki wewnętrznego krwotocznego zapalenia opony twardej mózgu.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* Tom 62, sierpień, 1905). W pierwszym przypadku u dziecka $3^1/_2$ miesięcznego wśród objawów oponowych rozwija się wodogłowie zewnętrzne; po 10 tygodniach śmierć wśród kurczów, śpiączki i nadmiernie podwyższonej ciepłoty (42°). W drugim choroba rozwija się pełzająco jako wodogłowie u dziecka 6-miesięcznego. Tylko wynaczynionki na dnie oka mogły naprowadzić na rozpoznanie. Nakłucie głowy wykazało płytko pod skórą (5 mm.) znaczną ilość cieczy surowiczokrwawej. Postęp dalszy choroby zatrzymuje się po zastosowaniu podskórnem żelatyny (trzy wstrzyknięcia po 20 cm.³ 10 prc. żelatyny Merkowskiej), następuje wyleczenie, a przypadek dochodzi do badania pośmiertnego tylko skutkiem zapadnięcia w kilka miesięcy po wypuszczeniu ze szpitala na obastronne zapalenie płuc i zapalenie tkanki podskórnej głowy. *Lewkowicz.*

Thomas. **Rozważania nad samozatruciem trawieniem i jego leczeniem.** (*Revue des mal. de l'enf.* lipiec i sierpień, 1905). Wywody autora kończą się wnioskiem, że obecnie nie jest możebnem ścisłe określenie objawów, cechujących samozatrucie żołądkowo-kiszkowe, gdyż objawy mieszają się z objawami choroby podstawowej. Leczenie nie może być szablonowe wobec różnorodności czynników, od których zależy samozatrucie. *Lewkowicz.*

Roux. **Zapalenie gruźlicze i zrost worka sercowego; ważność etyologiczna urazu.** (*Revue des maladies de l'enf.* lipiec, 1905). U dziecka 11-letniego ze zmianami w gruczołach i naciekami szczytowymi rozwija się bezpośrednio po gwałtownym urazie w okolicę serca zapalenie osierdzia ze znacznym wysiękiem surowiczym, potem zrost worka. W 7 miesięcy od początku zapalenia rozwija się puchlina brzucha na tle wątroby zastoinowej i następowej marskości wątroby. *Lewkowicz.*

Szalárdi. **Wyleczony przypadek tężca noworodków.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* Tom 62, sierpień, 1905). Jako leczenie zastosowano surowicę przeciwtężcową. Prócz tego cztery razy w czterech następujących po sobie dniach zastrzyknięto podskórnie $^1/_2$ kropli formaliny w 10 cm.³ roztworu fizyologicznego soli (co autor nazywa 2 prc. roztworem formaliny?) i temu ostatniemu środkowi autor przypisuje w znacznej części wynik korzystny. *Lewkowicz.*

DENTYSTYKA. Dr. F. Honigmann. **O znieczuleniu przy operacyach w jamie ustnej.** (*Deutsche Wochenschrift für Zahnheilkunde*, sierpień, 1905). Zabiegi operacyjne w jamie ustnej są po największej części krótkotrwałe i niezbyt niebezpieczne, ale natomiast nadzwyczaj bolesne. Dlatego właśnie bardzo pożądaną jest rzeczą ból ten usunąć. Uśpienie chloroformem, eterem, brometylem, czy chloretylem, czy wreszcie tak zwanym somnoformem, t. j. mieszaniną chloretylu (60 prc.), chlormetylu (35 prc.) i brometylu (5 prc.), lub nawet i gazem rozweselającym, jest rzeczą, samą przez się niebezpieczną. Statystyka bowiem wykazuje, że dotąd niema żadnej metody ogólnego znieczulenia przez wziewanie, całkowicie niewinnej. Zresztą każda z tych metod wymaga pewnego, zawsze mniej lub więcej długiego czasu, odpowiedniej asystencyi i to wprawnej, badania ogólnego pacyenta przed operacyą i dłuższej opieki, względnie obserwacyi po samej operacyi. Jeżeli się do tego doda jeszcze różne czynniki uboczne, których nigdy opanować, ani przewidzieć nie można, jak idyosynkrazyę i t. d., a przedewszystkiem, jeżeli się zważy, ile czasu na samo uśpienie potrzeba, to nic dziwnego, że miejscowe znieczulenie wzięło w dentystyce górę nad ogólnem znieczuleniem; a stało się to tembardziej, im je więcej wydoskonalano i im lepsze środki, których dziś jest cały szereg, wypróbowano i zastosowano. Jednym z takich środków, miejscowo znakomicie znieczulającym, jest kombinacya adrenaliny ze słabym roztworem kokainy (H. Brauna). Dodatek adrenaliny powiększa miejscową niedokrwistość; a wiążąc kokainę niejako na miejscu, na które się zadziałało, działa tem silniej, dłużej i zdaje się mniej trująco, gdyż nie pozwala się kokainie zbyt prędko wessać. Zdarzają się i tu nieprzyjemne objawy zatrucia, które różnie tłómaczą: jedni kładą je na karb czynników psychicznych, drudzy przypuszczają użycie za wielkiej dawki adrenaliny, suprareniny, paranefryny, zależnie od tego, którego przetworu do kombinacyi się używa (Römer). Hübner zaś więcej skłania się do tego, że objawy te pochodzą od zatrucia kokainą, tembardziej, że jak Wölfler wykazał, wessanie kokainy przy operacyach na głowie jest stosunkowo największe i jako kresową dawkę podaje jej 0,02, chociaż się jej używa w kombinacyi z przetworami nadnercza. Według Hübnera zamrożenie dziąsła w miejscu wstrzyknięcia powyższej kombinacyi podnosi efekt kokainy. Kombinacya ta okazała się dobrą przy miejscowem znieczuleniu przed zabiegiem operacyjnym, lecz do znieczulenia dentyny jej nie polecają (Bruck). Tu działa ona więcej toksycznie, ulegając w całości wessaniu, podczas gdy tam większa część wychodzi z rany pooperacyjnej z krwią.

Dr. Adam Kozaczka.

B. Dzierżawski. **O stosowaniu paranefryny w dentystyce.** (*Przegląd dentystyczny.* Warszawa, Z 7 i 8, 1905). Autor jest tego zdania, że kokaina w kombinacyi z przetworami nadnercza jest mniej trująca, bo te przeszkadzają jej szybkiemu wessaniu i wskutek tego działa pewniej. Z przetworów nadnercza wypróbo-

wał adrenalinę, suprareninę i paranefrynę. Tę ostatnią zaleca najgoręcej jako najmniej trującą i najtańszą. Paranefryna jest jedynym przetworem z nadnercza, otrzymanym bez ługów i kwasów i dlatego właśnie mniej drażni tkanki i mniej truje. W stanie czystym otrzymał ją Dr. Ritsert. Według doświadczeń Schäffera-Stuckerta na królikach paranefryna jest mniej więcej o połowę mniej trująca od adrenaliny i suprareniny. Autor przy stosowaniu paranefryny w rozczynie 1: 1000 spostrzegał tylko 2 przypadki lekkiego zatrucia po użyciu 1 cm. sz. tego płynu u bezkrwistych i zdenerwowanych panien. Objawy te wystąpiły tuż po wstrzyknięciu i minęły bardzo prędko. U osób zaś silnie zbudowanych i zdrowych nawet po użyciu 3 cm. sz. według Römera objawy zatrucia nie występują. Autor używa do wstrzykiwań: 1) 1 prc. kokainy w roztworze paranefryny 1: 1000; 2) 1 prc. roztworu kokainy z dodatkiem 1, 2, lub 3 kropli wyżej wspomnianego rozczynu paranefryny na 1 cm. sz.; 3) $^1/_2$ prc. roztworu kokainy z dodatkiem 2—3 kropli rozczynu paranefryny (1: 1000); 4) roztworu, zawierającego w 1 gramie wody 0·25 prc. kokainy, 3 prc. eukainy i 2 krople paranefryny (1: 1000). Mieszanina ta działa znieczulająco nawet podczas ostrego zapalenia okostnej; tu zwykle trzeba rozczynu dwa razy silniejszego. Działanie mieszanki paranefryny z kokainą ma ten wielki przymiot, że prócz znieczulenia daje możność operowania w polu czystem, prawie bez kropli krwi, co znów z drugiej strony daje często powód do powikłań w gojeniu rany pooperacyjnej w postaci bólów, zapalenia dziąseł i obrzmienia sąsiednich gruczołów. Wskutek niedokrewności pola operacyjnego i słabego wypełnienia przez skrzep krwi zębodołu po wyjęciu zęba, rana łatwo ulega zakażeniu, które nie jest tak groźne, albowiem tuż po operacyi można zębodół wytamponować gazą jodoformową i tę, po ustaniu działania paranefryny (3—4 godziny lub następnego dnia) wyjąć; wtedy wystąpi obfitszy krwotok, wypełniający skrzepem zębodół i dalsze gojenie idzie prawidłowo. Krotko mówiąc, kombinacya z paranefryną rozszerzyła zakres stosowania kokainy. Obecnie stosujemy ją nietylko do znieczulania przy wyjmowaniu zębów, ale i do znieczulania czułej zębiny i miazgi przed jej wyjęciem bez poprzedniego zdewitalizowania. Przy dolnych zębach trzonowych autor radzi wstrzykiwać według Hübnera, w celu znieczulenia pnia nerwu żuchwowego w miejscu wejścia jego do kanału (*for. mandibulare*). Roztwór ten, jak i wszystkie znieczulające miejscowo przetwory, powinien być wstrzyknięty w tkankę zbitą, w tę część dziąsła, która jest zrośnięta w jedną całość z leżącą pod niem okostną wyrostka zębodołowego. Jak gorąco zaleca autor używać tej mieszaniny przy znieczuleniu przed wyjęciem zęba, tak do znieczulania zębiny i miazgi zębowej radzi jej używać tylko w ostateczności, gdy chlorek etylowy i sposób Maillart-Guye zawodzą; albowiem paranefryna z kokainą, hamując zupełnie krwiobieg w miazdze na 3 do 4 godzin (Schröder), powoduje jej obumarcie. *Dr. Adam Kozaczka.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Konserwę maślankową, wyrabianą przez fabrykę Boehringera, badał Kassel na oddziele prof. Baginskyego w Berlinie (*Berliner klin. Wochs.* 1905, 29). Maślanka odgrywa od dłuższego czasu poważną rolę w leczeniu chorób jelit i zaburzeń odżywienia u osesków; niestety jednak, zwłaszcza w miastach, trudno dostać dobrą maślankę, nadto skład jej bywa bardzo zmienny. Wreszcie produkt ten łatwo się psuje, mianowicie pod wpływem bakteryi z grupy prątka siennego i ziemniaczanego zmienia się w nim szybko sernik i tworzą się peptony, drażniące silnie błonę śluzową jelit. Jedynym sposobem, by rozporządzać środkiem o stałym składzie, a nie psującym się, jest użycie konserwy. Przetwór taki według przepisu Dra Sarasona wytwarza się z mleka niezbieranego, starannie pasteryzowanego, następnie w naczyniach porcelanowych poddanego działaniu prątków kwasu mlecznego aż do uzyskania pewnego stałego stopnia kwaśności, poczem następuje wysuszenie w próżni przy 50° C. Pozostałość, zmielona walcami porcelanowymi i zmieszana z cukrem, mąką pszenną i roboratem, idzie w handel. Konserwy tej używa się zarówno w chorobach przewodu pokarmowego, jak i u osesków z przewodem pokarmowym zdrowym, lecz dotkniętych wyniszczającemi innemi chorobami (kiła dziedziczna, pęcherzyca i t. d.). W obu grupach chorób trawią dzieci konserwę doskonale i przybierają znacznie na wadze. *Zt.*

Kolargol znalazł nowe zastosowanie w rumieniu guzkowym na tle zakażenia wiewiórowego (*erythema nodosum gonorrhoicum*). W przypadku tego cierpienia, przebiegającego z wysoką gorączką i z objawami zajęcia stawów i osierdzia użył Hermann (*Münch. med. Wochs.* 1905, 36) wstrzykiwań kolargolu do żył (3 cm. sześc. 2 prc. rozczynu) po miesiącu trwania choroby. Gorączka natychmiast ustąpiła, a osutka i objawy zajęcia stawów bardzo szybko znikły. Ten pomyślny zwrot w chorobie przypisuje autor wyłącznie kolargolowi, zwłaszcza dlatego, że wstrzyknięcie poskutkowało natychmiast na gorączkę, choć podjęto je wśród 40° gorączki. Dalej użyto kolargolu także w gorączce powrotnej mianowicie Karliński (*Heilkunde* 1905, 6) leczył 10 przypadków tej choroby wstrzyknięciem 20—30 cm. sz. 2 prc. rozczynu do żył o tyle ze skutkiem, że w 8 z tych przypadków napad gorączki się nie powtórzył, gdy w 1000 przypadków nieleczonych wypadła średnia liczba nawrotów 2,19 na jednego chorego. Z dawniejszych zastosowań kolargolu zmienił Born (*Ther. der Gegenwart* 1905, 4) postępowanie wobec róży w ten sposób, że wciera (ostrożnie) maść Credego przez 3 dni po $^1/_2$ godziny na granicy obszaru, zajętego przez różę. *H.*

Dalsze spostrzeżenia co do **gonosanu** ogłaszają Bassicalupo (*Wiener med. Presse* 1905, 34) Maramaldi (*Deutsche Praxis* 1905, 15) i Gheorgiu (*Mediz. Klinik* 1905, 36). Pierwszy z nich leczył 74 chorych, badając mocz jak najdokładniej przed i po leczeniu, a podając dziennie 6—8 kapsułek. W 30 przyp. wiewióra ostrego po 3 dniach wydzielina ropna zmieniała się w śluzową, po 10—12 dniach znikały dwoinki, po 2 tygodniach wydzielina ustawała, gdy używano tylko samego gonosanu. W 5 przyp. wiewióra podostrego wyleczenie w 30 dniach; oprócz gonosanu stosowano tu albarginę. Przy takiemże leczeniu wyleczyło się 4 przyp. wiewióra przewlekłego przedniej części cewki po 20 dniach; 4 inne przypadki przy użyciu samego gonosanu w 25—30 dniach. Podobnie pomyślne skutki wywarł gonosan, bądź sam, bądź obok leczenia miejscowego (albarginą i protargolem) w wiewiórze ostrym i przewlekłym całej cewki i w zapaleniach pęcherza. Niemiłych skutków ubocznych nie zauważono. Równie korzystne spostrzeżenia poczynił Maramaldi w licznych (liczby ich nie podaje) i Gheorgiu w 15 ciężkich przypadkach wiewióra. Obaj ci autorowie podnoszą zgodnie, że gonosan ani nie upośledza trawienia, ani nie drażni nerek. *Ll.*

V. Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1900.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

9. Na dur (tyfus) plamisty wykazano 480 zmarłych (w roku 1895 było 1088, — w 1896 r. 992, — w 1897 r. 435, — w 1898 r. 521, — w 1899 r. 611). Niema więc pogorszenia, może nawet pewna poprawa, zwłaszcza że w tym roku już 29 powiatów i miasto Kraków wolne były od epidemii (w 1899 r. tylko 16 powiatów). Poprawa to jednak stanowczo za mała. Szczególniej nie można dobrze zrozumieć, czemu w pewnych powiatach epidemia od szeregu lat stale i w znacznej mierze się gnieździ, zwłaszcza we wschodniej Galicyi. Można pojąć, że lekarz powiatowy wraz z asystentem sanitarnym wobec swych prac urzędowych, asenterunków, sprawozdań, objazdów i t. p. zadaniu tłumienia epidemii w kilku lub kilkunastu gminach naraz swego powiatu podołać nie mogą. Ale właśnie dlatego zdawałoby się, że koniecznem jest wydelegowanie do takiego powiatu tylu sił lekarskich, tylu żandarmów i tylu pomocników do przeprowadzenia należytego odkażenia mieszkań, pościeli, odzieży i t. p., jednem słowem użycie wszelkich takich środków i zasobów, by raz na zawsze kolejno ograniczyć w każdym powiecie takim epidemię, a nawet stłumić i uwolnić w ten sposób kraj od ciągle grożącego mu niebezpieczeństwa i niezaszczytnej sławy jedynej prowincyi monarahii, w której to niebezpieczeństwo jest stałe. Toż przypomnijmy sobie tylko, jakich to środków, — zresztą może i najsłuszniej, — używają władze polityczne w razie innego grożącego ludności niebezpieczeństwa mienia i życia, n. p. w razie wybuchu rozruchów robotniczych, strajków rolniczych, a nawet w czasie burzliwych wyborów do Rady Państwa, Sejmu lub t. p. Wtenczas nie liczy się ani kosztów, ani ludzi; — dziesiątki żandarmów, całe oddziały wojska wysyła się do miejsc zagrożonych. Czemużby z tą samą energią nie można było wystąpić do walki i do wytępienia wroga, który corocznie pochłania w całym kraju setki lub tysiące ofiar, a przez chorobę tysięcy jednostek naraża kraj cały na nieobliczalne straty ekonomiczne i nieustające niebezpieczeństwo nagłego i daleko groźniejszego rozszerzenia się epidemii jakby pożaru. Ze szczerem zadowolnieniem daliśmy wyraz serdecznemu uznaniu dla władz, mówiąc o tłumieniu skutecznem epidemii ospy. To też daje nam to nadzieję, że i w walce z durem

plamistym, o której Radca sanitarny Dr. Barzycki tak wyczerpującą i piękną wydał pracę, władze centralne z całą wystąpią energią, a niewątpliwie skutek ich zabiegów da im samym zupełne zadowolnienie i szczerą wdzięczność całego społeczeństwa.

10. Na dur brzuszny wykazano 3170 zmarłych, t. j. o 277 więcej, niż w roku 1899. Najwięcej chorych stwierdzono w powiecie podhajeckim (456 w 18 gminach), w przeworskim (409 w 21 gminach), dalej w mieście Lwowie (406 chorych) i t. d. Wynika z tego, że epidemia duru brzusznego w roku 1900 znowu szersze przybrała rozmiary. Sprawozdanie wskazuje szlaki i przyczyny, któremi szerzenie się epidemii postępowało, jak również zarządzenia, czynione celem zapobieżenia jej rozwleczeniu. Ale wobec znacznego zanieczyszczenia rzek, studzien i ziemi, wobec względnie lekkiego nieraz przebiegu choroby (*typhus ambulatorius*) tak, że chory nie zdaje sobie sprawy z ciężkości choroby, a często nawet zmienia miejsce pobytu, słowem wobec tylu trudności, można sobie wytłómaczyć, że choć Sprawozdanie przytacza przypadki, w których zamknięcie studni, względnie wodociągu, stłumiło epidemię dość szybko, przecież zabrała ona tak wiele ofiar. Tłómaczy się to także tą okolicznością, że polecenia władzy często lekceważono. Toż w samym Lwowie mimo nakazu zamknięcia wodociągu tak zwanego dominikańskiego, wydanego jeszcze w roku 1893, otwarto go znowu w roku 1896 i dopiero ponowny wybuch epidemii dał powód do powtórnego zamknięcia tegoż w roku 1900.

11. Na czerwonkę wykazano 2396 zmarłych, o 596 więcej, niż w roku poprzednim. Najwięcej chorych — jak zawsze, — było w drugiej połowie lata, kiedy owoce, jeszcze niedojrzałe, spożywane przez łakomą ludność wiejską, powodują zaburzenia w trawieniu, wskutek czego epidemia czerwonki znajduje ustrój już do choroby usposobiony i tem łatwiej się rozwija. Wszelkie pouczania tej ludności żadnego nie odnoszą skutku.

12. Cholery azyatyckiej nie było od roku 1896.

13. Na cholerę dzieci wykazano 2746 zmarłych, zaś

14. na cholerę swojską tylko 148 zmarłych.

15. Gorączka połogowa miała być według wykazów urzędów parafialnych powodem śmierci 1025 kobiet. Ponieważ jest to liczba, zaczerpnięta z wykazów parafialnych, być więc łatwo może, że jest przesadnie wysoką; bo na wsi, gdzie ani lekarza, ani najczęściej i położnej do porodów nie wzywają, każdy przypadek śmierci przy porodzie wliczony zwykle bywa do działu „gorączki połogowej“. Z drugiej strony liczba tylko 26 urzędownie stwierdzonych w całym kraju przypadków tej choroby, a z tych 17 z wynikiem śmiertelnym, wydaje się stanowczo za małą, zwłaszcza że ze samych stolic zgłoszono 23 przypadków choroby (Lwów 17, Kraków 6). Ale jak zawsze opieka nieukwalifikowana, wiejska, stara się przypadki takie w ciągu choroby zataić, by ujść odpowiedzialności. A dopiero kiedyś po miesiącach oglądacze zwłok, względnie urzędy parafialne podają te przypadki, — o ile zakończyły się śmiercią, — w rubryce „gorączki połogowej“.

16. Na choroby zakaźne przyranne (róża, zapalenie tkanki podskórnej, zapalenie naczyń limfatycznych, ropnica, posocznica i tężec) wykazano 544 zmarłych (w 1899 roku 602).

17. Na inne choroby zakaźne wykazano 970 zmarłych; najwięcej z grypy (influenzy 773), znacznie mniej na inne tu zaliczane choroby, jak zapalenie opon mózg. (39), zimnica (37), kiła, gośćcowe zapalenie stawów, ospa wietrzna i t. d. Natomiast epidemia grypy była bardzo rozszerzoną, kiedy w samym Lwowie zgłoszono 3986 zachorowań, w powiecie bobreckim stwierdzono urzędownie grypę u 643 chorych, w jaworowskim 786, i t. d. Przebieg był dość łagodny, a najczęstszymi objawami nieżyt oskrzelowy, rzadziej ostry nieżyt kiszek lub nerwobóle.

18. Choroby zakaźne przenośne ze zwierząt na ludzi (*zoonoses*) były 35 razy przyczyną śmierci, a to wąglik 24, wścieklizna 10 razy. Ale liczba przypadków śmierci z powodu wścieklizny jest zapewnie za małą, gdyż wykazy, nawet lekarzy urzędowych, wykazują liczbę chorych w całym kraju 144, z których 103 miało być odstawionych do Zakładu Prof. Bujwida w Krakowie; tymczasem sprawozdanie Prof. Bujwida wykazuje imiennie, że do Zakładu przysłano z Galicyi i leczono tamże 382 chorych, a z poza Galicyi 22 osób.

19. Na udar mózgowy wykazano 1293 zmarłych.

20. Na organiczne wady serca i choroby naczyń krwionośnych wykazano 2739 zmarłych.

21. Nowotwory złośliwe miały zabrać 2041 ofiar.

22. „Wskutek innych naturalnych przyczyn“ zmarło 101.687 osób, t. j. 50·5 prc. wszystkich zmarłych. Znaczy to, że u więcej niż połowy zmarłych w Galicyi przyczyny śmierci nie znamy wcale. Notujemy na razie fakt, który omówimy jeszcze poniżej.

23. Samobójstw było w 1900 r. 325, — zaś

24. zabójstw i morderstw 160, — wreszcie

25. przypadkowych uszkodzeń śmiertelnych 1606.

Ogólne uwagi o śmiertelności.

Sprawozdanie przytacza liczby skonów w pojedynczych powiatach Galicyi, przyczem przekonywujemy się, że powiaty gródecki i jaworowski, położone pod samym Lwowem, wykazują od lat już najwyższą liczbę śmiertelności, zwłaszcza dzieci. Drugą uwagą, wyjętą ze Sprawozdania jest fakt, że śmiertelność w całym kraju stale się zmniejsza, co wykazano liczbowo już na str. 12.

Smutnem jednak jest, że „na 201.310 zmarłych, tylko w 49.566 przypadkach przyczyna śmierci była przez lekarzy sprawdzoną; przedstawia to stosunek 24·6 na sto ogółu zmarłych“, — a dowodzi, że zaledwie czwarta część zmarłych była widzianą i mniej więcej badaną przez lekarza; leczonych staraunie było z pewnością jeszcze mniej.

Ile różnych przyczyn składa się na ten smutny wynik, to podnoszono już zbyt często. Powtórzymy więc tylko krótko, że zaliczyć tu należy w pierwszej linii ciemnotę i obojętność naszego ludu i wynikający stąd brak zaufania do lekarzy wogóle; następnie dotkliwy brak lekarzy na prowincyi i za powolny postęp w tworzeniu posad lekarzy okręgowych.

Ale jeszcze smutniejszem jest, że liczba skonów niesprawdzonych co do przyczyny rośnie corocznie.

Wynosiła ona w 1895 r. 37·6 prc. ogółu zmarłych
„ 1896 „ 39·7 „ „ „
„ 1897 „ 44·9 „ „ „
„ 1898 „ 45·9 „ „ „
„ 1899 „ 47·6 „ „ „
„ 1900 „ 50·5 „ „ „

Na tem jednak nie koniec. W poprzednich ustępach podnosiliśmy za Sprawozdaniem, że liczba zmarłych, wykazanych na choroby zakaźne w 1900 r., jest na ogół biorąc mniejszą, niż po inne lata. A samo Sprawozdanie na str. 49 mówi: W roku 1900 umarło w całym kraju wskutek chorób zakaźnych 37·439 osób, czyli 5·13‰ ludności, a 18·6 prc. ogólnej liczby zmarłych. Jest to wynik tak pomyślny, jakiego od dwudziestu siedmiu lat, t. j. od czasu wprowadzenia statystyki sanitarnej w r. 1873 — nie było“. Cieszylibyśmy się szczerze z tego tak szczęśliwego wyniku, gdybyśmy mogli mieć zaufanie do liczb powyższych. Skoro jednak w ¾ częściach wszystkich skonów nie lekarz stwierdzał przyczynę śmierci, lecz jakiś wiejski oglądacz zwłok, którego nikt nie kontroluje, toż jest wprost niepodobieństwem przywiązywać do liczb, na takiej drodze zobranych, poważniejsze znaczenie, tem więcej, że sami ci oglądacze zwłok, czy też urzędy parafialne, ułatwiają sobie sprawę w ten sposób, iż więcej niż u połowy zmarłych w całym kraju nie podają wcale przyczyny śmierci, lecz zaliczają je ogólnikowo pod rubrykę „innych naturalnych przyczyn śmierci“. Podziela to sceptyczne zapatrywanie i samo Sprawozdanie; na str. bowiem 53 po uwadze, że liczba skonów bez określonej przyczyny śmierci w wykazach z roku na rok rośnie, dodaje: „Prawdopodobnie jest to w związku ze zmniejszającą się cyfrą przypadków śmierci z powodu chorób zakaźnych“.

IV. Szczepienie ospy i zakłady produkcyi krowianki.

Dzieci obowiązanych do szczepienia wykazano w 1900 roku 309.055. Z tych zaszczepiono 280.639, t. j. 90·9 prc., z tych znowu 90·6 prc. ze skutkiem pomyślnym, — 2·9 prc. ze skutkiem niepomyślnym, — a 6·5 prc. ze skutkiem niewiadomym. Nie szczepionych pozostało 28.416 dzieci.

Rewakcynowano dzieci 10-letnich 160.353 i to ze skutkiem pomyślnym 78·8 prc., — z niepomyślnym 11.7 prc., — a z nieznanym 9·5 prc.

Dzieci szkolnych, które przy przyjęciu do szkół ludowych nie okazywały żadnych blizn poszczepiennych, zaszczepiono 9569, — z tego 89·3 prc. ze skutkiem pomyślnym, — 3·8 prc. z niepomyślnym, a 6·9 prc. z nieznanym.

Szczepienie i rewakcynacyę „z konieczności“ (t. j. z powodu pojawiania się sporadycznych przypadków ospy, które mogłyby dać powód do wybuchu epidemii), przeprowadzono u 12.117 osób. Razem przeto szczepiono i rewakcynowano 462.678 osób kosztem 132.620 koron, a więc 29 groszy za jedno szczepienie z rewizyą. Liczba zakładów wytwarzania krowianki, podobnie jak liczba wyprodukowanych jednostek szczepienia i ich skuteczności, nie uległy zmianie i są zupełnie zadawalniające i wystarczające. (Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu chirurgów.

(18—23 września 1905)

(Ciąg dalszy).

V.

Leczenie gruźlicy stawów.

Sprawozdanie Biera odczytał Klapp (z Bonn). Zdaniem jego gruźlica stawów jest uleczalna; usuwanie ognisk gruźliczych uważa jednak za postępowanie przestarzałe i śmieszne. Pewien wpływ dodatni na sprawę lokalną wywiera poprawienie stanu ogólnego. Ustalenie jest jednym z lepszych środków, a jodoform, tuberkulina, ignipunktura, chlorek cynkowy, wywołując miejscowe przekrwienie, są pożyteczne. Najdzielniejszym jednak środkiem w leczeniu zachowawczem jest wywołanie przekrwienia biernego przez ucisk okrężny kończyny powyżej stawu chorego. (W jaki sposób się to czyni, podał Frommer na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 21/VI 1905. przedstawiając chorych, leczonych tą metodą na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza [1]). Tu tylko nadmienię, że się obecnie opaskę na krótszy czas zakłada mniej więcej przez godzinę dziennie). Opatrzenia przeciwgnilnego nie zakłada się nawet w razie owrzodzeń i przetok, jedynie ropnie zimne się nakłuwa. Przeciwwskazaniem do przekrwienia jest zwyrodnienie skrobiowate, gruźlica płuc. Leczenie to odbywać się może ambulatoryjnie przy użyciu przyrządów do chodzenia, lecz musi trwać co najmniej dziewięć miesięcy.

Broca (z Paryża) zastanawia się nad sposobem leczenia gruźlicy u dzieci. Leczenie wewnętrzne jest konieczne. Jeżeli tylko torebka stawowa jest zajęta, wstrzykuje jodoform w eterze 10% i ustala kończynę na krótki czas. Jeżeli zajęta jest kość, ustala całkowicie kończynę opatrzeniem gipsowem w położeniu należytem, prostując skrzywienia w uśpieniu. Po takiem gwałtownem prostowaniu ustala kończynę i trzyma chorego w łóżku przez kilka miesięcy, potem zakłada przyrząd do chodzenia. Podstawą jego leczenia jest ustalenie. Wyjątkowo tylko zaleca operacyę, oddając pierwszeństwo resekcyi; przestrzega zaś przed wyskrobaniem kości. W razie zagrażającej ropnicy należy ogniska naciąć i osączkować, do amputacyi uciec się należy jedynie w przypadkach posocznicy lub gruźlicy płuc. Prostowanie złego położenia uskutecznia dopiero po wygojeniu się wszelkich ognisk. Przy kończynach górnych stara on się o uruchomienie stawów, przy kończynach dolnych zaś woli sztywne stawy.

Willems (z Gandawy) ogranicza się do wskazań operacyjnych resekcyi lub amputacyi, nie uwzględniając leczenia zachowawczego lub ortopedycznego, ani też drobnych zabiegów operacyjnych. Stwierdza on, że zapatrywanie autorów na tę kwestyę jest rozmaite, a wskazanie do operacyi zależy od stanu miejscowego i od stanu ogólnego. Przez wzgląd na stan miejscowy powinno się leczyć zachowawczo w przypadkach gruźlicy stawów niezropiałych i osiągnie się wyniki znakomite u dzieci; operować zaś należy w cięższych i rozlanych schorzeniach bez dążności do gojenia się, zwłaszcza u osób starszych. Jeżeli ogniska ropne są ograniczone, wtedy wstrzykiwania jodoformowe mogą dać wyniki dobre. Przetoki dają wskazanie do operacyi po wyczerpaniu leczenia wstrzykiwaniami, obecność zaś martwaka (sekwester) jest bezwzględnem wskazaniem do operacyi. Jeżeli się u dorosłego znajdzie wiele ognisk, wtedy u dorosłego należy zaniechać leczenia zachowawczego, ale przystąpić do amputacyi. Wskazaniem do amputacyi jest równoczesna gruźlica trzew lub zwyrodnienie skrobiowate, niemniej podeszły wiek chorego.

W gruźlicy kolana powinno się leczyć u chorych poniżej lat 15 tu zachowawczo, a amputować tylko wyjątkowo, jeżeli powstają duże ogniska i martwaki, a stan ogólny podupada. U dorosłych przeciwnie powinno się wykonać resekcyę, jeżeli gruźlica jest nieco cięższą i nie okazuje skłonności do gojenia się. W gruźlicy bioder u dzieci wystarcza zazwyczaj leczenie zachowawcze, a do resekcyi uciec się należy dopiero, jeżeli leczenie to zawodzi. Można także próbować plomby Mosetig-Moorhofa, w nader wyjątkowych przypadkach zaś wskazaną jest rozległa resekcya biodra razem z panewką i kością biodrową (Sprengel, Bardenheyer). Przeciwnie w gruźlicy stawu łokciowego jest zwolennikiem rychłej resekcyi bez względu na wiek chorego. Starać się przytem trzeba o wytworzenie stawu rzekomego, który daje lepsze wyniki, aniżeli zesztywnienie stawu w dobrem położeniu. W gruźlicy stawu barkowego resekcya jest operacyą wyboru. W gruźlicy stawu nadgarstkowego wstrzykiwania dają dobre wyniki; resekcyę wykonać należy tylko w przypadkach daleko posuniętych, a amputacyę tylko wyjątkowo. W gruźlicy stawu skokowego trzeba rychło przystąpić do resekcyi u dorosłych, zaś u dzieci prawie zawsze wystarczy leczenie zachowawcze.

Codivilla (z Bolonii) nie przybył na Zjazd, przedstawił jednak pisemnie swe sprawozdanie. Resekcya stawów jest wskazaną, jeżeli choroba pomimo zachowawczego leczenia postępuje. W biodrze należy starannie oszczędzać mięśnie, w kolanie dążyć do zesztywnienia. Ułożeniem z wyboru jest w biodrze lekkie zgięcie i odwiedzenie; w kolanie lekkie zgięcie; w stawie skokowym lekkie ustawienie końsko szpotawe. Leczenie zachowawcze stosuje się do stanu, w którym chirurga wzywają. Na początku choroby trzeba kończynę ustalić w położeniu odpowiedniem. W dalszym okresie zesztywnienia stawów trzeba unikać gwałtownego prostowania. Jeżeli sprawa chorobowa już jest ukończoną, leczenie zależy od tego, czy staw jest ruchomy, mało ruchomy, zanadto ruchomy, lub całkiem nieruchomy. W pierwszym przypadku trzeba naciąć mięśnie lub kości, albo przeszczepić mięśnie. Jeżeli kończyna górna jest mało ruchomą, trzeba się starać o jej uruchomienie; w kończynie dolnej zaś trzeba stawy zupełnie zesztywnić. Jeżeli stawy są zanadto ruchome, trzeba je zaopatrzyć w przyrządy. Jeżeli staw jest całkiem nieruchomy, trzeba go ustawić w położeniu należytem.

Bradford (z Bostonu) wychodzi z tego założenia, że gruźlica stawów jest częstokroć cierpieniem miejscowem; przedstawia liczne płyty, fotografie i rentgenogramy i streszcza swe wnioski: 1) Leczenie gruźlicy stawów wymaga usunięcia wszystkiego, co mu nie sprzyja. Unikać zatem trzeba wszelkiego urazu, ale usuwać wszystkie ogniska martwe, których więcej ratować nie można. 2) Leczenie ogólne odgrywa ważną rolę, czyniąc ustrój odporniejszym; świeże powietrze jest ważnym czynnikiem leczniczym. 3) Operacye doszczętne należy ograniczyć do przypadków, gdzie ustrój jeszcze jest dosyć odpornym.

W *dyskusyi* nad temi sprawozdaniami podniesiono:

Lebrun (Namur) osiągnął dobre wyniki z wycięcia stawów, które uważa za operacyą wyboru. Po operacyi sączkuje obustronnie przez 48 godzin, potem zaszywa staw, zapuściwszy poprzednio jodoform.

Garré (Królewiec) podziela zapatrywania sprawozdawców, z wyjątkiem stawu kolanowego i skokowego, co do których jest za rychłą operacyą.

Hoffa (Berlin) zakłada z początku opatrzenia gipsowe, po ustąpieniu przypadów ostrych wysyła chorych na świeże powietrze i każe im chodzić w przyrządach.

Verneuil (Middelkerke) zalicza się do zwolenników leczenia operacyjnego, ale występuje przeciwko osączkowaniu stawów. Zaleca dążenie do rychłozrostu i szycie skóry agrafkami.

Walther (Paryż) jest zapalonym zachowawcą i zaleca wstrzykiwania chlorku cynkowego.

Sinclair White (Sheffield) uważa resekcyę kolana za jedynie racyonalne w praktyce szpitalnej.

Kocher (Bern) uważa zabieg chirurgiczny za wskazany: jeżeli istnieje ograniczone ognisko gruźlicze, jeżeli

[1]) „Przegląd lekarski" 1905, Nr. 33.

staw jest sztywny w złem położeniu, w gruźlicy stawu łokciowego, gdzie po resekcyi są znakomite wyniki. Metoda Biera jest dobra w początkach choroby. Wyciąganiu oddaje pierwszeństwo nad opatrzeniami gipsowemi. W gruźlicy nadgarstka należy staw ustalić, pozostawiając palce wolnymi.

Dollinger (Budapeszt) jest bezwarunkowo zwolennikiem leczenia zachowawczego, które daje 80% wyleczeń i kładzie nacisk na ustalenie. Nie zgadza się z tem, aby biednych w szpitalu inaczej leczyć, państwo musi dostarczyć środków, aby to było możebne.

Eiselsberg (Wiedeń) podaje, że używa przyrządu Volkmanna (Dok. nast.) *Bogdanik.*

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

O reformie ustawy karnej austr. ze względu na lekarzy referował na ostatnim Wiecu Izb lekarskich w Insbruku Dr. Grün z Wiednia. Ustawa karna austryacka przeżyła się już dawno, co przyznają wszystkie kompetentne czynniki, a między innymi również i tymczasowy kierownik ministerstwa sprawiedliwości Dr. Klein. Ustawa ta przeżyła się również i ze względu na lekarzy, którzy do krytyki są tem bardziej upoważnieni, że więcej niż 120 paragrafów tej ustawy dotyka ich sfery umysłowej, moralnej, naukowej, społecznej i gospodarczej. Wiele postanowień ustawy karnej — wywodził referent — mija się najzupełniej ze swym celem, inne pozbawiono są wprost wszelkiego uzasadnienia; wiele z nich nie odpowiada znowu postępowi wiedzy i zwala bez słusznej przyczyny na lekarzy cały szereg obowiązków, które stoją w widocznem przeciwieństwie z duchem czasu. Dlatego mają lekarze słuszne prawo żądać, by przy reformie i rewizyi ustawy karnej ojcami chrzestnymi byli nietylko prawnicy, nieznający życia lekarzy, ani ich stosunków zawodowych, ale żeby powołano do obrad również interesowanych lekarzy.

Najbardziej dotyka lekarzy postanowienie obecnej ustawy karnej, wedle którego skazanie lekarza za zbrodnię pociąga za sobą utratę dyplomu. Postanowienie to karze lekarza skazanego w bardzo dotkliwy sposób, w sposób znacznie dotkliwszy, niż każdego innego obywatela. Każdy inny obywatel po odpokutowaniu kary może wrócić do swego zawodu, tylko lekarzowi zabrania tego ustawa. To wyjątkowe dla lekarzy postanowienie jest stanowczo najzupełniej niesprawiedliwe.

Stała komisya parlamentarna dla ustawy karnej uznała to i proponuje, by utrata stopnia akademickiego nie pozbawiała uprawnienia do wykonywania określonego zawodu, uprawnienia, wynikającego z owego akademickiego stopnia. Izba lekarska zaznaczyła, że to nowe postanowienie w każdym razie więcej odpowiada poczuciu sprawiedliwości, niż poczuciu godności zawodowej i godzi się na propozycyę stałej komisyi parlamentarnej, dodając równocześnie, że poczucie godności zawodowej wzdraga się na myśl, że należeć w przyszłości mogą do stanu lekarskiego ludzie, ukarani za zbrodnię. Izba lekarska jednak uznaje, że obok skostniałych dogmatów w kwestyach honoru zawodowego liczyć się należy i z poczuciem ludzkości.

Dalej występował referent przeciw §. 163 ustawy karnej, który ustanawia kary za udział w pojedynku. Wspomniany paragraf karze udział w pojedynku jako ciężką zbrodnię, pomimo że wedle dekretów dworskich z 3 lipca 1872 i 4 lutego 1791 każdy lekarz jest obowiązany do udzielania wszelkiej pomocy lekarskiej w pojedynku. O pojedynku można myśleć, jak kto chce — wywodził referent, — jednak pewnikiem jest, że lekarze nie odgrywają w pojedynku żadnej czynnej roli, a obecni są tylko dla udzielenia pomocy lekarskiej, a więc w samarytańskiej służbie. Taki udział w pojedynku traktować jak zbrodnię, jest prawie rzeczą śmieszną. Natomiast nowy projekt ustawy karnej najzupełniej nie karze sekundantów, świadków, ani lekarzy. Wprawdzie dotychczas obchodziły się sądy z lekarzami bardzo łagodnie i skazanych za udział w pojedynku zawsze przedstawiały do ułaskawienia. Ale łaska, to przecie nie prawo i mogłoby się zdarzyć, że stu lekarzy sądy ułaskawią, a setnego i pierwszego nie. I dlatego należy takie postanowienie, pozostawiające sądom dowolność, usunąć z przyszłej ustawy karnej.

Szczegółowo omawiał później referent paragrafy, tyczące się partactwa, żądał jak najdokładniejszego ich sformułowania, a szczególnie sprzeciwiał się propozycyi, żądającej w przyszłości zniesienia za leczenie partackie kary aresztu. Należy się spodziewać, że cały stan lekarski austryacki jak najenergiczniej zaprotestuje przeciw temu zamachowi na jego żywotne interesa.

Wedle obecnie obowiązujących przepisów ustawy karnej lekarze są obowiązani donosić o wszystkich chorobach, okaleczeniach i przypadkach śmierci, gdzie zachodzi podejrzenie o zbrodnię lub przestępstwo, a z drugiej strony obowiązkiem lekarza jest dochowywać tajemnicy, odnoszącej się do chorych, oddających się jego leczeniu. Przekroczenia oba postanowień ustawowych podlegają karze. Referent zwraca uwagę na sprzeczność obu tych przepisów karnych i stwierdza, że w zasadzie obowiązek lekarza dochowywania tajemnicy ma najzupełniejsze uzasadnienie, że jednakże w przypadkach, gdzieby szło o odwrócenie niebezpieczeństwa, zagrażającego innym osobom, czy to pod względem zdrowotnym, czy moralnym, może być obowiązkiem lekarza wyjątkowo nie przestrzegać tajemnicy. Bezwzględnie jednak nie jest rzeczą słuszną żądać od lekarzy i przymuszać ich ustawą do donoszenia. Co innego jest zapobiegać zbrodni, a co innego o niej donosić. I dlatego w najbardziej stanowczy sposób domagał się referent zupełnego skreślenia obowiązku donoszenia, z wyjątkiem chorób zakaźnych. Natomiast postanowienie, które mówi o obowiązku przestrzegania tajemnicy i wyjątkach od tego obowiązku, powinno uledz zmianie i to na wzór postanowień ustawy karnej niemieckiej.

Następnie bardzo energicznie występował referent przeciw §§. 356 i 357 ust. kar., które traktują o karach, nakładanych na lekarzy za błędy w sztuce. Stan lekarski dalekim jest od tego, by chciał bronić nieuctwa; należy jednak podkreślić, że powyższe przepisy są w wysokim stopniu niesłuszne, choćby już tylko dlatego, że za ewentualne nieuctwo karzą tylko i jedynie lekarzy, podczas, gdy ludziom, oddającym się innym zawodom, pozwalają być nieukami, jakimi sami być tylko zechcą. Wprawdzie inna rzecz z lekarzami, niż z ludźmi innego zawodu, boć oni życie ludzkie mają w ręku; ale pojęcie nieuctwa jest tak względnem, że nie można się zgodzić, żeby na niem się wspierała ustawa. Bo czyż n. p. jest nieuctwem, że nie zawsze można postawić dobre rozpoznanie? W takim razie powagi umysłowe lekarskie należałoby nieraz oznaczyć mianem nieuków, gdyż przypadki, w których genialni lekarze nie zdołali czasem choroby rozpoznać, nie należą wcale do białych kruków. Paragraf, traktujący o błędach w sztuce, jest nawet pewnego rodzaju dobrodziejstwem, jednak nie dla lekarzy, ale dla partaczy. Bo jeśli partacz, lecząc chorego, działa tak, że chory ponosi ciężką szkodę, albo nawet z jego winy umiera, to go ustawa karze nie za błąd w sztuce, ale tylko za partactwo lecznice, lub za przekroczenie, a mianowicie narażenie życia ludzkiego na niebezpieczeństwo. Tak samo powinien zniknąć z nowej ustawy karnej paragraf 358, który każe karać lekarza (względnie felczera) za zaniedbanie chorego. Państwo miesza się w ten sposób najzupełniej bezprawnie w lekarską praktykę, bo do tego miałoby prawo jedynie w tym przypadku, gdyby trudy lekarza dostatecznie opłacało, lub gdyby cały stan lekarski upaństwowiło.

Następnie omawiał referent obowiązek lekarza donoszenia o złem sporządzeniu lekarstwa w aptece i żądał zmiany w rodzaju kar, wymierzanych za błędne sporządzenie leków. Dotychczas bowiem dzieje się tak, że za taki błąd prowizor idzie do aresztu, a właściciel apteki płaci tylko karę pieniężną, co przecie sprzeciwia się obecnemu duchowi czasu, jako jednostronne traktowanie sprawy. — W końcu uczynił referent następujący wniosek: „Ze względu na to, że projekt nowej ustawy karnej znajduje się obecnie u różnych władz centralnych dla rozpatrzenia się w nim, poleca się wydziałowi gospodarczemu (*geschäftsführender Ausschuss*) Wiecu austr. Izb lek., aby się zwrócił do W. Rządu z prośbą, by tenże zażądał od Izb lekarskich oceny paragrafów ustawy, dotykających życia zawodowego lekarzy, względnie by zwołał ankietę z przedstawicieli Izb lekarskich“.

Korreferent Dr. Schlönnicher z Gracu, prezydent styryjskiej Izby lek., powołując się na odpowiedź, udzieloną swego czasu w parlamencie na interpelacyę przez kierownika ministerstwa sprawiedliwości Dra Kleina, uczynił w imieniu styryjskiej Izby następujący wniosek:

„Ze względu na to, że ustawa karna w całym szeregu przestępstw ma związek już to natury czynnej, już to biernej z życiem lekarzy praktycznych; dalej ze względu na to, że treść, układ, myśl i duch nowej ustawy bardzo żywo obchodzi cały stan lekarski i wreszcie ze względu na to, że wedle § 3 ustawy z 22 grudnia 1891, odnoszącej się do urządzenia Izb lekarskich, te właśnie Izby powołane zostały do zajmowania się wszelkiemi sprawami, tyczącemi się stanu lekarskiego i do zwracania się do rządu za pośrednictwem przełożonych władz politycznych krajowych z przedstawieniami i radami w sprawach lekarskich, Izba styryjska czyni wniosek: wnieść do rządu prośbę o przydzielenie nowego projektu ustawy karnej Izbom lekarskim, aby te mogły złożyć w tej sprawie swoje oświadczenia, rady, życzenia i żądania“.

Wnioski obu referentów jednogłośnie przyjęto. *Stahr.*

Pod tytułem: »Krzywda lekarzy krakowskich«, otrzymujemy następujące uwagi:

„W myśl §. 9 ustawy z 30/4 1870 roku powołuje rząd do krajowej Rady zdrowia czterech lekarzy, ci zaś „mają reprezentować wszystkie działy sanitarne“. Wydział krajowy deleguje do Rady zdrowia dwu członków, zaś Izby lekarskie po jednym członku, jednak tylko do obrad, tyczących się kwestyi zasadniczych, wchodzących w zakres działania Izb lekarskich (§. 4 ust. z dnia 22/12 1891).

Gdy się bada i porównywa skład krajowej Rady zdrowia od 30 kilku lat jej istnienia, uderza systematyczne pomijanie lekarzy z Galicyi zachodniej wogóle, a lekarzy krakowskich w szczególności. Nie chcemy badać, czy obecnie w krajowej Radzie zdrowia są istotnie reprezentowane wszystkie działy sanitarne, zaznaczamy tylko, że krzywdzącem jest, iż z Krakowa o 100.000 mieszkańcach, a 230 lekarzach od szeregu lat nie zasiada w gronie zawodowem ani jeden lekarz. Przypuszczamy, że niniejsza wzmianka skłoni odnośne czynniki do uchylenia tej jaskrawej niesprawiedliwości przy najbliższem mianowaniu członków Rady zdrowia, zwłaszcza, że delegatowi Izby lekarskiej zachodnio-galic. przysługuje prawo udziału w pewnych tylko obradach, a nie w sprawach sanitarnych szerszego znaczenia“.

VIII. Wiadomosci bieżące

Kraków, 9 listopada.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne. Po załatwieniu spraw administracyjnych kol. dr. Bogdanik przedstawił: 1) chorą po resekcyi obu stawów łokciowych i 2) dwóch chorych po resekcyi jelita. Kol. dr. Frommer przedstawił szereg chorych, leczonych metodą Biera, oraz promieniami Roentgena. Wreszcie kol. docent Droba podał „Wyniki badań nad epidemią zapalenia opon mózgowordzeniowych w Galicyi w r. 1905“, objaśniając wykład na kartogramach i obrazach rzutowych. Pouczający ten odczyt dla spóźnionej pory nie został skończony. **Dalszy ciąg wykładu dr. Droby i dyskusya odbędą się w przyszłą środę, t. j. 15 b. m.**

* Komisya sanitarna sejmowa uchwaliła poprzeć petycyę, wysłaną przez Towarzystwo balneologiczne polskie i Towarz. lekarskie krakowskie, by Wydział krajowy, zanim przedłoży zamierzoną nowelę dla zdrojowisk W. Sejmowi, zwołał ankietę, złożoną z interesowanych i wysłuchał ich głosu.

* Donoszą nam ze Lwowa: „W myśl powtórnie wyrażonego życzenia c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych, przedstawionego w reskrypcie c. k. Namiestnictwa, urządził Fizyk miasta Lwowa w bieżącym roku trzeci bezpłatny kurs dla wykształcenia służby dezynfekcyjnej, przeznaczając go przedewszystkiem dla kandydatów z gmin zamiejscowych. Na zaproszenie za pośrednictwem c. k. Namiestnictwa i głównego Zarządu Kółek rolniczych oświadczyły następujące gminy gotowość przysłania odpowiednich wysłanników dla wykształcenia ich na dezynfektorów: 1. Mielnica, 2. Strzeliska nowe, 3. Czyszki, 4. Założce, 5. Kozielniki, 6. Żydaczów, 7. Siemianówka, 8. Synowódzko wyżne, 9. Wygoda, 10. Prusy, 11. Rożniatów, 12. Nowe miasto, 13. Tyśmienica, 14. Bolechów, 15. Busk, 16. Myślenice, 17. Dźwinogród, 18. Hołosko wielkie, 19. Sokolniki, 20. Tłumacz, 21. Rudki, 22. Barszczowice (dwu kandydatów), 23. Malechów (dwu kandydatów), 24. Rawa ruska, 25. Borszczów, 26. Zboiska (dwu kandydatów), 27. Krzywczyce (dwu kandydatów), 28. Jasło, 29. Tarnów, 30. Przeworsk, 31. Kamionka Strumiłowa, 32. Drohobycz, 33. Dublany, 34. Obertyn, 35. Zaszków, 36. Rymanów, 37. Leżajsk, 38. Zamarstynów, 39. Skała, 40. Borysław, 41. Jaworów, 42. Krechowice, 43. Czernelica, 44. Podgórze, 45. Stary Sambor, 46. Siemianówka, 47. Korczyn, 48. Rybotycze, 49. Brody, 50. Bircza, 51. Kulików, 52. Peczeniżyn, 53. Trembowla, 54. Jezierzany. Nadto zgłosiły uczestników na kurs następujące kliniki Uniwersytetu lwowskiego: klinika chorób wewnętrznych, dermatologiczna, chirurgiczna i oczna. Prócz tego Dyrekcya szpitala powszechnego we Lwowie przysłała jednego wysłannika z pawilonu chorób zakaźnych, jednego lwowska Akademia weterynaryi, trzech gmina miasta Lwowa i jednego Zarząd gr.-kat. Seminaryum duchownego ze Lwowa. Nadto z własnej inicyatywy wziął udział w kursie jeden z nauczycieli szkół ludowych lwowskich.

Kurs odbył się w czasie od 7 do 12 sierpnia i składał się z teoretycznych wykładów o chorobach zakaźnych i o dezynfekcyi, tudzież z praktycznych ćwiczeń wykonywania dezynfekcyi.

Wykłady wygłoszone przez fizyka miejskiego dr. Legeżyńskiego obejmowały naukę o zarazkach chorobowych, jako istocie chorób zakaźnych, o bakteryach, o sposobach szerzenia się chorób zakaźnych między ludźmi i zwierzętami, o sposobach w jaki zaraża się człowiek zdrowy; szczegółowo omawiano niektóre choroby zakaźne jak: cholera, gruźlica, błonica, dur brzuszny i plamisty. Wykłady te były przeplatane wieloma demonstracyami. Pokazano mianowicie fotografie bakteryi w 20—25 tysięcznem powiększeniu, dalej demonstrowano przy pomocy mikroskopów bakterye barwione i bakterye żywe w kropli wiszącej. Przedstawiono również roznoszenie bakteryi za pośrednictwem muchy. Doświadczenia wykonane w oczach słuchaczy utkwiły im głęboko w pamięci i ułatwiły im znakomicie zrozumienie istoty chorób zakaźnych.

Wykłady o dezynfekcyi rozdzielono na dwie części, mianowicie: na naukę o dezynfekcyi w ogólności, w której objęto sposób dezynfekcyonowania zapomocą gorąca i zapomocą środków chemicznych. Wykład o dezynfekcyi szczegółowej obejmował dezynfekcyę w czasie choroby zakaźnej, dezynfekcyę po skończonej chorobie zakaźnej, a mianowicie dezynfekcyę osoby wyzdrowieńca lub zwłok, dorożki, którą chory jeździł do szpitala, dezynfekcyę wychodka i w końcu mieszkania chorego. Szczegółowo wyłożono porządek czynności przy odkażaniu mieszkania zapomocą bielenia ścian i porządek czynności przy odkażaniu mieszkania zapomocą pary formalinowej.

Ćwiczeniami praktycznemi, które wypełniły resztę czasu przeznaczonego na kurs, kierował lekarz miejski dr. Kielanowski.

Kurs zakończył się egzaminem publicznym w dniu 12 sierpnia. Egzamin ten udowodnił, że wszyscy uczestnicy kursu byli zupełnie przygotowani i wyszkoleni w wykonywaniu wszelkich istniejących sposobów odkażania, przyczem niektórzy, obdarzeni większą inteligencyą, udowodnili szczególną bystrość umysłu. Wszyscy otrzymali świadectwa podpisane przez egzaminatorów i przez Fizyka miejskiego.

Niezależnie od powyższego kursu urządził Fizyk miejski w marcu i sierpniu b. r. specyalne kursa z tym samym programem dla członków lwowskiej c. k. szkoły żandarmeryi. W marcu wzięło udział w kursie 79, a w sierpniu 120 żandarmów.

W bieżącym zatem roku wykształciło się na kursach we Lwowie 70 uczestników, przybyłych z rozmaitych stron Galicyi i 197 żandarmów, razem 267 osób, co wraz z uczestnikami z roku 1903 (35 osób) i z roku 1904 (35 osób) czyni razem 337 osób.

Liczby te, wogóle całe sprawozdanie, które podaliśmy tylko w streszczeniu, nie pierwszy już raz składają wymowny dowód o niezmiernie ważnej i dla całego kraju pożytecznej działalności Fizykatu m. Lwowa.

* Dowiadujemy się, że prócz przedsiębiorstwa „Linia Hamburg-Ameryka“, które zamierza dla wygody członków przyszłorocznego Kongresu lekarskiego w Lizbonie urządzić podróż jednym z większych pocztowych parostatków, prawdopodobnie „Hamburg“, o czem Komitet narodowy polski doniósł w Nr. 43 „Przegl. lek.“; oraz prócz podobnegoż zamiaru przedsiębiorstwa firmy Cook, którego parowiec wyjedzie z Londynu, o czem w swoim czasie także doniósł Komitet narodowy polski, prezes Komitetu, prof. Wicherkiewicz, czyni starania, ażeby podobny plan podróży mógł być zorganizowany na morzu Śródziemnem, mianowicie w Tryeście. O wyniku tych zabiegów Komitet narodowy polski w swoim czasie uwiadomi ogół lekarzy polskich.

* Szef sekcyi dr. Kusý udał się na urlop: na zastępcę jego wyznaczony został prezydent krajowy dr. Hein. Ministeryum spraw wewnętrznych nie znalazło w Austryi lekarza, któryby zastąpił szefa departamentu zdrowia, zupełnie jak nasz galicyjski wydział krajowy, który od szeregu lat powołuje na czoło departamentu V-go (sanitarnego) ludzi różnych zawodów, byle nie lekarzy.

* „Nowosti“ donoszą, że niejaki p. E. Łojko zapisał 20,000 rb. i dom w Warszawie na fundusz żeńskiego uniwersytetu w tem mieście.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniwer. Jagiell. otrzymali: Kazimierz Bielski i Tadeusz Sokołowski.

* Dzieło dr. Alfreda Sokołowskiego p. t. „Wykład kliniczny chorób dróg oddechowych“ (Warszawa, 1906) ukaże się wkrótce w Petersburgu w tłomaczeniu rosyjskiem. Przekład odbywa się pod kierunkiem kijowskiego profesora K. Wagnera. Tłomaczenie niemieckie poczęła już wydawać firma Hirschwalda w Berlinie.

* Fabryka p. Gurgula w Jarosławiu wyrabia pieczywo dla dyabetyków i mączkę dla dzieci. Wyroby te zostały zbadane i polecone przez Komisyę przemysłową Tow. lekar. krakowskiego: w interesie przemysłu krajowego zwracamy nanie uwagę czytelników naszych.

* Jaki jest dalszy przebieg epidemii cholery w Królestwie Polskiem, wobec braku gazet i sprawozdań nikt nic nie wie. Niewiadomość ta może przygotować przykre niespodzianki dla państw sąsiednich. Jedyna pociecha z braku środków komunikacyjnych, że i rozwleczenie cholery jest trudniejsze.

* Zarządy uniwersytetów rosyjskich złożyły ministrowi oświaty niemal jednomyślne oświadczenie, że prawidłowy bieg życia uniwersyteckiego bez nadania praw obywatelskich narodowi rosyjskiemu nie jest możebny.

* „Ruski Wracz" wymienia parę osad syberyjskich, w których pojawiła się zaraza morowa. Lekarze tamtejsi stwierdzili zależność powstawania moru od choroby tarabaganów (rodzaj gryzoniów, których mięso jest jadalne), o czem przed paru laty pisał dr. Jan Iłgowski w swych interesujących korespondencyach „z Syberyi" do „Przeglądu lekarskiego".

* Ku uczczeniu 60-tej rocznicy urodzin prof. Karola Antoniego Ewalda redakcya tygodnika „Berliner klin. Wochenschrift" wydała numer uroczysty, do którego weszło 30 prac pióra „przyjaciół i dawnych uczniów" i 13 prac ze szpitala Augusty. Z wyjątkiem jednej pracy po francusku i 1 po angielsku, wszystkie inne wyszły po niemiecku i zostały napisane przez najznakomitszych dzisiejszych badaczy niemieckich.

* Między 15 a 21 października zaszły nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: kałuskim (2 gm.), kamioneckim i przemyskim (po 1 gm.), śniatyńskim (2 gm.), stryjskim (3 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Burci — profesorem nadzwycz. chirurgii we Florencyi. Profesorem higieny w wiedeńskim uniwersytecie mian. został dr. Artur Schaffenfroh — uczeń Grubera.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Alfred Treu, lat 56 — w Trockach Dr. Andrzej Kłodzianowski, konsul austryacki w Persyi, zmarł w Lackiej Woli (Galicya), licząc lat 60. W Würzburgu zmarł światowej sławy anatom-histolog Albert Kölliker, w 88 roku życia.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 11 Szulisławski: Z higieny oka. O ostrym śluzoropotoku spojówki i ochronie uczu niemowląt (c. d.). Obtułowicz: O potrzebie zaprowadzenia obowiązkowej nauki higieny w szkołach średnich. Barzycki: Sprawozdanie roczne o inspekcyach w r. 1902 (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 20. Brunner: O stosunku toksyny do antytoksyny (c. d.). Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy (*mycosis*) górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.). Giedroyć: Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 21 zawiera: O głos w Sejmie dla Izb lekarskich. — Petycya Izb lekarskich w sprawie lekarzy okręgowych. — W sprawie zaprowadzenia lekarzy szkolnych. -- Uwagi nad reformą opieki nad obłąkanymi, zapoczętą przez c. k. rząd (dok.). — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905 (c. d.) — Ustawa emerytalna w zastosowaniu do galic. lekarzy okręgowych. — Stanowisko Sejmu wobec walki z cholerą.

— *Sbornik klinický* C. 1. Kuffner: Dva forensni připady bájivé lhavosti. Heveroch: O myšlenkách podvržených a vyzrazených. Vitek: K pathologii conus medullaris a caudae equinae.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 44. Haškovec: Neuropathologické příspěvky. Heryng: Therapie inhalační a nové inhalační methody. Votruba: Meningoencephalitis tuberculosa haemorrhagica. Kimla: Spirochaete pallida (Schaudinn-Hoffmann) a její význam pro aetiologii syfilis (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 86. Gilbert: Skaza z samozakażenia. — Nr. 87. Bernard i Bigart: Budowa nadnercza prawidłowego u człowieka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 44. Baumgarten: Doświadczenia nad gruźlicą wstępującą narządu moczopłciowego. Roscher: Badania nad znajdowaniem się krętka bladego w kile. Souza i Pereira: O znajdowaniu się krętka bladego w kile nabytej i odziedziczonej. Sasaki: Doświadczalne badania nad ciśnieniem osmotycznem czystego soku żołądkowego w rozmaitych warunkach. Neisser i Sachs: Postępowanie w celu wykazania sądowolekarskiego pochodzenia krwi. Perlmann: O refrakcyometrze.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 44. Bechtold: Zapalenie płuc jednodniowe. Schottelius: Bakteryologiczne uwagi nad epidemią duru rzekomego (*paratyphus*). Tappeiner: O utlenianiu zapomocą ciał fluoryzujących w świetle i o jego przemianach wywołanych bieleniem. Graf: Przyczynek do kazuistyki zranień śledziony i ich leczenia. Przypadek zapalenia kiszek wywołanego wymoczkami. Lüdke: Przyczynek do studyów t. zw. „komplementów" (dok.).

Wiener klin. Wochenschrift Nr. 44. Jellinek: Śmierć wskutek rażenia prądem elektrycznym. Bartel: Zakażenie gruźlicze morskich świnek i królików w okresie ssania. Zucker: Pojawianie się błonicy w ostatniem dziesięcioleciu i stosunek śmiertelności z błonicy. Zucker: Wpływ surowicy przeciwbłoniczej przy powtórnem zachorowaniu i wstrzyknięciu. Scheiber: Przyczynek do postępowania zapobiegawczego przy błonicy. Zuppinger: Leczenie surowicze błonicy.

Deutsche med. Wochenschrift Nr. 44. Israel: Przyczynek do rozpoznawania guzów nadnercza. Zupnik: O różniczkowo-rozpoznawczem znaczeniu miareczkowania aglutynacyi przy durze prawdziwym i rzekomym. Citron: Cukromierz fermentacyjny, nowy przyrząd do ilościowego oznaczania cukru. Flatow: Acidol, środek stały, zastępujący kwas solny. Flügel: Dalsze znachodzenie krętków bladych w kile. Brönnum i Ellermann: Krętek blady w narządach wewnętrznych przy kile dziedzicznej. Schmidt: O pozostających po naświetlaniu promieniami radu zmianach w skórze i o znaczeniu ich dla leczniczego zastosowania promieni Becquerela. Rubens: Śródżylne leczenie salicylowe. Herz: O przeciągu i o wietrze.

Redakcya otrzymała: Opolski: Uwagi nad reformą opieki nad obłąkanymi. Langie: Historya okularów.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 44 (od dnia 29/X do 4/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 25, dziew. 27; nieżywo: chł. 5, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 14, kob. 21; zamiejscowych: męż. 10, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 2. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 3. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 8, ob. 5. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 34, obcych 19.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLIV. Kraków 18 Listopada 1905. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag nad dyetą przy wodach mineralnych, specyalnie Karlsbadzkich.

Podał
E. Biernacki.

Postęp nauki, zasilając i udoskonalając lecznictwo nowemi zdobyczami, jednocześnie oddziaływa na to samo lecznictwo w niektórych kierunkach wyraźnie ujemnie, a to dzięki pewnym prądom myślowym, posiadającym wszelkie pozory słuszności, często jednak wręcz błędnym. Jest to tak zw. racyonalizm w terapii, który, że powiemy, chce zawsze widzieć lecznictwo w zgodzie z istniejącymi poglądami naukowymi na chorobę: z jednej więc strony wyprowadza on chętnie zasady lecznicze z istniejących ogólnych i szczegółowych pojęć o chorobie, z drugiej — podejrzliwie patrzy na wszelkie postępowanie terapeutyczne, nie dające się podprowadzić pod te pojęcia.

Racyonalizm w terapii jest, rzec wolno, tak stary, jak sama medycyna — wypływa bowiem z naturalnego dążenia umysłu ludzkiego — postępowania zgodnie z posiadanemi pojęciami. Już więc zarówno medycyna ludów pierwotnych, wypędzająca przy leczeniu demona, jako istotę choroby, jak Hippokrates, starający się wydalić z ciała chorego *materia peccans*, jako zasadniczą szkodliwość chorobową, postępują w terapii „racyonalnie“. Najwybitniej wszakże zarysowuje się racyonalizm terapeutyczny, odkąd pod wpływem pierwszych odkryć w fizyologii (przez Harveya, Hallera i t. d.) powstają t. zw. systemy lekarskie — jatrochemizm i jatromechanizm, systemy Browna i Broussaisgo, że wymienimy najważniejsze. Lecznictwo w tych systemach było całkowicie wyprowadzone z pojęcia o chorobie, — czyli było „racyonalistyczne“.

Racyonalizm terapeutyczny systemów zostawił po sobie najsmutniejszą pamięć. Wiadomo przecież, ilu istotom życie kosztowały „racyonalnie“ stosowane potężne dawki środków czyszczących i wymiotnych, setki pijawek na podbrzusze, puszczanie krwi *coup sur coup* w chorobach gorączkowych. Niewiele pożytku było jednak i z wielu zabiegów leczniczych, wyprowadzonych „racyonalnie“ w czasach nowszych, że przypomnimy Liebermeisterowskie zwalczanie gorączki w chorobach zakaźnych, hipodermoklizy w cholerze i t. d. Zapewne, zawodom tym racyonalizm terapeutyczny przeciwstawić może seroterapię, antyseptykę, które w całości albo w znacznej części bezpośrednio zostały wyprowadzone z poznania choroby i są epokowemi zdobyczami terapeutycznemi. W istocie nie zawiedzie racyonalizm, o ile jego punkt wyjścia — pojęcie, posiadane w danym przypadku o zasadniczej szkodliwości chorobowej — jest prawdziwem lub bardzo zbliżonem do rzeczywistości. Ponieważ zaś, — jak choćby przekonywają najnowsze spory co do szczegółowszej etyologii gruźlicy, w większości przypadków jesteśmy zaledwie w zaraniu bliższego poznania istoty choroby, to zawody przy tworzeniu terapii racyonalnej muszą się zdarzać i zdarzają się też niezmiernie często. Pomijając pomoce mechaniczno-chirurgiczne, dotyczące strony mechanicznej ustroju, wyniki dodatnie terapii „racyonalnej“ najczęściej należą do kategoryi pomocy objawowych, a nie leczenia istotnego.

Bądź co bądź, racyonalizm uznać musimy obecnie za najważniejszą drogę postępu w terapii i nie wolno winić lekarza za próby leczenia racyonalnego, o ile ten, posiadając wyczerpującą znajomość patologii i świadom możliwych zawodów, nie sprawia temi próbami najmniejszej szkodliwości zdrowiu chorego. Inna sprawa z racyonalizmem, a właściwie już pseudoracyonalizmem, doktryneryą terapeutyczną, która po za wydedukowanem z istniejącego pojęcia o chorobie nie uznaje żadnego innego lecznictwa, odrzuca wszelkie inne metody i sposoby postępowania terapeutycznego, nawet najbardziej uznane, o ile te sposoby nie są „zrozumiałe“ z punktu widzenia istniejącej teoryi naukowej, innemi słowy odrzuca to, co jest wynikiem „doświadczenia“ lekarskiego — empiryą lekarską.

Racyonalizm tego rodzaju zaprzecza właściwie to, co wogóle nazywam poznaniem empirycznem, zapomina, że o ile odpowiada pewnym wymaganiom umysłu, może ono być tak samo naukową metodą badania, jak poznanie „racyonalne“, że mogą istnieć we wszechświecie związki i zależności, względnie w zakresie terapii fakty co do pożyteczności (czy szkodliwości) pewnych zabiegów, choćbyśmy z punktu widzenia istniejących danych „czystej“ nauki jeszcze nie rozumieli, dlaczego takie związki istnieją i istnieć mogą.

Ojcem takiego racyonalizmu terapeutycznego w nowszej medycynie był właściwie Wunderlich ze swą „medycyną fizyologiczną“, propagowaną na szpaltach „Zeitschrift f. rationelle Medicin“. Do jakich konsekwencyi zasadniczo doprowadza ta droga myślenia, dość wspomnieć, że powinniśmy odrzucić takie pomoce empiryczne, jak stosowanie morfiny przy bolach, a chininy w zimnicy, ponieważ do dzisiaj właściwie nie wiemy, nie rozumiemy, dlaczego jeden środek działa przeciwbólowo, a drugi przeciwzimniczo. Sam też Wunderlich nie stał twardo przy swoim programie przez czas cały i ostatecznie obok pomocy „racyonalnych“ uznał i szereg empirycznych [1]).

[1]) Kwestyę racyonalizmu terapeutycznego i jego stosunku do empiryi lekarskiej rozbierałem szczegółowo w pracach mych: „Chałubiński i obecne zadania lekarskie“. Warszawa, 1900 — „Zasady poznania lekarskiego“. Warszawa 1902. Str. 314—319. „W sprawie patologii i terapii nerwic czynnościowych“. Warszawa 1902. Osobne odbicie z „Medycyny“.

A jednakże oddźwięki, nieraz bardzo głośne, rozumowań pseudoracyonalistycznych, rozumowań w gruncie rzeczy uprzedzających i przesądzających poznania naukowe, dadzą się słyszeć i w najnowszych czasach i, jak teraz — szczególnie chętnie w zakresie balneo — klimatoterapii. A więc jeden zaprzecza, by z „naukowych względów“ cieplice mogły znaczyć coś więcej, niż zwykłe kąpiele z wody ciepłej, jakoby było już rozstrzygniętem, iż niezaprzeczalne pomyślne wyniki w szeregu przypadków rwy kulszowej, gośćca mięśniowego, otrzymywane w Gastein, Cieplicach czeskich i t. d., pomijając warunki klimatyczne, polegały li tylko na c i e p l e wody, wytryskującej z głębin ziemi. Znowu dla drugiego powietrze górskie „nie może“ mieć żadnej przewagi nad zwykłem „czystem“ powietrzem leśnem, stepowem, jakby już ostatecznie udowodnionem zostało, iż w klimatycznem leczeniu suchotników znaczenie posiada wyłącznie czystość powietrza. Jeszcze dla innego — wody mineralne sztuczne należy nawet przekładać nad wody mineralne rodzime, ponieważ pierwsze są ściśle w swym składzie określone i nie „zanieczyszczone“ domieszkami, jak drugie — jakby już było nieodwołalnie rozstrzygniętem, iż kwintesencya działania wód mineralnych rodzimych w pewnych stanach chorobowych polega na obecności w jednej alkaliów, w drugiej siarkanu sodowego, w trzeciej śladów żelaza i t. d.

Niezmiernie charakterystycznymi są także zwroty w dziedzinie d y e t e t y k i przy używaniu wód mineralnych — i na tym punkcie mam się właściwie specyalnie zatrymać. Z dawien dawna, jak wiadomo, uważa się za nieodzowne przy piciu wód mineralnych przestrzeganie pewnej określonej dyety. Najściślejsza jest ona przy wodach karlsbadzkich i polega na używaniu przeważnie lub wyłącznie mięsa białego (cielęcina, drób, ryby), starannem unikaniu pokarmów tłustych i ciężkich (np. gęsina), wszelkich ostrych sosów i przypraw, kwasów, sera, wreszcie unikaniu surowizny (surowych owoców, ogórków). W tym duchu urobiła się nawet w Karlsbadzie specyalna kuchnia — „kurgemässe Küche“, gotująca możebnie chudo i łagodnie, bez ostrych przypraw, z zup znająca właściwie tylko rosół i delikatne zupy jarzynowe.

Przekonanie o nieodzowności określonej ścisłej dyety jest jeszcze u większości (niedawno było u ogółu) kuracyuszów karlsbadzkich tak silne, że przekroczenie tej dyety w tym czy innym kierunku uważane było za rzecz niezmiernie niebezpieczną, a nawet ten i ów wypadek śmierci podczas lub wkrótce po kuracyi karlsbadzkiej wskutek „zapalenia kiszek“ sprowadzano na zjedzenie ogórka, sera, bigosu i t. d.

Tymczasem w ostatniej epoce słychać tu i owdzie pojedyncze głosy, iż cała ta dyeta karlsbadzka jest to archaiczny zabytek grubej empiryi, iż nie wytrzymuje ona „naukowej“ krytyki, iż przy wodach karlsbadzkich właśnie obowiązuje tylko taka dyeta, jakiej wymaga stan chorobowy, poza tem zaś pacyent, o ile zdrów jest na żołądek i kiszki, może sobie jeść, co mu się podoba. „Dla czegoż nawet artrytycy nie mają używać ciemnego mięsa, a tylko białe, skoro rozbiory chemiczne nie wykazują różnicy pomiędzy jednym a drugim rodzajem mięsa?“ „Dlaczego mamy przy karlsbadzkiej wodzie unikać kwasów: czyż zasada, obecna w wodzie, nie zobojętni tych kwasów?“ „Dlaczego nie mamy dawać surowych owoców? Czy istnieją w nich jakie składniki, któreby się nie zgadzały ze składnikami wody karlsbadzkiej?“

Zgodnie z tymi głosami coraz częściej w oknach wystawowych handlów korzennych w Karlsbadzie widuje się stosy zimnych mięsiw, kosze owoców, które konsumuje ten i ów kuracyusz, tryumfująco ogłaszając światu, iż „nic mu się nie stało“... Nawet uważają, że jedzenie surowizn „dobrze robi“ przy wodzie karlsbadzkiej, iż wobec tego nie unikać, ale używać je n a l e ż y przy kuracyi karlsbadzkiej.

Na czem polega to: „dobrze robi“, trudno się dowiedzieć, jak zresztą wogóle przy wielu innego rodzaju zabiegach i środkach leczniczych z opinią: „dobrze robi“. Jeżeli zaś chodzi o n a k a z używania surowizn czy kwasów, czy innych rzeczy, jeszcze niedawno tak źle renomowanych w Karlsbadzie, to tutaj zachodzi pomieszanie pojęć, trafiające się niezbyt rzadko nietylko w medycynie, a które stwierdzenie pewnego faktu uważa za n a k a z tego faktu w postępowaniu praktycznem. Logika tego rodzaju prowadziła jeszcze niedawno do nakazów dawania obfitego jadła chorym durowym, przedewszystkiem dlatego, iż stwierdzono dobrą przyswajalność pokarmów mięsnych w przewodzie pokarmowym w przebiegu chorób gorączkowych [2]). Ale tego rodzaju racyonalizm terapeutyczny zapomina o dwóch właściwościach ustrojów żyjących, które nazywamy o d p o r n o ś c i ą i i n d y w i d u a l n o ś c i ą. Na mocy tych właściwości dziesięciu wypije wodę zakażoną, a tylko jeden dostanie duru; — dwudziestu połknie hodowlę prątków cholerycznych, a tylko jeden dostanie biegunki z wypróżnieniami ryżowatemi. Nie znaczy to jednak bynajmniej, by prątki choleryczne były tworami obojętnymi, by dozwolonem było używanie wody podejrzanej. Przeciwnie, mimo całą elastyczność ustroju żyjącego — nawet prawnie (w higienie, policyi sanitarnej), trzymamy się obecnie zasady, iż skoro tylko zachodzi m o ż l i w o ś ć szkodliwości pewnego czynnika dla życia i zdrowia ludzkiego, możliwość nawet stosunkowo w drobnej szansie, to czynnika tego trzeba unikać. I zasadę tę przeprowadzamy praktycznie już nawet wtedy, jeżeli szkodliwość pewna wynika ze względów czysto rozumowych i tembardziej obowiązywać ona będzie, jeżeli szkodliwość dana udowodnioną zostanie faktycznie (empirycznie), choćby tylko w przypadkach pojedynczych.

Otóż co się tyczy przekroczeń dyety karlsbadzkiej, f a k t e m jest, iż przekroczenia te mogą być i bywają szkodliwe, — zapewne nie w tym stopniu, jak to sobie powtarzali dawniej laicy, ale bądź co bądź nie w najmniejszym. Faktem jest, że jeżeli 15 czy 20 kuracyuszów jada sobie bez widocznej szkody owoce, wieprzowinę z kapustą i t. d., to dwudziesty pierwszy płaci za to ostremi zaburzeniami, na jakie wskazywała dawna „empirya“, gnieceniem w dołku ostrem wzdęciem brzucha, biegunką o charakterze dyzenterycznym. Szczególnie często spostrzega się przypadki ostatniego rodzaju, odkąd śród pewnej grupy kuracyuszów karlsbadzkich stało się prawdziwą modą spożywanie surowizn: w ubiegłym sezonie widziałem ich cały szereg i mógłbym je nazwać po imieniu. Niektóre z tych przypadków sprowadzało się na zmiany atmosferyczne (zaziębienie) i niewątpliwie zdarzają się w Karlsbadzie zaburzenia kiszkowe i tej etyo-

---

[2]) Chodziło zapewne tutaj jeszcze i o przeciwdziałanie stratom na wadze podczas tych zachorowań.

logii; inni chorzy wystraszeni, wprost się przyznali do używania surowizn[3]).

Tak się przedstawia sprawa dyety karlsbadzkiej „empirycznie“, a do tego dochodzą względy rozumowe, oparte na wynikach rzetelnego doświadczenia lekarskiego, które pytają. A więc — jeżeli surowizna (szczególnie ogórki) wogóle nie jest rzeczą łatwo strawną, jeżeli już u ludzi zdrowych (u dzieci) powstawać mogą ostre rozstroje trawienia, szczególnie pod wpływem większych ilości surowizny, jeżeli wobec tego kuracyę winogronową zaleca się przeprowadzać ostrożnie i pod dozorem lekarskim, to dlaczego ta sama surowizna (owoce surowe) ma być dozwolona, nawet „pożyteczna“ przy wodach karlsbadzkich, kiedy w przebiegu leczenia powstaje pewien stan podrażnienia dróg trawiennych, obostrzenie[4]) *w locus minoris resistentiae*, jak tego dowodem tak częste napady kamicy żółciowej w Karlsbadzie? Dlaczego ma być dozwolonem wtedy użycie wszelkich pokarmów, jak np. tłustych gatunków mięsa (gęsiny), kiedy nawet z doświadczenia na zwierzęciu wiemy o mniejszej strawności takich gatunków w porównaniu z chudemi? Dlaczego ma być dozwolonym ser, który jest łatwo strawnym tylko w epruwetce, ale dla żołądka słabszego jest jednym z najcięższych pokarmów? Czy ma być „przesądem“ żywienie pacyentów przeważnie mięsem białem, skoro już fizyologia uczy, iż mięso białe, mięso zwierząt młodych, jako wodnistsze, jest łatwiej strawne, łagodniejsze, niż mięso ciemne (szczególnie dziczyzna) w innego rodzaju przypadkach, co zresztą, zawsze „przez doświadczenie“, uwzględniała medycyna praktyczna? Czy istotnie do mytów należy znaczenie dla ustroju pewnej odmiany w odżywianiu, choćby pozornie tak drobnej z punktu widzenia chemii lekarskiej, jak zamiana mięsa czarnego na białe i rybę, skoro ustrój ludzki niemal wprost żywiołowo, instynktownie dąży do zmiany pokarmów, co znalazło nawet wyraz w prawodawstwie religijnem i obyczajowem różnych mędrców starożytności? Czyż wolno pozwalać chorym na dnę, przyjeżdżającym do Karlsbadu, jeść mięsa, ile im się podoba, skoro wbrew wszelkiej doktrynery laboratoryjnej lekarz trzeźwy zawsze przytoczy dowody szkodliwości wyłącznego czy przeważnego żywienia się mięsem?

Także i wiele innych pytań przeciwstawi klinicysta różnym pozornie racyonalnym reformom w zakresie omawianym. W wynikach cała sprawa ściąga się do tego, że różne normy dyetetyczne, jakie się wyrobiły z biegiem lat przy leczeniu źródłami mineralnemi, specyalnie karlsbadzkiemi, to nie zaśniedziała pozostałość grubej empiryi, ale wynik drobiazgowego spostrzegania, które tyle znaczy w medycynie praktycznej i jest, że powiem, właściwością prawdziwego „zmysłu klinicznego“. Niewątpliwie i tutaj zdarzać się może przesada, niewątpliwie pod nazwą empiryi lekarskiej. Kursuje także niemało różnych błędnych pojęć i mistycznie zabarwionych poglądów, a mimo to wszystko pamiętać zawsze należy, że i w medycynie, podobnie, jak w innych gałęziach wiedzy ludzkiej, poznanie empiryczne wyprzedzać może poznanie „naukowe“ i wobec tego odrzucanie pewnego faktu empirycznego dlatego, iż nie mieści się on w istniejących w danej chwili kadrach czystej nauki, nie zawsze wypada na pożytek chorych.

[3]) Co znaczy w tych razach indywidualność, jaskrawo wykazał mi przypadek, którego od początku byłem naocznym świadkiem. Przy wspólnym obiedzie w Karlsbadzie jeden z moich pacyentów za przykładem swego postępowego przyjaciela jadł kotlety wieprzowe z kapustą (Sauerkraut). Przyjaciel pozostał zdrów, pacyent zaś mój cierpiał całe pół dnia na gniecenie w dołku, wzdęcie, odbijanie — i zarzekł się raz na zawsze odstępować od przepisanej ściślejszej dyety.

[4]) Porównaj mój artykuł: „Po sezonie w Karlsbadzie“. „Medycyna“, 1904.

II. Sanatoryjne leczenie suchot płucnych[1]).

Całokształt leczenia higieniczno-dyetetycznego daje się najkorzystniej zastosować w zamkniętych zakładach leczniczych (sanatoryach). Tam bowiem realizują się, że tak powiedzieć można w najlepszym gatunku, wszystkie omawiane czynniki, a nadto istnieje jeszcze czynnik niepospolitego znaczenia, t. j. oderwanie się chorych od ich zwykłego, w ogromnej większości przypadków niehigienicznego sposobu życia, wyczerpującego jednych fizycznie, a drugich umysłowo. Jednocześnie cały system leczniczy odbywa się pod kierunkiem lekarza; umiejętnem indywidualizowaniem prostych higienicznych środków potrafi on nieraz szybko osiągnąć chociażby podmiotową poprawę u chorego, a tą drogą odrazu wzbudzić jego zaufanie i wiarę w daną metodą leczniczą, zachęcić do wytrwałości na podstawie przykładów poprawy i wyleczenia najbliższych sąsiadów. Ten wpływ psychiczny, poniekąd sugestyjny lekarza zakładowego, odgrywa w praktyce sanatoryjnej niepospolitą rolę; większe powodzenie i wyniki lecznicze jednych zakładów w porównaniu z drugimi najczęściej, zdaniem mojem, zależą nietyle od mniejszego lub większego komfortu ich urządzenia, lepszego topograficznego położenia, ile od indywidualnych właściwości ich kierownika. Oprócz odpowiedniego wykształcenia fachowego, lekarz zakładowy winien posiadać niezwykłe zalety charakteru i umysłu, aby mógł ów sugestyjny wpływ z korzyścią wywierać na chorych.

Zakłady lecznicze obok wysoce dla chorych korzystnych warunków mają jeszcze dla nich znaczenie, które poniekąd nazwaćby można pedagogicznem. Chory bowiem, przebywszy w sanatoryum krótszy lub dłuższy okres czasu, wdraża się w system higienicznego życia i, o ile jest niezbyt lekkomyślnego charakteru, stara się w dalszym ciągu w domu, nieraz przez całe życie, doń zastosować. Chorzy tacy, wróciwszy do swoich ognisk domowych, wpajają wszędzie w otoczenie zasady rozumnej higieny dróg oddechowych, a przykład dobrego wyniku leczenia zakładowego pobudza innych chorych we wczesnych okresach do szukania pomocy na tejże drodze.

Zakłady lecznicze obok tych wielce dodatnich stron posiadają często i strony ujemne, które należy także pokrótce rozpatrzeć. I tak doświadczenie wykazuje, że wogóle w większości zakładów szukają pomocy suchotnicy, będący w okresach daleko rozwiniętej choroby; dla tego też dla pozostałej części chorych, znajdujących się w okresach wcześniejszych choroby, bezustanne towarzystwo, szczególniej w zimowych miesiącach, suchotników, jeśli się tak wyrazić można, na ostatnich nogach, robi pobyt nadzwyczaj przykrym, a nawet dla wielu mocno wrażliwych wprost niemo-

[1]) Wyjątek z III tomu dzieła dr. Alfreda Sokołowskiego p. t. „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych“. Warszawa, 1906.

żliwym. Bezustanny kaszel i plucie, krwotoki, co chwila na prawo i lewo wydarzające się, ciągła rozmowa chorych o gorączce, kawernach i krytyka leczenia i lekarzy, a wreszcie śmierć, niezbyt rzadko szczerby robiąca w towarzyszach niedoli, wywołuje uczucie przygnębienia, a z niem związane opuszczanie zakładów, które skądinąd na ich sprawę chorobową dodatni wpływ poczynały wywierać. Naturalnie właściciele zakładów, jako instytucyi nie filantropijnych, lecz finansowych, wyjątkowo tylko mogą robić wybór, odmawiać przyjęcia ciężko chorych, a wogóle przyjmują wszystkich zgłaszających się. Szkopuł ten jest kapitalnym i o niego, zdaniem mojem, rozbija się szerszy rozwój prywatnych zakładów, w których widzimy ze zdumieniem przedewszystkiem chorych, najmniej odpowiednich do leczenia zakładowego.

Drugi ujemny czynnik zakładów stanowi ta okoliczność, że większość sanatoryów pomimowoli ma pewne sezony, t. j. okresy, w których gromadzi się większa ilość chorych, n. p. w niektórych latem, a w innych n. p. w Davos, zimą; stąd też w chwilach owego przeludnienia, szczególniej w zakładach większych, cały system zakładowy przyjmuje charakter szablonowej rutyny; indywidualność chorego zatraca się, ścisła kontrola i dozór nad chorymi stają się iluzorycznymi, a żywienie w tych sezonach przedstawia wielokrotnie wiele do życzenia.

O innych ujemnych stronach zakładów, n. p. o wielce wygórowanych w większości cenach, dostępnych przeważnie dla bogatej klasy ludności, o pewnych niewłaściwych, zbyt szablonowych kuracyach, zależnych od wielce nieraz jednostronnych poglądów ich kierowników, nie będę się bliżej rozwodził, są to bowiem zarzuty względnie mniejszej doniosłości.

Jeśli zakłady lecznicze mają w istocie odegrać w przyszłości wielką i słuszną rolę w leczeniu suchot, co zdaniem mojem nie ulega najmniejszej wątpliwości, to winny one rozwijać się w następujących kierunkach: 1) należy tworzyć zakłady średniej wielkości na 30, najwyżej 50 chorych; 2) dzielić je, podobnie jak to ma miejsce z zakładami psychiatrycznymi, na 2 odrębne kategorye: dla chorych w początkowych okresach choroby i dla chorych w okresach dalej rozwiniętej choroby; 3) obok zakładów dla ludzi zamożnych należy przedewszystkiem zakładać sanatorya dla osób średnio zamożnych, z mniejszym komfortem i mniejszemi wymaganiami, za to pod względem ceny dla nich dostępne. O sanatoryach dla biednych suchotników wspomnę jeszcze niżej.

Jacy chorzy nadają się do sanatoryów, czyli jakie są dla nich wskazania? Odpowiedź na to pytanie da się sformułować jedynie w ten sposób: w zasadzie wszystkie formy i okresy suchot najwłaściwiej i najstosowniej w zakładach leczonymi być powinny, gdyby zakłady były zreformowane w sposób wyżej wzmiankowany. Właściwie więc nie wskazania, lecz przeciwwskazania wynikają z wyżej powiedzianego. Zawsze i przedewszystkiem najwdzięczniejszem polem dla kuracyi sanatoryjnej będą chorzy, znajdujący się we wczesnych okresach choroby, a szczególniej osobniki młode, pozbawione bliższej opieki, które wymagają obok leczenia ścisłego dozoru. Tacy bowiem chorzy, jak to smutne doświadczenie zbyt często wykazuje, puszczeni luzem po tak zwanych miejscach kąpielowych, zamiast leczenia oddają się różnorodnym nadużyciom (in Baccho et Venere), męczącym wycieczkom i t. p., a tą drogą zstępują szybko nieraz nawet w najlepszych miejscach klimatycznych w okres pełnego rozwoju choroby. A że nawet i chorzy nieraz z daleko posuniętą chorobą w dobrych warunkach zakładowych przy stałej opiece i dobrze kierowanej odpowiedniej terapii wielokrotnie znakomitą poprawę odnieść są w stanie, o tem wspominają z naciskiem w swych sprawozdaniach lekarze zakładowi, co i również osobiście ongi w Goerbersdorfie spostrzegałem.

Natomiast mniej nadawać się będą do leczenia w zakładzie zamkniętym osobniki mocno zdenerwowane, suchotnicy, u których jednocześnie dominują objawy neurasteniczne; — osobniki, dotknięte bardzo przewlekłemi postaciami suchot włóknistych przy ogólnem dobrem odżywianiu, a nawet pewnym stopniu otyłości; osobniki, u których na pierwszy plan występują oddawna istniejące zaburzenia w trawieniu, wymagające specyalnej dyety; — dalej osobniki starsze, spokojne, trudno dające się w późniejszym wieku nakłonić do pewnego ścisłego systemu, zmiany trybu życia i t. p. Te kategorye chorych w zakładach zamkniętych nie mają się dobrze; najczęściej szybko je opuszczają, a natomiast poprawiają się często, mieszkając w miejscach kuracyjnych osobno, stosując indywidualną dla siebie dyetę i sposób życia, do którego przywykli.

Istniejące dotychczas w Europie zakłady lecznicze dla suchotników w ścisłem tego słowa znaczeniu dają się podzielić na trzy główne kategorye: 1) Zakłady o podstawie czysto higieniczno-dyetycznej, w których pewne odrębne właściwości klimatyczne, z wyjątkiem naturalnie dobrego i zdrowego położenia, schodzą na plan drugi. Typ podobnego zakładu urzeczywistnił D e t t w e i l e r w założonym i prowadzonym wzorowo przez siebie długie lata zakładzie w Falkenstein pod Frankfurtem nad Menem, w miejscowości zdrowo-położonej wśród lasów, lecz niewysoko wzniesionej (około 400 metrów). Otrzymane tam wyborne wyniki dały pochop do twierdzenia, że sanatoryum dla gruźliczych może powstać w każdej zdrowo położonej miejscowości.

2) Do drugiej, wprost przeciwnej kategoryi zaliczyć należy zakłady o podstawie, jeśli tak nazwać można, klimatyczno-górskiej. W nich bowiem główną zasadę leczenia stanowi wpływ przypuszczalnie swoisty klimatu *par excellence* górskiego, naturalnie obok leczenia higieniczno-dyetetycznego, odgrywającego rolę czynnika współrzędnego, a właściwie drugorzędnego. Typem tego rodzaju zakładów jest powołane do życia przed trzydziestu laty przez S p r e n g l e r a sanatoryum w Davos w Szwajcaryi (a właściwie mówiąc, szereg rozmaitych sanatoryów), wzniesione na 1600 metrów nad poziom morza. Miejscowość ta jest wybornie osłonięta od wiatrów, mocno usłoneczniona, posiada szereg urządzeń w wysokim stopniu higienicznych, realizujących wszystkie warunki, konieczne dla terapii klimatyczno-dyetetycznej. Wielkie wzniesienie tej miejscowości nad poziomem morza, a tem samem pewne znaczenie w tym kierunku przy leczeniu suchot płucnych obok wzorowych urządzeń i pewnej tradycyi leczniczej wytworzyło z Davos jedną z najznakomitszych stacyi klimatycznych dla suchotników, a wyniki tam otrzymane, co również na moich licznych chorych potwierdzić mogłem, należą bez zaprzeczenia do istotnych tryumfów leczenia sanatoryjno-górskiego. Do ujemnych stron zakładów wysoko-górskich zaliczyć należy tę okoliczność, że mają one sezon ograniczony, gdyż miesiące wiosenne od marca do czerwca sta-

nowią epokę topnienia śniegów, podczas której panują stale mocno suche górskie wiatry, usposabiające chorych do świeżych nieżytów oskrzelowych, krwiopluć, a nawet ostrych zapaleń płuc, panujących podówczas nieraz epidemicznie i t. p.; stąd też chorzy w tym okresie muszą się przenieść do innych, niżej położonych miejscowości, co jest dla nich okolicznością niepożądaną.

3) Trzecim wreszcie typem sanatoryum dla suchotników są zakłady o podstawie mieszanej, w których obok leczenia klimatycznego górskiego, dzięki mniejszemu lub większemu wzniesieniu nad poziom morza, jest zostosowana metoda higieniczno-dyetetyczna. Do tej kategoryi należy prototyp zakładów leczniczych — sanatoryum Brehmera w Goerbersdorfie na Szląsku, położone na wysokości około 600 metrów na poziom morza we wspaniałym sosnowym parku, otoczonym górami, porosłemi iglastym lasem. Obok odpowiednich urządzeń przechował zakład ten dotychczas tradycye lecznicze, przekazane przez swego twórcę, mianowicie: ścisły nadzór lekarski, obfite pożywienie, w którem potrawy mleczne i tłuste wielką odgrywają rolę; znaczne uwzględnienie ruchu przez stopniowe wchodzenie po łagodnie wznoszących się drogach, użycie hidropatyi w odpowiednich przypadkach i t. p. Dodatnią stronę Goerbersdorfu stanowi ta okoliczność, że sezon trwa cały rok, roztopy bowiem wiosenne są nieznaczne i nie wywołują żadnych bardzo ujemnych wpływów na chorych.

Na wzór owych trzech typów powstały w Europie w ciągu ostatnich dwudziestu lat całe dziesiątki, a nawet setki najróżnorodniejszych zakładów, prowadzących leczenie na wyżej omówionych podstawach. Uważam za zbyteczne wyliczać te zakłady; ograniczę się do wymienienia najważniejszych [2]).

W Szwajcaryi, gdzie dominuje typ sanatoryów górskich, obok Davosu, w którym istnieje szereg wzorowo i z wysokim komfortem urządzonych zakładów (Spenglera, Turbana, Danneggera i t. d.), znajdują się jeszcze Arosa (1892 m), Leysin (1450 m.), Les Avants (1000 m.), Glions, Caux (nad jeziorem Genewskiem) i t. d.

W Niemczech: Goerbersdorf, gdzie obok zakładu Bremerowskiego istnieją cztery inne (dr. Römplera, dr. Weickera, (dla mniej zamożnych), Reiboldsgrün (700 m.) w Saksonii, St. Blasien (1800 m.), Wehrawald (862 m.) w Badeńskiem, Hohenhonnef (230 m) nad Renem koło Bonn, Schömberg (w Wirtemberskiem), Andreasberg w górach Harcu, Nordrach (w Badeńskiem) sanatoryum dr. Waltera o odrębnym typie z oddzielnych małych domków, i bardzo wiele innych.

Na Węgrzech: Szmeks, położony w najpiękniejszej części Karpat. W Tyrolu południowym Arco. W Danii Veilefiord na wschodniem wybrzeżu Jutlandyi nad przepięknym fiordem Vejle, sanatoryum bardzo wygodnie urządzone, otoczone wielkiemi leśnemi przestrzeniami. W Norwegii sanatoryum Tonsaasen, położone między Bergen a Chrystyanią (600 m. nad p m.), otoczone wysokiemi górami i olbrzymim lasem sosnowym. We Francyi w Canigou w pobliżu Vernet les Bains we wschodnich Pyrenejach (700 m.), w Durtol (Puy-de-Dôme, 520 metrów), Chanteloup przy Lagny (Seine et Marne), Trespocy blizko Pau, w Gorbio w pobliżu Mentony, Mont des Oiseaux około Hyères i t. d. W Anglii istnieją liczne sanatorya, szczególniej na wybrzeżu morskiem, na wyspie Wight.

Od dwóch lat posiadamy w Zakopanem jedno z piękniejszych sanatoryów górskich (1000 m) pod względem uroczego położenia w najpiękniejszej części Tatr, w miejscu doskonale osłonionem od wiatrów i wybornie osłonecznionem; jednocześnie urządzenie wewnętrzne sanatoryum, wzorowane na najnowszych tego rodzaju szwajcarskich i niemieckich zakładach, nie pozostawia nic pod tym względem do życzenia (centralne ogrzewanie, światło i windy elektryczne, obszerny park i t. p). Zakład mieści do 80 chorych, a dotychczasowe wyniki z pobytu w nim chorych, podane przez jego kierownika dr. Dłuskiego, nie ustępują w niczem wynikom, podawanym przez najlepsze sanatorya górskie szwajcarskie. W Zakopanem istnieje również mniejsze sanatoryum (dr. Hawranka) i szereg pensyonatów, urządzonych na wzór małych sanatoryów szwajcarskich. W Zakopanem, które, wogóle biorąc, nie ma zbyt przykrego okresu wiosennego topnienia śniegów, chorzy pozostawać mogą przez cały rok. Zimowe miesiące, podobnie jak i w innych wysokich górach, przedstawiają bardzo odpowiedni okres dla leczenia: mocne osłonecznienie, brak kurzu i powietrze mroźne a suche, bez gwałtownych zmian atmosferycznych, pozwalają chorym wiele godzin z rzędu pozostawać na powietrzu.

W Królestwie posiadamy od lat prawie dwudziestu sanatoryum w Otwocku (godzinę koleją od Warszawy), założone i prowadzone dotychczas przez drów Geislera i Wrońskiego. Sanatoryum, wygodnie urządzone, pomieścić może 50 chorych. Położone jest ono w miejscowości bardzo zdrowej, na równinie wśród lasów sosnowych, kilka mil kwadratowych obszaru mających. Wyniki lecznicze, które mogłem sprawdzić u bardzo licznych chorych, przebywających rokrocznie na kuracyi tak latem, jak zimą, są bardzo dodatnie, a szczególniej w poczynających się okresach choroby nie ustępują wynikom w innych sanatoryach zagranicznych tego typu. W Otwocku istnieje jeszcze kilka mniejszych sanatoryów.

W roku przyszłym (1906) ukończone będzie sanatoryum w Rudce pod Warszawą, przeznaczone dla mniej zamożnych chorych, kosztem ofiarności publicznej pod egidą warszawskiego Tow. higienicznego.

W Cesarstwie Rosyjskiem istnieją zakłady dla chorych zamożniejszych w Finlandyi w Pitkäjarvi (dr. Pezold), w Lindheim (Liflandja, dr. Treu), w Krymie w Jałcie (Gastria, dr. Lebedewa, Webera). Oprócz tego istnieje kilka sanatoryów, założonych przez państwo lub instytucye dobroczynne, do których przyjmowane są na leczenie osoby mniej zamożne za pewną umiarkowaną opłatą: w cesarskiem sanatoryum w Halila w Finlandyi, pod zarządem dr. Gabriłowicza (40—75 rb. miesięcznie), w Taizy pod Petersburgiem (40—60 rb.), w sanatoryum imienia cesarza Aleksandra III w Jałcie (40 rb.). Dalej znajduje się kilka prywatnych sanatoryów jeszcze nie zupełnie ukończonych, jak w Takalarju w Finlandyi, pod Kijowem, na Kaukazie (w Gagrach).

Wyniki leczenia sanatoryjnego w zakładach dla zamożnych chorych podług szczegółowych sprawozdań ich kiero-

[2]) Bliższe szczegóły, odnoszące się do zakładów, ich urządzenia, kosztów budowy, wyników leczenia i t. p szczegółów, znajdzie czytelnik w pracach Sekcyi gruźliczej (1901) w sprawozdaniu drów Dłuskiego, Jaruntowskiego i Wrońskiego.

wników są wielce sprzeczne; dane liczbowe dążą do wykazania jak najlepszych wyników na podstawie procentowych tablic. Cyfry te mało przemawiają na korzyść jednego lub drugiego zakładu, gdyż zależą w wysokim stopniu od rodzaju chorych, długości ich pobytu, stopnia zamożności i t. p. Najprawdopodobniejsze cyfry, jeśli ostatecznie o nie chodzi, podane zostały przez dr. Hessego; opierają się one na statystyce zakładu w Falkensteinie z przeciągu 25 lat i liczby 7000 chorych; mianowicie: 14—15% zupełnych wyleczeń, 15% względnych, 30% polepszeń. Wogóle przeciętna z innych zakładów, przedstawiających razem ogromną liczbę kilkunastu tysięcy chorych, wynosi około 50% popraw. W niektórych sanatoryach, jak n. p. u Turbana w Davosie i w Vejle u Saugmana, wyniki są cyfrowo o wiele lepsze; w tych bowiem zakładach znajdowała się przeciętnie znaczna liczba chorych w pierwszym okresie choroby (15% w Vejle[3]), a jednocześnie chorzy przebywali bardzo długą liczbę dni kuracyjnych, co naturalnie zależy od stopnia kultury, stanu zamożności danych społeczeństw i rozumienia doniosłości leczenia pierwotnych okresów choroby. Stąd też rodzi się nadzieja, że w przyszłości zakłady lecznicze dawać będą jeszcze lepsze wyniki. Dziś już w każdym razie na pewno twierdzić można, że wyniki, osiągnięte tą drogą, przewyższają wszystkie inne metody lecznicze, dotychczas stosowane u suchotników.

Wielce pomyślne wyniki leczenia sanatoryjnego dotyczą niestety tylko nieskończenie małej cząstki ogólnej liczby suchotników; sanatoryjne bowiem leczenie dostępne było jedynie bardzo zamożnym chorym, mogącym wydawać przeciętnie 10 do 20 franków dziennie, do tego przez wiele miesięcy z rzędu. Lekarze jednakże mocno uspołecznieni, idąc za przykładem Anglii, w której od wielu dziesiątek lat utworzono specyalne szpitale dla suchotników, nietylko w Londynie, ale i nad morzem, pomyśleli o pomocy odpowiedniej dla niezamożnych chorych; urządzają dla nich specyalne zakłady, naturalnie z mniejszym nakładem pieniężnym, prostej konstrukcyi, realizując jednakże podstawowe zasady leczenia sanatoryjnego przez dostarczenie chorym pomieszczenia w zdrowych wiejskich warunkach przy jednoczesnie dobrem ich odżywianiu. Szeroka agitacya w tym kierunku, pobudzająca ofiarność publiczną, przy pomocy rządu rozwinęła się pięknie, zwłaszcza w ciągu ostatnich lat pięciu w Niemczech, zawdzięczając usilnej pracy Leydena, Dettweilera, Gerhardta, Schrödera, Fraenkela, Ziemssena i wielu innych, którzy powoływali do życia, poczynając od 1894 roku, coraz to nowe sanatorya w różnych okolicach Niemiec. Sprawa przyjęła jeszcze większy rozmiar praktyczny, gdy towarzystwa zyskały opiekę rządową i szeroką subwencyę od Kas, zabezpieczających robotników na starość i na wypadek choroby; poświęcono z tych sum wiele milionów na budowę nowych zakładów, przekonano się bowiem, że połowa chorych robotników fabrycznych zapada na gruźlicę, a leczenie sanatoryjne, poczęte we wczesnym okresie, nietylko wstrzymuje chorobę w rozwoju, lecz i nadal, i to nieraz na długie lata, czyni ich zdolnymi do pracy. Aby dać przykład niezwykłej działalności w tym kierunku w Niemczech, wspomnimy, że podług sprawozdania urzędowego w 1902 roku kosztem Kas zabezpieczenia leczyło się w różnorodnych zakładach około 17.000 suchotników, z których około 78% uzyskało znakomitą poprawę, a z poprawionych 31% jeszcze po upływie 5 lat (1898—1902) zachowało zdrowie i zdolność do pracy[4]). W końcu roku 1904 znajdowało się w Niemczech nie mniej, jak 100 zakładów ludowych, rozporządzających około 6000 miejsc dla suchotników; przebywają zaś oni przeciętnie około 100 dni kuracyi. Pomimo różnorodnych zarzutów, czynionych w ostatnich czasach w samychże Niemczech tym wysoce pożytecznym instytucyom, rozwijają się one stale i coraz szerzej, stanowiąc przepiękny wzór do naśladowania dla innych społeczeństw.

W Anglii już w roku 1899 podług sprawozdania Waltera z liczby 330 domów dla rekonwalescentów, położonych wybornie na świeżem powietrzu, w 150 z nich o 7 tysiącach łóżek znajdują pomieszczenie początkowe okresy suchot; w ostatnich zaś latach zbudowano całe szeregi specyalnych sanatoryów dla biednych.

We Francyi wytworzono przy pomocy t. zw. lig przeciwgruźliczych, opartych przeważnie na dobroczynności publicznej i pewnej podporze państwowej, całe szeregi ludowych sanatoryów nietylko dla dorosłych, lecz i dla dzieci, dotkniętych gruźlicą[5]). Stowarzyszenia przeciwgruźlicze urządzają jednocześnie obok sanatoryów na świeżem powietrzu i ambulatorya (t. zw. *dispensaires pour tuberculeux*) w miastach, udzielające pomocy nietylko lekarskiej, lecz jednocześnie i materyalnej chorym gruźliczym i ich rodzinom (mleko, mięso, węgle, zasiłki pieniężne). Ambulatorya te, zapoczątkowane przez dr. Calmetta w Lille i utworzone we wszystkich większych miastach Francyi i sąsiedniej Belgii, stanowią niezwykle ważny i pożyteczny dodatek leczenia sanatoryjnego.

W Danii i Szwecyi, w których rozwinęła się szybko idea walki z gruźlicą, powstały również w ostatnich latach sanatorya i ambulatorya. W Danii sanatoryum dla biednych suchotników w Borserup pod Kopenhagą stanowić może wzór podobnych instytucyi.

Zakres pracy niniejszej nie pozwala mi się szerzej rozwodzić nad urządzeniami sanatoryów ludowych w innych krajach. Temat ten stanowi dzisiaj przedmiot bardzo obszernej odnośnej literatury. Szczegółom rozwoju walki z gruźlicą i opisom nowych sanatoryów, wynikom leczniczym i t. p. poświęcone są nawet oddzielne wydawnictwa peryodyczne, z których najpoważniejsze wymieniam: „Zeitschrift f. Tuberculose und Heilstättenwesen“, wychodzące od lat kilku w Lipsku, „La lutte antituberculeuse“, miesięcznik, wydawany w Paryżu.

W obrębie Cesarstwa Rosyjskiego od lat kilku powstało kilka sanatoryów dla leczenia biednych suchotników, zbudowanych kosztem państwa, bądź instytucyi dobroczynnych (Halila w Finlandyi, pod Petersburgiem, w Kurlandyi, w Jałcie, na Kaukazie); jednocześnie projektowana jest budowa kilku innych zakładów. Wogóle jednakże ilość tych sanatoryów tak jest małą, że zaledwie mogą one być nazwane zapoczątkowaniem w tym kierunku.

[3]) Patrz bliższe szczegóły w sprawozdaniu mojem o sanatoryach duńskich (Listy z podróży). „Gazeta Lekarska“ 1904.

[4]) Neuere Statistiken über Tuberculose. „Berlin. klinische Wochenschrift“, 1904.

[5]) Szczegóły patrz w interesującej broszurce „Moyens pratiques pour placer un tuberculeux“. Paris 1903.

W Królestwie Polskiem, pomimo usilnych nawoływań lekarzy od lat przeszło dwudziestu [6]) nic pod tym względem nie zrobiono; nie mamy bowiem dotychczas ani jednego sanatoryum ludowego w ścisłem znaczeniu tego wyrazu; nawet budujący się zakład w Rudce dla braku odpowiedniego funduszu przeznaczonym będzie z musu dla chorych mniej zamożnych, mogących pokryć w nim swoje utrzymanie. Jest to objaw bardzo smutny, który da się jednakże wytłómaczyć brakiem samorządu miejscowego, gdyż nawet w najbogatszych społeczeństwach sama dobroczynność prywatna nie jest w stanie zbudować potrzebnej ilości sanatoryów, a tembardziej je utrzymywać; jedynie przy stałej i szerokiej pomocy państwa instytucye te, wysoce humanitarne, mogą powstawać i rozwijać się należycie.

Jak już wyżej wzmiankowałem, w Niemczech powstało w ostatnich latach pewne zniechęcenie do sanatoryów ludowych, oparte na tym niewytrzymującym krytyki poglądzie, że olbrzymich kosztów, jakie łoży państwo i społeczeństwo na nie, nie usprawiedliwiają wyniki lecznicze; bo jakkolwiek ogromny procent chorych opuszcza lecznice ze znakomitą poprawą, to większość wszakże po pewnym mniejszym lub dłuższym przeciągu czasu zapada znowu na pierwotne cierpienie i zmuszoną bywa wstąpić do zakładu. Zarzuty te nie mają najmniejszej podstawy z punktu widzenia lekarskiego; wiemy bowiem doskonale, że w ogromnej większości przypadków wyleczenie suchot bywa tylko względnem; po pewnym czasie następuje odnowienie się sprawy i to tem prędzej, im w gorszych warunkach znajdują się osobniki, z jakich rekrutują się sanatorya ludowe. Przeciwnie zaś, recydywa bywa rzadsza i późniejsza, gdy warunki nadal pozostaną dobrymi. Nie metodę więc leczniczą winić należy, lecz zły i nieodpowiedni ustrój społeczny klas biednych, a z drugiej strony i tę okoliczność, że osobniki przebywają w zakładach stosunkowo niezbyt długo z powodu niedostatecznej naturalnie ilości miejsc, a następnie wracają wprost do swoich ciężkich zajęć. W ostatnich więc latach w Niemczech i Francyi, w których reformy społeczne klas pracujących postępują coraz bardziej naprzód, pomyślano i o uzupełnieniu leczenia sanatoryjnego biednych osobników; w tym celu wytworzono instytucye pośrednie, t. zw. kolonie dla rekonwalescentów, w których mogą czas pewien jeszcze przebywać chorzy po ustąpieniu z zakładów; dalej istnieją kolonie rolnicze, w których byli pacyenci zakładowi zajmują się rolą lub ogrodnictwem przez pewien czas, zanim powrócą do swoich miejskich zajęć. To uzupełnienie leczenia zakładowego z pewnością wpłynie z czasem na to, że wyniki metody sanatoryjnej i dla tej kategoryi suchotników będą o wiele jeszcze lepsze.

Skreśliliśmy powyżej w ogólnym zarysie podstawy leczenia higieniczno dyetetycznego suchot, zaznaczywszy zarazem, że leczenie to najlepiej zastosować się daje w odpowiednich zakładach leczniczych. Rodzi się obecnie kwestya, czy leczenie to, tak proste, nie da się przeprowadzić zewnątrz zakładów leczniczych? Ku pytaniu temu mimowoli skłania nas chociażby i ta okoliczność, że, jak zaznaczyliśmy już wyżej, nawet są chorzy i pewne postacie suchot, dla których leczenie sanatoryjne nie jest zbyt odpowiednie, a nawet nieraz przeciwwskazane Z drugiej zaś strony leczenie w sanatoryach jest zbyt kosztowne, jedynie dostępne dla ludzi zamożnych; sanatoryów zaś ludowych u nas dotychczas niema wcale, a nawet w Niemczech wystarczają one dla bardzo niewielkiego procentu biednych suchotników. Nie ulega wątpliwości, że dla ludzi klasy zamożniejszej leczenie sanatoryjne, szczególniej w pierwszych okresach choroby, jest jedynie wskazane. Suchotnicy z przewlekłą postacią, nie gorączkujący, osoby starsze, osobniki bardzo zdenerwowane mogą leczenie sanatoryjne odbyć w jakiejkolwiek stacyi klimatycznej, zależnie od indywidualnego dla nich wskazania; ludzie zaś mniej zamożni leczenie to mogą odbyć na wsi tak dobrze latem, jak i zimą, o ile naturalnie warunki miejscowości, w których przebywać będą, jako też i pomieszczenie ich i żywienie, będą odpowiadać tym podstawowym zasadom, któreśmy wyżej w rozpatrywaniu każdego z czynników terapii higienicznej szczegółowo omawiali. Na podstawie bardzo obszernego pod tym względem materyału mogę zaznaczyć, że u bardzo wielu chorych, nie mogących się z różnorodnych względów umieścić w sanatoryach, z pobytu na wsi (w Otwocku lub gdzieindziej) widziałem nieraz wyniki, nie ustępujące wynikom po pobycie w zakładach. Naturalnie dla przeprowadzenia tego prostego leczenia na wsi, zwłaszcza zimą, trzeba silnej woli i wytrwałości. Wielokrotnie pomyślny wynik osiągałem w ten sposób, że mniej zamożnym pacyentom zalecałem z początku chociażby tylko kilkotygodniowy pobyt w sanatoryum (n. p. w Zakopanem lub w Otwocku), a następnie wielomiesięczne leczenie odbywali oni na wsi, będąc nietylko wdrożeni i wyrutynowani w sanatoryjnem leczeniu, lecz przedewszystkiem pozbawieni przesądów co do przewietrzania mieszkania, odbywania spacerów w zimną pogodę i t. p.

W miastach, a szczególniej większych, leczenie sanatoryjne jest wprost niemożliwe ze względu na brak świeżego powietrza i na inne niekorzystne warunki życia miejskiego. Wprawdzie wyrutynowani pacyenci zakładowi, stosując się do przepisów higieniczno-dyetetycznych, mogą poniekąd dalej prowadzić tę higieniczną metodę życia, jednakże przy zwykłem ich zajęciu i innych niekorzystnych miejskich warunkach, jest to jedynie półśrodek, podtrzymujący ich zdrowie; winni oni jednakże od czasu do czasu, latem, czy zimą, a szczególniej w czasie pogorszenia się sprawy, opuszczać miasto, aby na prawdziwem świeżem powietrzu odbyć kilkutygodniową lub kilkumiesięczną kuracyę, istotnie sanatoryjną. Tę drogą mogą suchotnicy o przewlekłej postaci sprawy nieraz bardzo długie lata utrzymywać się we względnie dobrym stanie, zajmując się w dużych miastach nieraz bardzo ciężką zawodową pracą (lekarze, nauczyciele, adwokaci i t. p.).

O ile więc suchotnicy średnio zamożni mogą nieraz z korzyścią się leczyć i zewnątrz zakładów, o tyle zupełnie biedni suchotnicy, których ilość przeważa, znajdują się, szczególniej u nas, w najfatalniejszem, wprost graniczącem z rozpaczą położeniu. Większość ich, szczególniej mężczyzn, będąc jednocześnie zmuszeni do ciężkiej wyrobniczej pracy dla wyżywienia swych rodzin, pracuje do ostatka sił, przedstawiając nieraz znaczne zniszczenia tkanki płucnej i mocną gorączkę; wówczas jedynie szuka ostatecznego ratunku,

[6]) Baranowski: Walka z gruźlicą jako zadanie społeczno-narodowe. Kraków 1901. — Dunin: Walka z gruźlicą. — Dobrzycki: Sprawozdanie ze szpitala w Mieni. — Sokołowski: W sprawie leczenia suchot klimatami swoistemi. „Gazeta lekarska“, 1882.

a właściwie mówiąc przytułku w szpitalach miejskich, stanowiąc dla nich prawdziwy ciężar; stanowią oni bowiem w Warszawie ogromny kontyngens chorych, bo niemal piątą część wszystkich chorych, dotkniętych chorobami wewnętrznemi; z liczby 100 suchotników 60 znajduje się w okresach ostatecznych choroby; niemal więc połowa z nich przychodzi do szpitala nie po to, aby się leczyć, lecz aby w nim umierać. Suchotnicy ze zmianami niezbyt daleko posuniętemi do szpitali albo nie przychodzą wcale, gdyż nie mają możności leczenia się, albo dostawszy się do nich, nie znajdują czynników odpowiednich do leczenia ich cierpienia. W teraźniejszych bowiem warunkach większości naszych szpitali suchotnik w poczynających się okresach sprawy nie znajduje w nich odpowiednich dzisiejszym wymaganiom warunków, ani pod względem pomieszczenia, ani pod względem żywienia.

W braku jednakże sanatoryów ludowych należy bezwarunkowo w szpitalnictwie naszem zaprowadzić pewne reformy czasowe, a mianowicie:

1) W szpitalach już istniejących winny być utworzone specyalne oddziały dla suchotników, jakie już przed kilkudziesięciu laty powstały w Londynie; jedynie bowiem w takim oddziale można dokładnie przeprowadzić bez uszczerbku dla innych chorych leczenie powietrzem, zastosować odpowiednie i właściwe odżywianie, a nawet tą drogą izolować innych chorych od możliwego, chociaż wyjątkowo rzadkiego niebezpieczeństwa zarażenia się.

2) Przy podobnych oddziałach należałoby w ogrodzie zbudować odpowiednie werandy, na których przynajmniej w ciągu 5—6 miesięcy mogliby przebywać chorzy stale noc i dzień, a zimą przynajmniej kilka godzin dziennie. Od lat trzech istnieje przy moim oddziale w szpitalu św. Ducha weranda drewniana prostej konstrukcyi. Na werandzie tej chorzy suchotnicy, w różnych, przeważnie w daleko posuniętych okresach choroby, przepędzili już trzy letnie sezony (od kwietnia do listopada) stale w ciągu całej doby, zimą zaś po kilka godzin, leżąc na łóżku i będąc odpowiednio przykryci. Tę kuracyę leżenia, stosowaną w zakładach leczniczych jedynie wśród dnia, nasi chorzy odbywali całą dobę nawet w późnej jesieni w dni, w które często nad ranem temperatura spadała do kilku stopni niżej zera. Doświadczenie dotychczasowe wykazało, że chorzy tego rodzaju znoszą to leczenie wybornie, a wielu z nich w okresach niezbyt daleko posuniętej choroby traciło gorączkę, poprawiało się znacznie w stanie ogólnym i miejscowym; a większość nawet w daleko posuniętych sprawach doświadczała stanowczej ulgi w przykrych podmiotowych objawach, jako to kaszlu, duszności i t. d.[7]).

Naturalnie, że tego rodzaju leczenie w warunkach powietrza miejskiego będzie tylko półśrodkiem; w każdym jednakże razie jest w stanie dać biednym suchotnikom, nie mogącym wyjechać na świeże powietrze, o wiele lepsze warunki, niż obecne szpitale, i możność poprawy, nieraz nawet bardzo znacznej. Dla suchotników biednych, będących w okresach niezbyt daleko posuniętej choroby, zmuszonych pracować, wysoce pożytecznemi się okazały wyżej wymienione ambulatorya gruźlicze, urządzone przez ligi przeciwgruźlicze. W niektórych miastach, jak w Berlinie, Liege, Brukseli, stowarzyszenie pourządzało w sąsiednich miastu lasach odpowiednie werandy, w których latem mogą przebywać suchotnicy chociażby kilka godzin dziennie i gdzie dostają mleko lub inne pożywienie, zależnie od funduszów danego stowarzyszenia. Tylko więc drogą tych różnorodnych kombinacyi powoli w ciągu całych dziesiątków lat nawet w najzamożniejszych społeczeństwach udostępnić będzie można leczenie dla ogółu biednych suchotników w okresach poczynających się sprawy suchotniczej, gdyż dla suchotników w daleko posuniętych okresach choroby najodpowiedniejszym przytułkiem będą szpitale we właściwym, jak wyżej wspomniałem, kierunku zreformowane.

[7]) Patrz szczegóły w pracy mojej: O poprawie losu suchotników, znajdujących się w szpitalach warszawskich. „Zdrowie", Nr. 2, 1903, oraz pracę z mojego oddziału pochodzącą. T. Borzęckiego: Jakie wyniki osiągają suchotnicy z pobytu w szpitalach naszych. „Kronika lekarska" 1902.

III. Z oddziału chorób zakaźnych Doc. Dr. St. Droby w szpitalu św. Łazarza i z instytutu mikrobiologicznego przy katedrze weterynaryi Prof. Dr. J. Nowaka w Krakowie.

O formalinowem odkażaniu przyrządem zwanym „Berolina".

Podał

Dr. Tadeusz Pisarski.

Liczny szereg przyrządów, służących do odkażania mieszkań, został powiększony przez przyrząd nowy, którego plan podali w r. 1903 B. Proskauer i M. Elsner, a wykonała fabryka Lautenschlägera z Berlina. Przyrząd ten wszedł do handlu pod nazwą „Berolina". Główną pobudką do zrobienia tego nowego przyrządu była dla obu powyżej przytoczonych autorów chęć wynalezienia takiego przyrządu, któryby w krótkim czasie — najwyżej w 4 godzinach — dozwalał przeprowadzić skuteczną dezinfekcyę przy użyciu nie większej ilości formaliny od tej, jaka w którymkolwiek ze znanych dotychczas przyrządów była używana. Początkowo chcieli autorowie osiągnąć ten cel przy pomocy powszechnie używanego przyrządu Flüggego, lecz doświadczenie pouczyło, że przy zdwojonej energii palnika przychodzi zazwyczaj do rozlutowania kotła i zepsucia przyrządu; a samo podniesienie ilości formaliny bez zwiększenia źródła ciepła w przyrządzie Flüggego, celem skrócenia czasu dezinfekcyi na $3^1/_2$ godziny nie daje według tych autorów dobrych wyników. Przyrząd, podany przez Proskauera i Elsnera, zbudowany został na tej samej zasadzie, co i przyrząd Flüggego, t. j. że ażeby uniknąć polimeryzacyi i przez to nie udaremnić działania odkażającego formaldehydu, używa się formaliny rozcieńczonej wodą. Sposób jednak, w jaki to rozcieńczenie przychodzi do skutku, jest odrębny, niż w przyrządzie Flüggego. W tym ostatnim rozcieńcza się formalinę wodą i tak rozcieńczoną wlewa się do kotła, gdzie następnie przez ogrzanie wydziela się formaldehyd i razem z wywiązującą się parą wodną wydobywa do przestrzeni, którą się odkaża. W przyrządzie zaś Proskauera i Elsnera istnieją dwa odrębne zbiorniki, osobny dla 40% formaliny, a osobny dla wody, które w postaci dwóch walców na siebie zachodzą. Walec zewnętrzny, służący do pomieszczenia wody, jest u dołu rozszerzony w kocioł, do

którego wlewa się wodę; górna część tego walca jest wolna, ażeby wywiązująca się w kotle para wodna mogła się w niej zbierać. U samej góry, tam gdzie oba walce schodzą się ze sobą i są szczelnie zalutowane, znajduje się otwór w ścianie walca wewnętrznego, od którego prowadzi rurka wężowato zwinięta do dna wewnętrznego walca. Tym otworem i od niego prowadzącą rurką dostaje się para wodna, wywiązana w zewnętrznym walcu, do dna walca wewnętrznego i tu przez otwartą u dołu rurkę uchodzi i dostaje się do formaliny, wypełniającej walec. Bańki pary wodnej, przechodząc przez słup formaliny, ogrzewają go, a następnie pochłaniają wywiązujący się przez to formaldehyd i zbierają się w górnej części wewnętrznego walca, skąd następnie przechodzą do małego zbiornika, leżącego po nad tym walcem, a stąd rurką na zewnątrz. Ponieważ przy tem wydobywaniu się oziębia się para wodna i pewna jej część ulega skropleniu, znajduje się przy ujściu rurki lejek, zbierający zagęszczoną wodę, nie dozwalający na rozlewanie się jej. Tym sposobem zostaje słup formaliny równomiernie ogrzany, z jednej strony przez rozgrzany gorącą wodą i parą walec zewnętrzny, od środka zaś przez gorącą wężownicę, a wreszcie przez przechodzące przez nią gorące bańki pary wodnej. Walce napełnia się przez otwory hermetycznie zamykane. Od dołu obejmuje oba walce żelazna blacha, a ma ona na celu chronić otaczające przedmioty od możliwości zapalenia się i unosić cały przyrząd tak wysoko, ażeby można palnik pod kocioł podsuwać. Palnik spirytusowy zbudowany jest na sposób zwykłych palników, t. j. przedstawia się w postaci zbiornika na spirytus, do którego kilka rurek doprowadza powietrze.

Dla zobojętnienia wywiązanego formaldehydu dołączony jest przyrząd do wywiązywania amoniaku, który w przeciągu 1 godziny spełnia swoje zadanie. Składa on się z trzech części: kociołka na roztwór amoniaku, palnika spirytusowego i rurki, której zadaniem jest przeprowadzać parę amoniaku do pokoju odkażonego. Rurkę tę przeprowadza się przez dziurkę od klucza i wpuszcza się ją do rynienki blaszanej, umocowanej do klamki zapomocą sznurka, która nie dozwala skroplonej wodzie rozlewać się po podłodze. Używa się 25% roztworu amoniaku.

Przyrząd do wywiązywania pary formalinowej zrobiony jest z blachy miedzianej, a tylko wężownica i lejek z mosiądzu; przyrząd zaś do wywiązywania amoniaku z blachy cynkowej.

Kiedy w bieżącym roku została ukończona budowa pawilonu dla chorób zakaźnych przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie, postanowiła Dyrekcya szpitala wyposażyć oddział ten w odpowiednie przyrządy do dezinfekcyi izb i wybrała na ten cel przyrząd systemu Proskauera i Elsnera, jako ostatni wyraz ulepszeń w tym kierunku. W maju b. r. otrzymał oddział dla chorób zakaźnych dwa przyrządy do dezinfekcyi powyższego systemu.

Zachęcony przez prymaryusza oddziału Doc. Dr. St. Drobę, postanowiłem doświadczalnie stwierdzić, czy istotnie powyższe przyrządy posiadają zachwalane przez ich wynalazców zalety, zwracając główną uwagę na to, czy rzeczywiście w tak krótkim czasie (4 godziny) można dokonać skutecznej dezinfekcyi. W tym celu przeprowadziliśmy następujący szereg doświadczeń.

Doświadczenie I. Pokój objętości 148 m³, 2 okna, 1 drzwi, 1 piec, 1 wentylator. Ponieważ tak okna jak i drzwi szczelnie dochodziły, zaniechano ich uszczelniania watą lub wałkami. Nastawiono 2 przyrządy, a każdy z nich zawierał 1500 cm³ 40% formaliny, $2\frac{1}{2}$ litra wody i 750 cm³ denaturowanego wyskoku do palenia. Przyrząd do wywiązywania amoniaku zawierał 2500 cm³ 25% roztworu amoniaku, palnik zaś jego 300 cm³ wyskoku. Zanim przystąpiono do właściwej dezinfekcyi, izba została wyszurowana szczotką, nasamprzód gorącym ługiem, następnie 5% roztworem kwasu karbolowego. To mechaniczne oczyszczenie izby dokonane zostało tylko na wysokości 2 m., wyżej jest ono zbyteczne, tam bowiem tylko osiada lekki pył, łatwo dostępny dla formaldehydu. Do stwierdzenia sprawności przyrządu posłużyły bulionowe hodowle prątka ropy niebieskiej i prątka siennego, których wiek wynosił 36 godzin. Kółeczka jedwabne mokły w tych hodowlach przez 2 godziny, następnie połowa próbek została wysuszona w cieplarce przy 37° C, druga połowa nastawiona na mokro. W ten sposób przygotowane próbki w liczbie 40 sztuk porozstawiano na wyjałowionych w autoklawie płytkach Petriego w różnych wysokościach pokoju i tak: na stole (75 cm.), krześle (45 cm.), łóżku (48 cm.), oknie (100 cm.), piecu (238 cm.), a wreszcie i na podłodze w odległości co najmniej 2 m. od przyrządu. Wreszcie została przeprowadzona przez dziurkę od klucza w drzwiach wchodowych rurka od wywiązywacza amoniaku, poodkrywano płytki z próbkami i zapaliwszy palnik pod oboma przyrządami, zamknięto drzwi. Odkażanie trwało równe 4 godziny. Na korytarzach, a nawet na wolnem powietrzu przed oknami pokoju, w którym się odkażanie odbywało, czuć było silnie woń formaliny, co świadczyło, że tak drzwi jak i okna były tylko pozornie szczelne i że zatykania watą nigdy zaniechać nie należy. Po upływie 4 godzin podpalono palnik pod wywiązywaczem amoniaku, a kiedy po 1 godzinie sam palnik zgasł, otworzono drzwi. W izbie unosiła się gęsta mgła; słaba woń formaliny, pomięszana z lekką wonią amoniaku, pozwalała zupełnie swobodnie przebywać w tym pokoju. Szyby w oknach były pokryte parą wodną, po powale i ścianach spływała skroplona woda, a wszystkie przedmioty, znajdujące się w tej izbie, oraz meble były również wilgotne. Zaraz po wejściu do pokoju zostały płytki z próbkami zamknięte. Każda pojedyncza nitka została następnie należycie wypłukana w trzech porcyach wyjałowionej wody i włożona do probówki z bulionem. Płukanie to miało na celu uwolnienie nitek od śladów formaliny. Z ostatniej porcyi wody szczepiono po 5 uszek w bulionie i wstawiono do cieplarki o ciepłocie 37° C. Nitki okazały się zupełnie jałowe, gdyż po 11 dniach bulion się nie zamącił, podobnie i w bulionach, zasianych wodą, nic nie wyrosło. Ponieważ nasuwała się na myśl wątpliwość, czy przez takie dokładne wstrząsanie nitek jedwabnych we wodzie wyjałowionej i to w trzech probówkach nie zostały przypadkiem wypłukane nie zabite jeszcze dezinfekcyą prątki i czy tej okoliczności nie należy zawdzięczać, że liczba zabitych prób wynosiła 100%, postanowiliśmy przeprowadzić kontrolę. Nitki jedwabne, napojone hodowlą bulionową powyższych prątków, częściowo wysuszone, częściowo zaś mokre, były płukane w trzech porcyach wody, a następnie wkładane do bulionu. I w tem doświadczeniu szczepiono z ostatniej porcyi wody po 5 uszek w bulionie i wstawiano do cieplarki. Na 20 próbek otrzymano ze wszystkich nitek czyste hodowle użytych gatunków po 24 godzinach; a tylko z wody nie wyrósł raz prątek niebieskiej ropy, a cztery razy prątek sienny.

Doświadczenie II. Objętość pokoju wynosi 64 m³, 2 okna, 1 drzwi, 1 wentylator i 1 piec. Do odkażania użyto jednego przyrządu, a zatem: 1500 cm³ 40% formaliny, 2500 cm³ wody i 750 cm² denaturowanego wyskoku. W przyrządzie do wywiązywania amoniaku: 1200 cm³ 25% roztworu amoniaku i 140 cm³ wyskoku. I tutaj właściwe odkażanie poprzedziło mechaniczne oczyszczenie pokoju sposobem powyżej podanym. Szpary we drzwiach i oknach zostały

zatkane watą, silnie ubitą. Tym razem nastawiono nitki napojone bulionową hodowlą prątka siennego. posiadającego zarodniki, prątka ropy niebieskiej i gronkowca. Gronkowiec został świeżo wyhodowany z ropy ropnia gorącego. Nitki przebywały w hodowli przez 2 dni. zaś wiek hodowli wynosił 72 godzin. Razem z wywiązywaniem amoniaku trwało odkażanie 5 godzin. poczem zaraz pokój otworzono. Z próbkami postąpiono jak w poprzedniem doświadczeniu. a po 8 dniach obserwacyi pokazało się, że prątek sienny i prątek ropy niebieskiej zostały zabito w 100%. pomimo, że prątek sienny wytworzył już zarodniki, a tylko gronkowiec na 18 prób 2 razy wyrósł. Że istotnie był to gronkowiec a nie jakieś inne zanieczyszczenie. wykazało przeprowadzenie go przez pożywki: po 3 dniach ścinał mleko, rozpuszczał żelatynę i nie odbarwiał się Gramem.

III. Trzeciego doświadczenia dokonano w pokoju, którego objętość wynosiła 110 m³, posiadającego również 1 drzwi, 1 wentylator i 1 piec. Użyto dwa przyrządy: Do każdego z nich wlano tylko po 1 litrze formaliny 40%. Odkażanie wraz z wywiązywaniem amoniaku trwało 5 godzin. Z nitek, napojonych hodowlą prątka siennego, prątka ropy błękitnej i gronkowca, nic nie wyrosło. Na jednej z płytek obok nitek znalazłem zabitą muchę pokojową; została ona również włożona do probówki z bulionem, lecz okazała się zupełnie jałową.

Na podstawie szeregu doświadczeń czuję się uprawnionym do wysnucia wniosku, że sprowadzone do pawilonu dla chorób zakaźnych 2 przyrządy dezinfekcyjne spełniają swoje zadanie bardzo dobrze. Ogółem biorąc, we wszystkich trzech doświadczeniach razem użyto 66 próbek prątka siennego, tyleż prątka ropy błękitnej i 36 razy gronkowca, razem 168 próbek. Prątek sienny i prątek ropy błękitnej były zawsze zabite w 100%, pomimo, że raz prątek sienny wykazywał zarodniki. Gronkowiec zabijany był w 94·5% Proskauer i Elsner, przeprowadzając doświadczenia z tymże przyrządem, otrzymywali najwyżej 70—80% zabitych hodowli, co jednak należy usprawiedliwić tem, że używali oni do kontroli zawsze i wyłącznie hodowli gronkowca, którego wytrzymałość na działanie środków odkażających, nawet bardzo energicznych, bywa czasem bardzo duża.

Jako szczególną zaletę przyrządu trzeba podnieść krótkość czasu, w jakim dokonuje się odkażanie, a następnie ten szczegół. że pomimo małych usterek, jakie popełnia się czasem z konieczności przy urządzaniu dezinfekcyi, nie cierpi na tem dodatni wynik. I tak n. p. kiedy pierwszy raz przeprowadzaliśmy odkażanie, nie uszczelniono ani okien ani drzwi, gdyż pozornie były one szczelne, a dopiero po zamknięciu pokoju okazało się, że formalina w dużej ilości uchodziła. Pomimo tego wszystkie nitki były jałowe. W trzeciem doświadczeniu wlano do każdego przyrządu tylko po 1000 cm³ formaliny, podczas gdy według odpowiedniej tablicy należało wlać do każdego po 1250 cm³, czyli że o pół litra mniej formaliny zużyto, aniżeli przepis, empirycznie otrzymany, wymaga. I w tym przypadku wszystkie próbki zostały zabite.

Jakichkolwiek uszkodzeń w przedmiotach, poddawanych takiemu odkażaniu, nie zauważyliśmy. Przyrząd jest pod każdym względem dobrze pomyślany, nadzwyczaj poręczny i pewny w użyciu, a co jest niemniej ważnem, daje możność zamieszkania dezinfekcyonowanego pokoju już po 5 godzinach. Za oddanie mi powyższego tematu, jakoteż za udzielanie podczas pracy swoich cennych rad i wskazówek, niech mi wolno będzie złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie Doc. St. Drobie, jakoteż i Prof. Dr. J. Nowakowi za udzielenie materyału do badania bakteryologicznego.

Piśmiennictwo. 1) B. Proskauer u. M. Elsner: Die neue Berliner Wohnungsdesinfektion. 2) W. Hoffmann: Leitfaden der Desinfektion.

IV. Nowy pasek dla leczenia przepuklin pępkowych u dzieci.

Podał

Doc. pryw. **dr. V. Chlumský** w Krakowie.

Przepukliny pępkowe małych dzieci leczymy zazwyczaj skutecznie bez operacyi, przez samo zastosowanie odpowiednich przyrządów tak, że nieudanie się leczenia należy chyba przypisać pewnym trudnościom w dobraniu przyrządu i nieodpowiedniej jego konstrukcyi. Wielka też liczba przyrządów, służących do leczenia tego cierpienia, wskazuje na to, że zbyt często nie odpowiadają swemu celowi, gdyż zazwyczaj źle są dopasowane i nie zapobiegają występowaniu przepukliny. Wśród tych warunków oczywiście zmniejszenie się i zamknięcie przepukliny niezmiernie jest utrudnione.

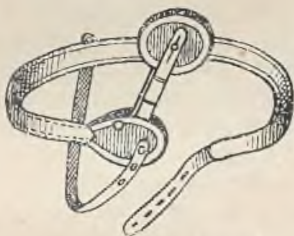
Nic też dziwnego, że wielu lekarzy odrzuca używanie pasków przepuklinowych przy przepuklinach pępkowych, a używa opatrunków z gazy lub przylepca, albo też wcześnie przystępuje do operacyi. Zrobienie paska z gazy jest dosyć trudne. Opaskę z przelepca nie zawsze dzieci dobrze znoszą. W ostatnich latach leczyłem znaczniejszą liczbę przypadków przepukliny pępkowej u dzieci i wypróbowałem wszystkie możliwe środki z rozmaitym wynikiem i muszę przyznać. że opatrunki przylepcowe, a zwłaszcza zrobione z przylepca amerykańskiego, są jeszcze najlepsze: znosi się je łatwo i rzadko tylko wywołują wypryski.

Rodzice jednak zazwyczaj nie życzą sobie tego rodzaju leczenia, gdyż opatrunki te uniemożliwiają kąpanie dziecka, a i zakładanie opatrunku w praktyce, przeważnie u ludzi biednych, jest niełatwe. Większość wogóle o operacyi i słyszeć nie chce, zresztą zupełnie słusznie, gdyż ostatecznie przepukliny te ustępują i bez operacyi i nie narażają dziecka na tak wielkie niebezpieczeństwo, jakie bądź co bądź przedstawia każda operacya.

W praktyce mojej byłem zmuszony znowu używać pasków przepuklinowych. Te jednak, nie wyjmując nawet najlepszych, nigdy dobrze nie przylegają; starałem się więc wynaleźć coś takiego, coby uniemożliwiało obsuwanie się paska; przedewszystkiem szukałem przyczyny złego jego trzymania się i przekonałem się, że spoczywa ona bezwątpienia w tem, że zwykle używane paski dla leczenia przepukliny pępkowej nie mają na ciele stałego punktu oparcia. Kładzie się je poprzecznie przez sam środek brzucha, właśnie tam, gdzie przypada największa warstwa części miękkich, a ta jest ruchoma i nie znosi silnego ucisku okrężnego. Ponieważ więc to miejsce jako punkt oparcia zupełnie się nie nadaje, wobec tego należało wyszukać inne dogodniejsze, a za takie uznano w pierwszym rzędzie miednicę, która często służy za oparcie dla różnych przyrządów i leży najbliżej okolicy pępka. Miednica stanowi główny punkt oparcia dla pasków brzusznych, które stosujemy w leczeniu dużych przepuklin pępka i brzucha i jej użył też Hoffa, jako podstawy dla pasów, sto-

sowanych u dorosłych, cierpiących na przepuklinę pępkową. Jednakże te wyżej wspomniane paski, zresztą znakomite, nie nadają się dla dzieci, gdyż są zanadto skomplikowane i zbyt drogie, a ponadto sporządzenie ich, zwłaszcza w praktyce dziecięcej, jest trudne ze względu na błędy techniczne i niedokładności funkcyonowania.

Musiałem więc próbować czegoś innego i zrazu używałem zwykłych, odpowiednio modelowanych pasków pachwinowych. Te paski, dobrze dopasowane, trzymają się doskonale, są stosunkowo tanie i lekkie do noszenia, a nakładanie i dopasowywanie ich nie jest zbyt trudne. Paski te zaopatrzyłem jeszcze w sprężynę elastyczną, która zapomocą dwóch śrubek łączy się z pelotą przepuklinową i stąd zmierza skośnie nad powłokami brzusznemi do przepukliny pępkowej. Sprężyna ta w paskach przepuklinowych dla małych dzieci mniejwięcej jest tak silną, jak sprężynki stalowe przy gorsetach ortopedycznych; dla dzieci starszych używa się sprężyny odpowiednio mocniejszej. Sprężyna ta w okolicy pępkowej przylega mocno do ściany brzusznej i posiada tu podługowatą szczelinę. W miejscu tem przymocowuje się owalną pelotę, mającą w średnicy 6—8 cm, którą zapomocą śrubki można w otworze przesuwać. Pasek



pachwinowy, bez względu na to, czy przebiega od strony lewej czy prawej, zakłada się jak zwyczajnie i przymocowuje się do paska udowego. Zarazem przykłada się pelota, której położenie i wielkość oznacza się już przy konstrukcyi paska przepuklinowego; pelota leżeć powinna ponad otworem pępkowym i pozostaje nieprzesuwalnie na tem miejscu przez ucisk sprężynki. Pacyent łatwo znosi sprężynkę, ponieważ nie wywiera ucisku, a przy silnem parciu, płaczu, krzyku i t. p. zwalnia nieco; jest jednakże dość silną, aby powstrzymać wystąpienie worka przepuklinowego. Pelota pępkowa jest zupełnie płaska i, jak wspomniałem, owalnego kształtu. Nie wpukla się ona, jak pelota guziczkowa, do otworu pępkowego i można ją ułożyć stosownie do życzenia poprzecznie lub równolegle do osi sprężynki, przez co dopasowanie peloty jest bardzo ułatwione

Całą tę sprawę urządzam tak, że najpierw dopasowuję gotowy pasek pachwinowy, a zarazem ustanawiam położenie i długość sprężynki jakoteż kształt i wielkość peloty, które sporządzam dopiero później. Dolną pelotę, która przy przepuklinie pachwinowej służy do zamknięcia pierścienia pachwinowego, robi się bardziej płaską i szeroką, niż zazwyczaj.

Z pasków tych i z wyników ich stosowania w przepuklinach pępkowych u dzieci rodzice małych pacyentów, zwłaszcza ci, którzy próbowali różnych innych metod leczenia, byli zawsze bardzo zadowoleni, a i wyniki końcowe były jak dotąd zupełnie dobre.

V. Oceny i sprawozdania.

O związkach saponinowych.

Podał

Doc. dr. Ig. Lemberger.

Pod nazwą substancyi saponinowych rozumiemy grupę związków, które ze stanowiska chemicznego zaliczamy do glikozydów. Nazwę swoją wyprowadzają od własności wodnych ich roztworów, które, kłócone, mocno się pienią. Substancye saponinowe spotykamy w różnych częściach roślin, których obecnie znamy przeszło 46 rodzin; rośliny te znajdują zastosowanie w lecznictwie, oraz w przemyśle. Przeważna liczba istot saponinowych należy do ciał koloidalnych; nie krystalizują one i bardzo trudno a to tylko częściowo ulegają dyalizie. Z wodnych roztworów dają się wydzielić solami, podobnie jak ciała białkowate, t. j. dają się wysolić. Strącają z roztworów barwiki. Roztwory wodne pienią się nadzwyczaj silnie i zachowują tę własność jeszcze w rozcieńczeniu 1:10,000; dla tej też własności znajdują te związki zastosowanie do prania, szczególnie barwionych tkanin wełnianych i jedwabnych. Mają one tę przed mydłami zaletę, że zabierają z tkanin sam brud, nie działając przy tem szkodliwie na włókna tkanki, ani też na ich barwy. Z roślin do tych celów używanych należą szczególnie *radix saponariae, r. quillajae, fructus saponis indici sive sapindi, faba entadae scandes*, jak również jeszcze w starożytności używane *herba lanariae* i w nowszych czasach przez Tatarów używane *herba lychnidis chalcedonicae*. Pienienie, wywołane w roztworach substancyi saponinowych, ustępuje za dodaniem wyskoku. Własność pienienia posłużyła także do użycia związków saponinowych do fabrykacyi napojów musujących; władze rządowe, uznając szkodliwość saponinów, zakazały dodawania ich do napojów musujących i wogóle spożywek. Dalszą fizykalną własnością substancyi saponinowych jest zdolność tworzenia zawiesin z tłuszczami, względnie utrzymywanie zawiesin, sztucznie z tłuszczów utworzonych. Zawiesiny z olejkiem rącznikowym lub z tranem rybim, otrzymane fabrycznie, szczególnie pochodzenia angielskiego i amerykańskiego, zawierają najczęściej dodatek substancyi saponinowych, a gdy przed tem używano w tym celu szkodliwą dla ustroju saponinę z korzenia mydlanego (*rad. saponar.*), amerykańskie fabryki, na wniosek Koberta, używają obecnie mało działającą chemelirinę, która się znachodzi w korzeniu rosnącej w Stanach połud. Ameryki rośliny *helonias doica sive chamaelirium luteum*. Podobnie możemy przy pomocy substancyi saponinowych utworzyć zawiesinę z istot smołowych i tłuszczów stałych, n. p. łoju; w ten sposób utworzono z łoju, wyciągu kory chinowej i olejków eterycznych tak często ogłaszany kosmetyk „Javol“. Ważną w końcu własnością substancyi saponinowych jest ich zdolność utrzymywania w zawieszeniu delikatnych proszków, nierozpuszczalnych we wodzie. Własność ta wykorzystaną została przy praniu tkanin, do wyrobu farb malarskich, a w medycynie zawdzięczamy tej własności skuteczność naparu naparstnicy (*infusum fol. digitalis*) Działające pierwiastki naparstnicy są we wodzie albo trudno rozpuszczalne, jak digitalina, lub też nierozpuszczalne, jak digitoksyna; istoty te, szczególnie ta ostatnia, nie znajdowałyby się w naparze liści naparstnicy, gdyby nie substancya saponinowa, znajdująca się również w liściach, t. zw. digitonina, która utrzymuje te istoty działające w zawieszeniu w naparze i umożliwia skutecznie ich podanie choremu w tej postaci.

Substancye saponinowe są z małymi wyjątkami we wodzie rozpuszczalne, szczególnie w obecności małych ilości słabych alkaliów; rozpuszczają się one również na ciepło w wyskoku rozcieńczonym, trudno zaś w zgęszczonym; w eterze, chloroformie, benzolu i dwusiarczku węgla wcale się nie rozpuszczają. Dlatego też w toku wykrywania trucizn roślinnych nie dają się wykłócić z roztworów powyższymi

odczynnikami; wykłócenie udaje się natomiast, jakkolwiek z trudnością, zapomocą alkoholu amylowego lub izobutylowego. Działaniem wodorotlenku barowego związki saponinowe wydzielają się z roczyn6w wodnych w postaci osadów; z osadu tego po wymyciu możemy otrzymać czystą substancyę. Również sole ołowiowe wydzielają istoty saponinowe z roczynów, a własność ta posłużyła Kobertowi do wypracowania metody, służącej do oddzielania związków saponinowych. Do wykrycia substancyi saponinowych możemy użyć zgęszczonego kwasu siarkowego, który, zmieszany z temi substancyami, tworzy po dłuższym czasie, lub prędzej po ogrzaniu, zabarwienie czerwone. Alkoholowy roczyn kwasu siarkowego z dodatkiem kropli roczynu chlorku żelazowego tworzy z istotami saponinowemi zabarwienie zielonawo-niebieskie. Roczyn kwasu selenawego w kwasie siarkowym tworzy z istotami saponinowemi zabarwienie wiśniowo-czerwone (Frieboes). W końcu znamy jeszcze jedno znamienne oddziaływanie związków saponinowych, które szczególnie posłużyć może do wykrycia istot, znachodzących się w korzeniu mydlnika (*radix quillajae*), a mianowicie oddziaływanie, jakie te istoty okazują ze znanym odczynnikiem Nassego t. j. zabarwienie silnie czerwone; odczynnik Nassego jest roczynem octanu rtęciowego, do którego przed użyciem do reakcyi dodajemy kroplę azotynu potasowego. Oddziaływanie to może być użyte do wykrycia ciał saponinowych w środkach spożywczych i leczniczych.

Skład poszczególnych substancyi saponinowych nie jest nam dokładnie znany. Według Flückigera należą niektóre z nich do szeregu o wzorze $C_{10}\,H_{2n-10}\,O_{16}$, lub według Koberta $C_n\,H_{2n-8}\,O_{10}$, w których wartość dla „C“ wynosi 16 do 29. Istoty o wzorze $C_{17}\,H_{26}\,O_{10}$, t. j. saponiny trujące, określił Kobert nazwą sapotoksynów.

Substancye saponinowe doznają wobec rozcieńczonych kwasów mineralnych lub też fermentów rozkładu, przyczem wytwarza się cukier i tak zwana sapogenina, istota nie trująca, we wodzie nierozpuszczalna; nie wszystkie sapogeniny są identyczne, jak to wykazał Hoffman; łączą się z alkaliami na sole, z których niektóre krystalizują.

Substancye saponinowe posiadają również własność, że z roczynów wodnych o pewnem zgęszczeniu dają się strącić roczynem siarkanu amonowego. Własność ta posłużyła Kobertowi do wypracowania metody służącej do oddzielenia poszczególnych ciał od siebie, a szczególnie do oddzielenia kwaśnych saponinów od sapotoksynów, n. p. kwasu kwilajowego od kwilajo-sapotoksyny. Podczas strącania ciał saponinowych siarkanem amonowym stwierdzono również, że wraz z temi ciałami wydzielają się także barwiki naturalne, zawarte w danej części roślinnej — a więc przy zadziałaniu siarkanu amonowego na wyciągi wodne tych roślin. Wobec tego nasunęło się pytanie, czy też w tych warunkach nie strącają się również barwiki sztuczne, dodane do roczynów saponinowych. Badania wykonane w tym kierunku przez Koberta i jego uczniów wykazały, że związki saponinowe posiadają w wysokim stopniu zdolność porywania ze sobą barwików sztucznych i naturalnych, dodanych do roczynów przy strącaniu siarkanem amonowym; wyjątek wśród barwików stanowiła oksyhemoglobina. Nadto wykazali Kobert i Heidenhein, że związki saponinowe posiadają również zdolność przyciągania i wiązania barwików, będących rozpuszczonemi. Badania te przeprowadzono w ten sposób, że pęcherz do dyalizy służący napełniono roczynem ciał saponinowych i zanurzono do roczynu barwika anilinowego. Po upływie 24 godzin wykazano, że w pęcherzu dyalyzacyjnym roczyn saponinowy zabarwił się bardzo intenzywnie, a mianowicie 2 do 10 razy silniej, aniżeli roczyn, poza pęcherzem będący. Kobert przeprowadził również badania nad działaniem enzymów, znajdujących się w ustroju niższych zwierząt, na związki saponinowe. Badania te wykazały, że substancye saponinowe nie ulegają rozkładowi, albo też w małym tylko stopniu i to tylko przy pewnych gatunkach, a mianowicie przy działaniu enzymów z kołosza krzyżaka, pogonika i z poczwarek mrówczych; enzymy tych zwierząt spowodowały rozkład na cukier gronowy. Należy tu nadmienić, iż poprzednio Kobert z Fischerem wykonali badania nad działaniem enzymów zwierząt na glikozydy, przyczem wykazali, że te ostatnie uległy rozkładowi.

Prawie wszystkie związki saponinowe, wprowadzone w obieg krwi, działają trująco, niektóre z nich w wysokim stopniu. Podane wewnętrznie w stanie rozcieńczonym działają mniej szkodliwie, a ustrój znosi je względnie we większej ilości. Zależności między budową związków chemiczną a ich działaniem nie można było dotychczas wykazać. I tak n. p. saponina z dzikiego kasztana lub kwas melantynowy z kminu czarnego, z których pierwsza ma wzór $C_{16}\,H_{24}\,O_{10}$, a druga $C_{29}\,H_{50}\,O_{10}$, działają silnie trująco, gdy kwas gwajakosaponinowy $C_{21}\,H_{34}\,O_{10}$ i obojętna gwajakosaponina $C_{22}\,H_{36}\,O_{10}$ prawie nie działają. Trujące związki saponinowe działają na protoplazmę drażniąco, podane we większych dawkach zabijają protoplazmę. Na błonę śluzową nosa działają w ten sposób, że pobudzają do kichania, powodują obfitą wydzielinę, działając na oko, wywołują łzawienie, zaczerwienienie, bolesność i obrzęk spojówki; w większych dawkach sprowadzają nieżyt spojówki, zapalenie rogówki i jej owrzodzenia, jakoteż bielmo. Działanie tych ciał na oko identyczne jest z działaniem odwaru z paciorkowca modligroszka (*semen jequiriti*) i dlatego też substancye te mogłyby znaleźć zastosowanie terapeutyczne, na co już zwrócił uwagę Kobert w rozprawie ogłoszonej w „Deutsche medic. Wochenschrift“, 1902. Nr. 19—22. Działając na błonę śluzową gardła, powodują już przy piciu roczynów lub płókaniu niemi gardła uczucie drapania, pobudzają do chrząkania, sprowadzają przekrwienie dziąseł i ślinotok. Wchłonięte, pobudzają wydzielniczość gruczołów, bądź bezpośrednio, bądź odruchowo. Na tem działaniu polega zastosowanie substancyi saponinowych do celów leczniczych, jako środków moczopędnych w postaci odwarów z *spergularia rubra*, *herniaria glabra i hirsuta*, jako środków wykrztuśnych w postaci odwarów z *flores verbasci*, *radix senegae*. W końcu miały te związki rozgłos środków przeciwkiłowych, wprawdzie nie swoistych, lecz z powodu swych własności fizyologicznych miały za zadanie wydalać z ustroju jad kiłowy, bądź też przyspieszać wydzielenie użytej do leczenia rtęci, a podawano je w postaci dziś już zaniechanych odwarów z *cortex guajaci*, *radix saponariae*, a szczególnie *radix sarsaparillae*.

W przewodzie jelitowym działają ciała saponinowe pobudzająco na ruch robaczkowy i zwiększają wydzielniczość. Stąd też wymioty i biegunka są objawami ubocznymi, jakie częstokroć powoduje podanie odwaru Senegi. Również na pasorzyty jelit, szczególnie na taśmowce (*cestodes*), nie zaopatrzone w nieprzenikalną błonę, działają związki saponinowe odurzająco lub zabójczo, przez co należy je zaliczyć do środków przeciwczerwiowych i stąd też roślina *albizzia anthelminthica* nosi swe miano.

Wstrzyknięte pod skórę ciała saponinowe powodują ropienie bezprątkowe, połączone z wielką bolesnością, a często ciężkiem zapadem. U żab wstrzyknięcie większych ilości istot saponinowych sprowadza znieczulenie tylnych kończyn i ruchowe porażenie. Tym odczynem fizyologicznym posługiwano się dawniej przy wykrywaniu istot saponinowych. Komórki rzęskowe zastanawiają swą czynność w roczynach saponinowych, również ulegają zmianom odosobnione komórki wątroby, nerek, mózgu i rdzenia.

Odwłókniona krew, rozcieńczona roczynem soli kuchennej w stosunku 1:100, wykazuje pod wpływem substancyi saponinowych odczyn hemolizy bez aglutynacyi i bez tworzenia się methemoglobiny. Hemoliza jest tem wybitniejszą, im dokładniej krew uwolnimy od surowicy. Okoliczność tę tłómaczył Hédon tem, że surowica krwi zawiera substancye ochronne, które utrudniają działanie hemolityczne saponinów, lub też je całkiem znoszą. Słuszność tego tłómaczenia potwierdziły dalsze badania Pohla i Koberta, którzy nadto wykazali, że przez wstrzykiwanie substancyi saponinowych

w małych dawkach jesteśmy do pewnego stopnia w stanie uodpornić ustrój przeciw substancyom saponinowym. Natężenie działania hemolitycznego nie jest dla wszystkich związków saponinowych równomierne; i tak badania Schulza, Tufanowa, Kruskala, Gresshofa, Weila, Frieboesa, Koberta i innych wykazały znaczne bardzo różnice w działaniu hemolitycznem Gdy n. p sarsaponina powoduje hemolizę krwinek czerwonych jeszcze w rozcieńczeniu 1:125000, parillina i cyklamina działają w rozcieńczeniu 1:100000, digitonina 1:80000, jukasaponina, melantyna 1:75000, smilasaponina 1:50000, herniariasaponina 1:40000, smilacyna krystaliczna 1:30000, kąkolowa saponina 1:15000, mydlnikowa saponina 1:10000, chamelirina 1:700, kwas gwajakosaponinowy 1:10, a gwajakosaponina prawie nie działa hemolitycznie. Należy jednak pamiętać o tem, że natężenie działania saponinów na cały ustrój zwierzęcy nie jest proporcyonalne do działania tych substancyi na krwinki same, a to z tego powodu, że ich działanie ogólne zależnem jest także od działania na serce i mózg. W ten sposób tłómaczy się także okoliczność, że po podaniu najmniejszych dawek śmiertelnych związków saponinowych, przy sekcyi nie zawsze napotykamy zmiany we krwi, jakoteż, że często następuje śmierć, — jak po toksynach bakteryjnych — dopiero po 4—6 dniowem wylęganiu. Widocznie działanie niszczące substancyi saponinowych na komórki ośrodkowe mózgu następuje znacznie wolniej, aniżeli na krwinki i przy jeszcze większem rozcieńczeniu.

Wychodząc z wyników doświadczeń, wykonanych nad działaniem hemolitycznem związków saponinowych „in vitro“, należałoby się spodziewać, że stosunkowo małe już dawki, nawet nie śmiertelne, zastrzyknięte do żyły lub podskórnie, spowodować muszą wybitną hemoglobinuryę. Badania w tym kierunku wykazały jednak, że tak nie jest Badania, przeprowadzone z kwasem kwilajowym, melantynowym i saporubinowym, jakoteż ze sapotoksynami z kory mydlnika, korzenia mydlanego, kąkolu i orzechów sapindowych wykazały, że substancye te, wstrzyknięte kotom, psom i królikom, nie spowodowały hemoglobinuryi, a w moczu tych zwierząt nie zdołano wykazać ani hemoglobiny, ani methemoglobiny. Niezgodność wyników „in vivo“ z tymi „in vitro“ otrzymanymi, łatwo sobie jednak wytłómaczyć, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że doświadczenia „in vitro“ wykonane dotyczyły krwi rozcieńczonej, t. j. 1%, a nadto od surowicy możliwie uwolnionej, jakoteż jeżeli przypomnimy spostrzeżenie, jakie pierwszy Kruskal zauważył, a mianowicie, że surowica przeszkadza, względnie znosi hemolityczne działanie substancyi saponinowych na krwinki, z powodu, że zawiera jakieś substancye uodporniające, względnie wiążące saponiny. Tym, poprzednio wymienionym substancyom saponinowym, nie powodującym hemoglobinuryi „in vivo“, należy jednak przeciwstawić inną grupę saponinów, które wstrzyknięte do żyły zwierząt, a szczególnie psom i kotom, w dawkach od śmiertelnych niższych, powodują hemiglobinuryę u tych zwierząt, a w oddanym moczu znaleźć możemy hemoglobinę i methemoglobinę. Do tej grupy należą według badań, wykonanych w instytucie Koberta, cyklamina, paryllina, sarsaponina i smilasaponina, a według ostatnich badań także i monesyna (cortex monesiae) i sapotyna (sem. achras sapotae).

Zachodzi teraz pytanie, jakim czynnikom należy przypisać działanie hemolityczne ciał saponinowych, jak również jakie substancye we krwi przeszkadzają w danych przypadkach działaniu temu, t. j. jakie ciała uodparniają krew. W pracy Koeppego „O hemolizie czerwonych krwinek“ wypowiada autor zdanie, że przyczyną hemolizy krwinek jest zniszczenie osłonki — ścianki napół przenikalnej, otaczającej krwinki; ścianka ta zdaniem jego składa się z substancyi „podobnej do tłuszczu“ lub „zawiera taką substancyę jako część składową“. Ciała, względnie czynniki, niszczące tę ściankę, dzieli na pięć grup, a mianowicie zalicza do nich: 1) wodę, 2) ciepło, 3) jony wodorowe, 4) jony hydrosylowe i 5) ciała tłuszcz rozpuszczające. Kwestyę, do której z tych grup należą ciała saponinowe, jako rozpuszczające krew, objaśnia pośrednio praca Ransoma p. t. „Saponina i jej odtrutka“. Autor wykazał w tej pracy, że saponina wyrobu Mercka przez kilkogodzinne macerowanie w rozczynie cholesteryny (eter.) utraca swoją własność hemolityczną. Na podstawie tego i wielu podobnych doświadczeń twierdzi autor, że działanie antihemolityczne surowicy krwi wobec istot saponinowych tłómaczy się zawartością cholesteryny we krwi. Cholesteryna surowicy krwi odprowadza trucizny saponinowe, gdy cholesteryna krwinek je przyciąga; w razie przewagi pierwszej krwinka zostaje nienaruszoną, w razie braku tejże, a więc braku surowicy, saponiny przechodzą na krwinki, niszczą ich ściankę i powodują hemolizę. Działanie uodparniające cholesteryny zostało również stwierdzone przez Koberta, a w szczególności co do sapotoksyny, a który wykazał, że sapotoksyna wobec cholesteryny nie tylko utraca swe działanie hemolityczne, ale nadto utraca swe własności trujące na serce żab. Wynika z tego, że ciała saponinowe należą zatem do piątej grupy Koeppego, to jest do ciał rozpuszczających tłuszcz, względnie łączących, a nadto, że cholesteryna krwi jest ową substancyą uodporniającą przeciw niektórym saponinom. Badania Ransoma wykazały również, że cholesteryna posiada własności uodparniające nietylko przeciw saponinom, ale także wobec trucizn wężów. Wyniki tych badań potwierdzili także Kyes i Sachs, którzy wykazali uodporniające własności wobec jadu okularnika (Cobra) jakoteż tetanolizyny.

W ten sposób możemy prawdopodobnie wytłómaczyć fakt uodporniania ustroju zwierzęcego przeciw saponinom przez wstrzykiwania podskórne tych ciał w małych dawkach, mianowicie zwiększeniem się ilości cholesteryny w plazmie. Słuszność tego tłómaczenia dotychczas nie została stwierdzona doświadczalnie.

Pozostaje jeszcze do omówienia działanie związków saponinowych na serce, jak również działanie odurzające na ryby

Badania Langendorfa, Strauba, Kakowskiego i Koberta wykazały zgodnie, że związki saponinowe, a w szczególności pochodzące z kory mydlnika (*cort. quillajae*) są silnemi truciznami sercowemi, a mianowicie, że działają wprost na mięsień sercowy bez udziału nerwów Przy użyciu odpowiedniej dawki 5—10 miligramów następuje podobnie, jak po truciznach z grupy naparstnicy, stężenie i porażenie serca w skurczu. Gdy jednak porażenie po truciznach z grupy naparstnicy z początku nie jest zupełne i może być zniesione przez zwiększenie ciśnienia śródsercowego, to po zadziałaniu ciał saponinowych porażenie już więcej nie ustępuje. Nadto różnica w działaniu polega również na tem, że gdy trucizny grupy naparstnicy działają na narząd hamujący serce początkowo podrażniająco, a potem go porażają, to ciała saponinowe na narząd ten zupełnie nie działają. W końcu ważną jeszcze właściwością związków saponinowych jest własność odurzania, jakim ulegają ryby, przebywające we wodzie, zawierającej ciała saponinowe. Własność ta była właściwie znaną już w starożytności i Aristoteles wspomina o używaniu odmiany dziewanny do trucia i łapania ryb. Wogóle znamy około 300 roślin, mających te własności. Nowsze badania, wykonane w stacyi zoologicznej w Neapolu, potwierdziły działanie ciał saponinowych na zwierzęta morskie, a nadto wykazały, że poszczególne rodzaje zwierząt wykazują różnego stopnia wytrzymałość na związki saponinowe. I tak n. p. wykazano, że wyrosłe raki mogły żyć bez szkody dla ich zdrowia we wodzie morskiej, zawierającej kwas kwilajowy lub też sapotoksynę w ilości 1:2000 do 1:1000, podczas gdy w tych warunkach robaki, gwiazdy morskie i ryby ginęły wśród objawów porażennych w ciągu godziny. Badania te wykazują, że wogóle ryby, nawet najwytrzymalsze, jak żarłacze, są bardzo wrażliwe na związki saponinowe, a szczególności na substancye z kory mydlnika. W rozczynie 1:60000 ginęły dorosłe żarłacze w ciągu 7—

godzin, w rozcieńczeniu 1:100,000 do 200,000 w ciągu 10 do 24 godzin. Przy tej sposobności stwierdzono również, że sapotoksyna, gotowana z cholesteryną, utraciła nawet dla najdrażliwszych ryb działanie trujące, względnie odurzające.

Dr. med. Alfred Sokołowski. **Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych.** Tom III. Cz. I. Choroby opłucnej i śródpiersia. Cz. II. Suchoty płucne. Warszawa, 1906, str. XI + 809 + XVII. Wydawnictwo „Gazety lekarskiej".

Przed dwoma laty zdawałem na tem miejscu sprawę z dwóch pierwszych tomów „Wykładów klinicznych" Sokołowskiego, obejmujących choroby tchawicy i oskrzeli, oraz choroby płuc. Obecnie ukazał się tom trzeci, największy, i tym sposobem ogromne dzieło, obejmujące z górą 100 arkuszy druku, doprowadzone zostało do końca.

Tom ten możnaby uważać za najważniejszy, jako iż daje on obszerną (600 stronic) naukę o suchotach płucnych, powtóre zaś — najważniejsze zasługi naukowe autora dotyczą właśnie tej dziedziny. O wartości tomu tego powiedzieć mogę właściwie to samo, co mówiłem o wartości pierwszych dwóch, z tą chyba różnicą, iż zalety pracy Sokołowskiego, jakie podkreśliłem przed dwoma laty, uwydatniają się w części ostatniej jeszcze bardziej, niż w pierwszych dwóch; to zaś, co było nie tyle wadą, ile, że powiem, brakiem pożądanych kroków postępu, jeszcze mniej waży w całokształcie opracowania, niż ważyło poprzednio.

Dotyczy to przedewszystkiem ogólnego układu tomu trzeciego, przy którym autor trzyma się jak poprzednio „kierunku anatomicznego" i np. w opisie czy zapalenia opłucnej, czy form gruźlicy płuc stara się, podobnie zresztą, jak to widujemy u innych współczesnych ftyzyologów (np. A. Fraenkel), postacie kliniczne podprowadzić pod kategorye różniczkowane przez anatomopatologów. Możnaby więc znowu tu i owdzie podyskutować z autorem, o ile tego rodzaju próby wytrzymają ściślejszą krytykę, tembardziej, że i między anatomopatologami istnieją niemałe różnice poglądów co do klasyfikacyi zmian gruźliczych w płucach, możnaby zapytać, czy na odmienność biegu klinicznego suchot nie składają się raczej różnice indywidualności z jednej strony — z drugiej zaś różnice zakażenia (bardziej czyste lub bardziej mieszane), niż różnice wejrzenia zmian swoistych w płucach. Stosownie do tego różnic możnaby oceniać i wartość tych i innych kojarzeń form klinicznych z formami anatomicznemi, jakie znajdujemy w dziele naszego autora; nie przeszkadza to jednakże faktowi, iż z tego pozostanie zawsze cenny szereg opisów samych postaci klinicznych gruźlicy, opisów plastycznych i wyczerpujących, licznie ilustrowanych własną kazuistyką, opisów, dających doskonałe pojęcie o kalejdoskopowym charakterze przebiegu gruźlicy i mogących być wiernym przewodnikiem nieraz dla doświadczonego lekarza. W tym właśnie punkcie praca Sokołowskiego nosi najwięcej cech świeżości i oryginalności i przedstawia najlepsze rękojmie. Przypomnę przecież, iż współczesna klinika gruźlicy płucnej zawdzięcza przedewszystkiem Sokołowskiemu zwrócenie uwagi na liczne i różnorodne odmienności obrazów gruźlicy płucnej od typu poprzednio znanego, np. na postać t. zw. rzekomo anemiczną, rzekomo żołądkową, (skryte postacie suchot płucnych), na różnice wobec tła dnawego i t. d.

Bardzo szczegółowo rozbiera Sokołowski etyologię gruźlicy, oraz sposób rozwoju tej choroby, drogi przedostawania się zarazka gruźliczego do ustroju ludzkiego — kwestya do niedawna tak prosta, a obecnie tak zawikłana i sporna. Jest to jeden z najciekawszych ustępów w tomie trzecim: z materyałów, przedstawionych przez autora, wynika ostatecznie i dla niego samego, że właściwie nie można znaleźć laseczników w otoczeniu chorego, że przypadki bezpośredniego zarażenia się gruźlicą od chorego należą do unikatów, że nawet i te unikaty różnie tłómaczyć sobie można. Mimo to, kiedy chodzi o zapobieganie gruźlicy, autor stoi na punkcie widzenia, iż źródłem „zarażenia się" jest plwocina, która o ile jest w stanie płynnym nie jest szkodliwa, gdyż z ośrodka płynnego lasecznik nie może przedostać się do powietrza, natomiast plwocina wyschnięta pod postacią drobnego pyłu, a z nią i lasecznik z łatwością przy ruchu powietrza przedostaje się do dróg oddechowych człowieka. „Walka z plwociną, odkażanie jej, niszczenie, stanowi poniekąd podstawowy czynnik nie tylko walki z gruźlicą, lecz i jej profilaktyki" podkreśla poprzednio (str. 645) w przeciwstawieniu do Behringa, (który jak wiadomo, uważa mleko za podstawowe źródła zakażenia). Są to oczywiste niekonsekwencye i sprzeczności: trudno jednak robić autorowi z tego specyalny zarzut, jako iż obecnie, niestety, przy zastosowaniu praktycznem naukowych danych co do etyologii gruźlicy, niemal wszyscy, nie wiedząc właściwie, czego się imać, wpadamy ciągle w sprzeczności, że w końcu, jak zawsze, kiedy chodzi o życie i zdrowie ludzkie, musimy uwzględniać wszelkie podejrzenia, nawet najdrobniejsze czynniki, choćby wobec bieżących zapatrywań naukowych przedstawiały się one nieracyonalnymi.

Ciekawe są także dane co do mniejszej chorobowości i śmiertelności w gruźlicy śród żydów, niż śród chrześcijan (str. 294—297). Z kwestyi, którym autor poświęcił natomiast mniej uwagi, niżby należało oczekiwać, możnaby wymienić ustęp o zapaleniu opłucnej przeponowej (*pleuritis diaphragmatica*), jak w swoim czasie referent na podstawie własnych spostrzeżeń rozbierał; choroba ta łatwo może być rozpoznawana, jako napad kamicy żółciowej. Podobnie, kiedy chodzi o kwestyę leczenia gruźlicy klimatem swojskim, szczególnie w sanatoryach „ludowych", autor, zdaniem naszem, za mało uwzględnił szereg nowszych publikacyi krytycznych w tym kierunku, które w dostatecznej mierze wyjaśniają granice sprawności leczniczej i ulotne znaczenie metody sanatoryjnej.

Poza tem, jeśli chodzi o część terapeutyczną w omawianym tomie, prawdziwie podziwiać można doświadczenie naszego autora, który w ciągu ćwierćwiekowej pracy zdołał wypróbować osobiście niemal wszystkie z pośród zalecanych rzekomych specyfików na suchoty i niemal o każdym szczegółowszą ocenę w dziele swem podaje. Ostatecznie żadnemu z nich nie przyznaje Sokołowski rzeczywistego działania leczniczego, chociaż nie przeczy, iż ten i ów posiada pewną wartość w leczeniu gruźlicy, czy to ułatwiając odpluwanie, czy zmniejszając cuchnące własności plwociny, czy wzmagając łaknienie i t. p. Szczególnie dobrze odzywa się autor o olejku żywiczniowym (eukaliptowym, 2—3 razy dziennie w kapsułkach po 5 kropli), samym lub w połączeniu z olejem cynamonowym (1 kropla na 5 kropli olejku żywiczniowego), także o lignosulficie do wziewań (10—20 kropli na 25 gram. wody do przyrządu Siegla): natomiast zarzucił zupełnie kreozot, gwajakol i t. d.

Zresztą istotnem leczeniem suchot jest dla Sokołowskiego, jak dla całej współczesnej medycyny, jedynie leczenie dyetetyczno-hygieniczne: powietrze i odżywianie. Co do ostatniego, zwraca autor uwagę, iż tuczenie gruźliczych powinno mieć swoje granice, że tycie nie zawsze jest identyczne z poprawą zmian w płucach, że doprowadzenie chorego do stanu otyłości może być punktem wyjścia nowych dokuczliwych objawów. Odrzuca niemal zupełnie alkohol z terapii suchot płucnych. Omawiając leczenie klimatyczne, podaje cały szereg nader szczegółowych wskazówek co do wyboru miejscowości i sanatoryum; wskazówki te tem cenniejsze, iż Sokołowski, jeden z pierwszych i długoletnich asystentów twórcy klinicznej terapii suchot płucnych Hermana Brehmera, osobiście dokładnie zna lub zwiedził różne sanatorya i miejscowości klimatyczne — nawet tak oddalone, jak Algier. Wreszcie podane są wyczerpujące wskazówki co do postępowania objawowego przy gruźlicy płucnej.

Tak się w krótkości przedstawia treść omawianego tomu, który, uzupełniając dwa poprzednio wydane, daje na-

szej niebogatej literaturze lekarskiej dzieło niewątpliwie cenne, dzieło, które w historyi medycyny polskiej zająć powinno wydatne stanowisko. Spojrzę nań jeszcze z jednego punktu widzenia. Praca Sokołowskiego skończoną została w chwili, kiedy dla naszej metropolii, zarazem dla umysłowego życia w największym odłamie Rzeczypospolitej zaczyna świtać lepsze jutro, lepsze powietrze, niż istniało przez tyle dziesiątków lat. Poczęta jednakże ta praca i niemal w całości dokonana została w warunkach bezprzykładnie trudnych, w atmosferze z dnia na dzień bardziej dławiącej, w epoce, w której wiele najlepszych zapoczątkowań i usiłowań łatwo przepadać mogło i nieraz przepadało. Mimo to nie ginęła bezwzględnie praca twórcza na polu wiedzy, jak dowodzi oto pojawienie się tak przedniego dzieła, jak praca Sokołowskiego. Jako jeden z wybitnych dowodów niespożytości naszego plemienia i jego dążeń cywilizacyjnych ucieszyć powinno też ono każdego dobrego obywatela, który wierzy, iż największą potęgą społeczeństw współczesnych są postępy w dziedzinie „intelektu“ na polu nauki i sztuki — gromadzenie coraz większych zasobów dóbr umysłowych.

E. Biernacki.

VI. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. H. Lüthje. **O kilku nowszych punktach widzenia w leczeniu cukrzycy.** (*Medizinische Klinik* 1905, Nr. 35). Wszystkie doświadczenia z ostatnich lat doprowadzają do wniosku, że w ostatniej linii przyczyną cukrzycy jest brak jakiegoś jednego lub więcej działań zaczynowych, które drobinę cukru niejako rozluźniają i dopiero wtedy umożliwiają utlenienie. Poszukiwania tedy współczesne głównie skierowane są w kierunku znalezienia zaczynów, powodujących spalanie cukru. Na razie atoli pozostaje leczenie cukrzycy opartem na zasadach higieniczno-dyetetycznych i empirycznych. Zapatrywanie Pflügera, że tłuszcz jest substancyą cukrotwórczą, nie znalazło dotąd uznania i dlatego musimy na razie dalej uważać tłuszcz za ważny czynnik odżywczy w cukrzycy. Co się tyczy białka, to dzisiaj odstąpiono od bezkrytycznego podawania dowolnych jego ilości w cukrzycy. Mering i Noorden zgodnie twierdzą, że nie należy pod żadnym warunkiem podawać więcej, aniżeli 500 grm. gotowanego, względnie 700 gramów surowego mięsa. Należy zaniechać wywoływania zaniku cukru przez głodzenie, jako środka ryzykownego i nieobojętnego dla ustroju. Co do ilości dozwolonych węglowodanów, to ta waha się w granicach ich znoszenia w każdym poszczególnym przypadku. Jakość doprowadzanego do ustroju białka niema znaczenia, a tylko żółtka w większych ilościach nie należy wprowadzać, gdyż ono według badań Lüthjego wskutek wysokiej zawartości lecytyny potęguje w znacznym stopniu tworzenie się i wydzielanie cukru. Spożywanie tłuszczów (masła) nie przyczynia się do acetonuryi i diaceturyi, bo w maśle zawartych jest zaledwie 2 prc. niższych kwasów tłuszczowych, któreby tu wchodziły w rachubę. W ostatnich czasach Noorden i inni polecają gorąco leczenie owsiankami. Polecenia godną jest mieszanina 20 grm. owsianki gniecionej, 20 grm. białka i 30—40 grm. masła. Na czem polega, niewątpliwie zresztą stwierdzona, wyższość mąki owsianej nad pszenną, jest rzeczą dotąd nie wykazaną. Nadto Lüthje zwraca uwagę, że jeśli stwierdzimy stopień zdolności przyswajania dla chleba u danego osobnika, to możemy niejednokrotnie podawać ponadto węglowodany o innej postaci bez wywoływania cukromoczu. Jeśli n. p. przy podawaniu 80 gramów chleba mocz był jeszcze wolny od cukru, a przy 90 gramach pojawiał się cukier, to u tych samych chorych mocz bywał wolnym od cukru, jeśli im podano 80 grm. chleba + 20—40 gramów ziemniaków, albo też 80 gramów chleba + 20 grm. mąki owsianej + 200 cm.[3] mleka. Z metod wykrywania cukru autor poleca metodę Nylandra, równocześnie uskutecznioną z próbą fermentacyjną lub polaryzacyjną. W ostatnich czasach Arnheim stosował lewatywy z roczczynów cukru, przyczem wydzielanie cukru nie ulegało zmianom, a nawet malało. Jakkolwiek doniesienie Arnheima znalazło potwierdzenie w pracach Orłowskiego, Bingla i autora i cukier rzeczywiście został na drodze lewatyw zresorbowany i zużyty, to jednak doświadczenia te jeszcze nie nadają się do zużytkowania w praktyce. Tak samo nie mają jeszcze praktycznego znaczenia wnioski, wynikłe z doświadczeń autora, o korzystnym wpływie wysokiej ciepłoty otoczenia na cukrzycę. Zgodnie z tem twierdzi Klemperer, że leczenie cukrzycy w Karlsbadzie w miesiącach letnich daje znacznie łepsze wyniki, aniżeli w miesiącach zimowych.

Dr. M. Blassberg.

Prof. Minkowski. **Odosobnione porażenie mięśni brzusznych na tle zapalenia nerwów.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 41, 1905). W rozmaitych sprawach chorobowych środkowego układu nerwowego mięśnie brzuszne biorą udział w porażeniach: poprzecznem (*paraplegia*), czy połowiczem (*hemiplegia*); zajęte one również bywają często przy rozsianem zapaleniu nerwów (*neuritis multiplex*); do wyjątków jednak należy, aby mięśnie brzuszne same jedne uległy zupełnie odosobnionemu porażeniu skutkiem zmian zapalnych w odpowiednich nerwach obwodowych (międzyżebrowych dolnych). Dwa własne podobne przypadki opisuje autor. W jednym z nich rozwinęły się zmiany zapalne w odpowiednich obwodowych gałązkach nerwowych na tle cukrzycy i przewlekłego zatrucia alkoholem, w drugim po przebyciu choroby zakaźnej. W pierwszym przypadku rozpoznanie skłaniało się chwilowo, wobec ograniczonego na małej przestrzeni wzdęcia i wypuklenia powłok, — na stronę zwężenia jelit i dopiero zwrócenie uwagi na silniejsze zniecznienie, zanik mięśni i zmiany w pobudliwości elektrycznej jednej połowy powłok brzusznych sprawę całą rozjaśniło. W drugim przypadku interesującem zjawiskiem było wystąpienie półpaśca razem z porażeniem mięśni brzusznych (w odpowiednich nerwach ruchowych znajdować się musiały włókna czuciowe, względnie odżywcze). *Wilczyński.*

Prof. Stiller. **Więź suchotnicza i gruźlicza niestrawność.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 38, 1905). Opadnięcie trzew (choroba Glenarda) zawdzięcza swe powstanie nie jakimś mechanicznym czy urazowym wpływom, lecz wrodzonej, wątłej budowie i usposobieniu całego ustroju, którą Tuffier znakomicie określa jako: *inferiorité physiologique des tissus*. Usposobienie to cechuje się całym szeregiem znamion, jak: smukły kościec, długa, płaska i płytka klatka piersiowa, szerokie przestwory międzyżebrowe, ostry kąt nadpępkowy, wiotkie mięśnie, słabo rozwinięta podściółka tłuszczowa, a nadto wolne, niezrośnięte dziesiąte żebro (*costa decima fluctuans*), które to ostatnie nietylko jest pewnem *stigma atonicum*, ale także — ponieważ wątło zbudowany ustrój stanowi podłoże dla późniejszego rozwoju choroby Glenarda — i *stigma enteroptoticum*. Ponieważ dalej, jak doświadczenie poucza, osobniki z podobną budową ciała (habitus atonicus) okazują zazwyczaj nadmierną wrażliwość układu nerwowego, możemy przeto wolne X żebro oznaczyć również i jako: *stigma neurasthenicum*. Nakoniec ponieważ niestrawność, towarzysząca zazwyczaj chorobie Glenarda, nie zależy od samego anatomicznego opadnięcia trzew, lecz jest przedewszystkiem niestrawnością nerwową (*dyspepsia nervosa Leube*), przeto *costa X fluctuans* należy uznać równocześnie i za *stigma dyspepticum*. Cały zbiór wszystkich powyższych wad anatomicznych uważa autor za jedną wrodzoną chorobę *sui generis* i obejmuje ją nazwą: *asthenia universalis congenita*.

Opisany powyżej *habitus asthenicus*, względnie *enteroptoticus* uderzające ma podobieństwo ze znanym już oddawna *habitus phthisicus* (*s. paralyticus*); autor je nawet wprost utożsamia. U ludzi obciążonych dziedzicznie i usposobionych do gruźlicy spotyka się równie często wolne w różnym stopniu X żebro; budowa suchotnicza (*habitus phthisicus*) nie jest więc wyłącznym przywilejem i atrybutem gruźlicy, stąd też bardzo często dzieje się, że dzieci rodziców nie gruźliczych, tylko astenicznych, budowę ich dziedziczą i na tej podstawie skłonne są do gruźlicy. Budowa asteniczna u dzieci stanowi wspólną podstawę, na której stosownie do warunków zewnętrznych w późniejszym wieku rozwinąć się może z jednej strony choroba Glenarda, niestrawność i neurastenia z drugiej zaś gruźlica, lub też, co nierzadko się zdarza, jedno i drugie u tego samego osobnika. Powyższe fakta rozświetlają nam również niewyjaśnione dotychczas pytanie co do przyczyny i przyrody gruźliczej niestrawności, którą w 70—90 prc. gruźlicy się spotyka; przytaczane dotychczas powody, jako to: zwyrodnienie skrobiowate lub gruźlica żołądka, podrażnienie nerwu błędnego przez powiększone gruczoły oskrzelowe lub śródpiersiowe, ogólna niedokrwistość, nadmierne odżywianie, nie tłómaczą nam wszystkich przypadków gruźliczej niestrawności. Przyczyny jej szukać jedynie należy w astenicznej budowie ciała, która, jak wyżej powiedziano, usposabia zarówno do gruźlicy, jak i nerwowej niestrawności, względnie opadnięcia trzew z całym jego wielopostaciowym obrazem klinicznym (niedowład i niedomoga ruchowa żołądka, zmiany w jego sile wydzielniczej i t. d.).

Wilczyński.

Curschman. **O częściowej myotonii z pozorami nerwicy i porażeń zawodowych.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 37, 1905). Autor opisuje przypadek myotonii, dotyczący 17-letniego szczotkarza, u którego pojawiły się po wysilającej pracy porażenia i zaniki mięśni prostujących przedramię, prostownika sprychowego

nadgarstka i wszystkich mięśni prostujących i odwodzących palca wielkiego ręki prawej, następnie wystąpił niedowład mięśnia odwodzącego i prostującego palec wielki ręki lewej. Niedługo potem pojawiły się kurcze myotoniczne w antagonistach, t. j. mięśniach przeciwstawiających i przywodzących palca wielkiego ręki prawej, następnie ręki lewej, które zajęły także zginacze łokciowe nadgarstka. Badanie tych mięśni dało wynik dla myotonii charakterystyczny, natomiast w mięśniach porażonych nie można było wykazać nawet śladów myotonii, tylko mięśnie języka przy podrażnieniu mechanicznem popadały w skurcz myotoniczny. Autor tłómaczy obraz choroby w ten sposób, iż przypuszcza u chorego ukrytą myotonię, która dopiero ujawniła się w mięśniach palców wielkich po odpadnięciu działania antagonistów wskutek porażenia zawodowego. *Latkowski.*

Elsner. **Błonica śluzowata jelita** (*Colitis muc. s. enteritis membr.*) **i morzysko śluzowe** (= **kolka śluzowa** — *colica mucosa*). (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, Nr. 38). Od 20 przeszło lat, t. j. od chwili, kiedy Leyden pierwszy opisał charakterystyczny zbiór objawów pod nazwą *enteritis membranacea*, istniał w nauce spór co do kwestyi przyrody tego cierpienia. Podczas gdy jedni (głównie Niemcy z Nothnaglem na czele) upatrywali w napadowem bolesnem wydzielaniu odlewów śluzowych przeważnie wpływy nerwowe, to natomiast większa część autorów francuskich kładła nacisk na istnienie anatomicznych zmian zapalnych na błonie śluzowej jelita grubego; pierwsi zaliczali błonicę śluzowatą do nerwic wydzielniczych jelita, drudzy pomieszczali ją wśród spraw zapalnych. Do tego zamięszania zapatrywań przyczyniła się w pierwszym rzędzie okoliczność, iż niektórzy klinicyści, nie troszcząc się wcale o podany przez Leydena szczegółowo pierwowzór chorobowy, rozszerzyli znacznie pojęcie pierwotne i zakres błonicy śluzowatej i każdy przypadek, gdzie tylko w stolcach pojawiał się śluz w większej ilości, jak n. p. przy zaparciu stolca, guzach krwawniczych, nieżycie odbytnicy — mylnie zaliczali już do błonicy śluzowatej. Drugą okolicznością, któraby odrazu mogła całą sprawę rozświetlić i z dziedziny błędnych i mglistych przypuszczeń ściągnąć na tory rzeczywiste, był brak dotychczasowy większej liczby sekcyi w tym kierunku. W obecnej dobie rozróżniamy ściśle dwie postacie wydzielania się śluzu z jelita: zwykłą nieżytową, spotykaną w nieżycie jelita grubego, dla której zatrzymano nazwę *enteritis membranacea* i drugą postać, uważaną dzisiaj powszechnie za nerwicę, dla której Ewald podał nazwę *myxoneurosis intestinalis*, względnie (tam, gdzie oddawaniu odlewów śluzu towarzyszą napady bolów) *colica mucosa*.

Najczęstszą przyczyną pierwszej postaci bywa przewlekłe zaparcie stolca; należy zauważyć, że sztuczną *enteritis membranacea* wytworzyć można częstemi lewatywami ze środków ściągających, zwłaszcza z garbnika; przebiega ona bez przykrzejszych objawów, nie wywołując podmiotowych dolegliwości; wydzielanie się śluzu odbywa się podobnie, jak w zwykłej *colitis simplex*, bez bolu; dopiero wówczas, gdy dosięga ono znacznych rozmiarów, mogą dołączyć się parcia. Ze względu na wspólne zupełnie objawy i niemożliwość ściślejszego odgraniczenia od *colitis simplex*, odzywają się obecnie poważne głosy (Mannaberg, Eichhorst, Schmidt), aby w celu uniknięcia zbytecznego i niepotrzebnego rozgatunkowania wykreślić z nauki nazwę *enteritis membranacea*, a wszystkie te przypadki, które dotychczas się nią obejmowało, zespolić razem pod wspólnem pojęciem *colitis simplex*. Drugą postać (tak jak ją Leyden pierwotnie opisał pod nazwą *enteritis membranacea*, którą później uznano za nerwicę i dlatego zmieniono jej miano na *myxoneurosis intest.*, względnie *colitis mucosa*), spotyka się rzadko, przeważnie u kobiet, cierpiących na przewlekłe kurczowe zaparcie stolca z równoczesnymi kurczami jelitowymi. *Wilczyński.*

Prof. Krönig. **Zatrucie maretyną.** (*Med. Klinik* Nr. 42, 1905). Przed rokiem wprowadzona przez znaną firmę Bayera w Elberfeldzie do handlu maretyna znalazła odrazu szerokie zastosowanie, jako lek zupełnie nieszkodliwy, pozbawiony wrzekomo wszelkich trujących własności, a odpowiadający działaniem swojem antyfebrynie. Liczne spostrzeżenia z klinik i szpitali brzmiały korzystnie, podnosząc zwłaszcza jej znakomite działanie w gośćcu stawowym i w gorączce trawiącej. Spostrzeżenia autora jednak dowodzą, że i na ten lek podobnie, jak na antyfebrynę, trzeba się zapatrywać sceptycznie; spostrzegał on mianowicie nawet po użyciu małych dawek (0·2—0·25, 2×dnia) maretyny pojawianie się u chorych niezwykłej bladości skóry z odcieniem szaro-żółtaczkowym, a szczegółowe badanie w jednym przypadku wykazało daleko sięgające zmiany we krwi: spadek ilości Hgb. do 45 prc., pojawienie się hemoglobinemii, ukazanie się nieprawidłowo wytworzonych krwinek czerwonych (poikilocyty, ciałka barwiące się metachromatycznie, komórki macierzyste krwinek czerwonych [erytroblasty], t. zw. *punktförmige Degeneration* Grawitza). Odpowiednio do tych ciężkich zmian we krwi i mocz wykazywał nieprawidłowości (hidrobilirubina, wałeczki gruboziarniste i hemoglobinowo z kryształkami hematoidyny, pojedyncze wyługowane krwinki czerwone, — jednem słowem objawy hemoglobinuryi z następowemi ostremi zmianami miąższu nerkowego). *Wilczyński.*

Saathoff. **Przyczynek do patologii tętnicy podstawnej mózgu.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 84, 1905). Powodem, że tętnica podstawna mózgu tak często jest siedzibą różnych zmian patologicznych, jest bardzo niekorzystne jej umieszczenie w jamie czaszki i bezpośredni przebieg na kostnej podstawie, — częstokroć pokrytej licznemi wyroślami. Pod naciskiem zbitego mostu Varola ściany jej przy większych wstrząśnieniach całego ciała, upadkach i t. d., ulegają bardzo łatwo zgnieceniu, naciągnięciu, lub też częściowemu rozdarciu, w następstwie czego powstać może łatwo, — zależnie od okoliczności, — skrzep, zapalenie ścian tętniczych, tętniak. Również i zmiany kiłowe nawiedzają dość często tętnicę podstawną, jako miejsce wystawione i narażone na częste urazy, przechodząc następnie na oponę pajęczą w okolicy między szypułkami mózgowemi, a skrzyżowaniem nerwów wzrokowych. *Wilczyński.*

CHIRURGIA. Galliard. **Leczenie ostrego rzeżączkowego zapalenia stawu kolanowego wstrzykiwaniami sublimatu.** (*Bulletins et memoires de la societe médicale des hopitaux de Paris*, 23 marca, 1905). Bezwzględne unieruchomienie uchodziło do niedawna za jedyny sposób leczenia ostrego zapalenia stawu kolanowego na tle rzeżączkowem. W ostatnich latach polecało wielu autorów nacięcie stawu kolanowego przy ropnej zawartości stawu. By tego uniknąć, proponuje autor w tych przypadkach wykonanie nakłucia, po którem przystępuje do wstrzyknięcia sublimatu, względnie wymycia stawu sublimatem. Leczenie to można jednakże stosować zdaniem autora jedynie w zapaleniu stawu kolanowego. Wynikiem tego leczenia jest natychmiastowe ustąpienie bolu, nawet w tych przypadkach, gdzie w niedługim czasie zbiera się z powrotem wysięk; istniejąca gorączka także ustępuje. Unika się w ten sposób długiego unieruchomienia wraz z jego przykremi następstwami, polegającemi na wytworzeniu nie dających się usunąć zrostów. Autor stosuje roczczyn sublimatu 1:4000 i wstrzykuje naraz 20 cm.³ tego roztczynu. Po poprzedniem nakłuciu, względnie aspiracyi wypociny, wstrzykuje się podaną wyżej ilość i tak długo powtarza się to wstrzykiwanie, aż odpływająca treść staje się możliwie rozcieńczoną. Częstokroć potrzebnych jest 5 do 6 wstrzyknięć na jedno posiedzenie. Po opatrzeniu małej ranki, zadanej ukłuciem, owija się kolano watą bez ucisku i kładzie na płaski podkład. Po zupełnem wessaniu wysięku stawowego, co zazwyczaj następuje już po kilku posiedzeniach, należy rozpocząć leczenie miesieniem i ruchami biernymi, które z powodu bardzo znacznych bolów należy robić w znieczuleniu. W dziesięciu przypadkach, podanych przez autora, leczenie trwało od 4 tygodni do 4 miesięcy, lecz ani razu nie powstało zesztywnienie w stawie dotkniętym sprawą chorobową. Ważną jest ta okoliczność, że u wszystkich chorych, u których zapalenie stawu kolanowego nie było na tle rzeżączkowem, ten sposób leczenia był zupełnie bezskutecznym. Samo przez się rozumie się, że niezależnie od tego należy równocześnie leczyć schorzenie cewki moczowej. *B. Żmigród.*

Federmann. **Niedrożność jelit w przebiegu ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Arch. f. klin. Chir.* t. 75, z. 3, 1905). Niedrożność jelit w przebiegu ropnego wyrostka robaczkowego należy do powikłań bardzo przykrych. Autor spostrzegał na oddziale Sonnenburga 6 takich przypadków. Niedrożność zjawiać się może w różnych okresach choroby (na przykład w przypadkach spostrzeganych od 8 dni do 6 tygodni). Powstaje ona przez kurczenie się zrostów ścian ropni, zajmuje głównie jelita cienkie, rzadziej grube. Zrostów takich zwykle jest kilka, bardzo rzadko jeden. Do objawów tego powikłania należą: wymioty mimo dyety ścisłej i płókań żołądka; bolesne kolki, trwające 4—5 dni (potem występuje porażenie jelit). Wzdęcie zwykle jest niewielkie, od czasu do czasu zjawiają się nawet skąpe wiatry i stolec po lewatywie. Gorączki w razie braku ostrego ropienia w początkach niema, podobnie i leukocytozy. Z operacyą zwlekać nie należy, a polega ona na szerokiem otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej w ułożeniu z miednicą podniesioną (by kiszki wolne usunęły się pod przeponę), na przecięciu zrostów i zeszyciu ubytków w błonie surowiczej kiszek. Po operacyi w 4—6 godzin należy podać choremu 1—2 łyżeczek oleju rącznikowego celem uniknięcia nowych zrostów pooperacyjnych. W razie licznych zrostów i trudnych warunków operacyjnych pozostaje jedynie założenie przetoki kiszkowej. Często wśród zrostów spotykamy jeszcze ropnie i trzeba jamę brzuszną tamponować. Wynik operacyi wtedy naturalnie wątpliwy, bo nowe zrosty znowu mogą się wytworzyć jeszcze łatwiej. W celu zapobieżenia tworzeniu się niedrożności powinno się ropnie wczas otwierać, a nie zwlekać z nacięciem w nadziei samoistnego wessania. *Dr. A. Klęsk.*

Seldowitsch. **Zranienia wywołane japońskimi pociskami.** (*Arch. f. klin. Chir.* t. 77, z. I, 1905). Jest to drugie sprawozdanie autora z wojny rosyjsko-japońskiej. (Pierwsze wydał po rosyjsku w *Ruskim Wraczu* Nr. 34, 1904). Zajmuje się w niem autor jedynie ranami postrzałowemi czaszki. Dalsze zranienia umieści w pracy następnej. Wogóle przyznać musi autor, że zranienia, zadane pociskami z karabinów japońskich, dają dobre rokowanie nawet przy ranach mózgu. Spostrzegano w ostatnich czasach 30 zranień czaszki i mózgu, 9 kręgosłupa, 26 klatki piersiowej, 27 jamy brzusznej, reszta (ze 164 przypadków) przypada na zranienia twarzy, jamy ustnej i kończyn. Zranienia granatami i szrapnelami wywołują już o wiele większe spustoszenia tak, że np. amputacye zaczynają niestety należeć znów obecnie do coraz częstszych operacyi wojennych. Na mocy doświadczenia doszedł autor do przekonania, że w zranieniach czaszki i mózgu trzeba bardzo często operować. Autor na 30 przypadków, w 17 wykonał zabieg operacyjny i nigdy tego nie żałował. Mimo braku groźnych objawów i mimo tego, że rana zewnętrzna nie wydawała się wielką, znajdował bardzo wielkie spustoszenie kości i mózgu. Spostrzegał naturalnie i rany proste czaszki, gdzie kula przeszła na wylot przez mózg, robiąc tylko mały otworek, tak np. jeden chory miał wlot i wylot kuli ponad obiema małżowinami usznemi (niemota zupełna); drugi na obu wyrostkach sutkowych. Kula przeszła tu więc symetrycznie przez całą czaszkę. Chorzy ci przychodzili szybko do zdrowia i z objawów pozostawały im tylko niedowłady kończyn (szczególnie górnej) i niemota. Przypadków takich spostrzegał autor 7, wszystkie z zejściem pomyślnem. Z 8 bardzo ciężko ranionych, gdzie ubytki w kości i mózgu były bardzo wielkie, stracił autor po operacyi 3. Autor był zdumiony nieraz wielką tolerancyą mózgu. Postrzał przeszedł np. czaszkę na wylot od kości czołowej do potylicy, zmiażdżył po drodze mózg (rana długości 14 ctm.); chory wyzdrowiał i tylko pozostał mu, jako ślad, niedowład prawej kończyny górnej. *Dr. A. Kłęsk.*

Dönitz. **Technika, działanie i szczegółowe wskazania do znieczulenia lędźwiowego.** (*Arch. f. klin. Chir.*, T. 77, Z. 4, 1905). Doświadczenie autora opiera się na 407 przypadkach, z których w 102 użyto do znieczulenia stowainy, w 7 eukainy (*e. lacticum*), w reszcie zaś kokainy. Obecnie doszedł autor do wniosku, że 80 prc. znieczuleń przebiega bez najmniejszych objawów ubocznych. Ideałem znieczulenia lędźwiowego powinno być: 1) by działało pewnie, bez ubocznych objawów; 2) by wystarczała jak najmniejsza dawka środka znieczulającego; 3) by znieczulenie sięgało jak najwyżej. Zawodzi znieczulenie czasem, i to albo zupełnie, albo połowiczo (połowa ciała zostaje nie znieczuloną). Znieczulenie połowicze powstaje według autora wtedy, gdy nie wbije się igły w linii środkowej, lecz nieco z boku; wydarza się to szczególnie przy znieczulaniu w położeniu leżącem, a połowicze znieczulenie należy sobie tłómaczyć wtedy budową i rozgałęzieniem nerwów końskiego ogona. Przestrzeń środkowa między obu połowami ogona wypełniona jest płynem i w nią igłą wejść należy. W razie jeżeli przestrzeń ta jest wązka (n. p. gdy płynu niewiele), to trafia się do niej trudno i igła wchodzi między nerwy, które łatwo zatykają koniec i znieczulenie wtedy jest połowicze lub niezupełne. Zawsze też znieczulenie jest tem silniejsze, im więcej płynu mózgowo-rdzeniowego znajdziemy. Autor po wstrzyknięciu stowainy wysysa jeszcze raz płyn z kanału, by wszystko ze strzykawki zabrać i pomieszać lepiej roczyn i wstrzykuje potem płyn z powrotem. Igłę zostawić należy w położeniu, w którem płyn wychodzić zaczyna, a nie wsuwać głębiej, można bowiem wtedy znieczulić głównie sferę ruchową, t. j. przednią rdzenia, a nie czuciową. Po wstrzyknięciu używa autor i poleca położenie z głową w dół, polecone przez Kadera. Zanadto głębokie wsunięcie igły znieczula, jak powiedzieliśmy, sferę ruchową, a sięgając wyżej, porazić może czynność oddychania i krążenia. Prócz położenia Kaderowskiego można osiągnąć wysoko idące znieczulenie także przy pomocy wywoływania zastoiny żylnej na głowie i to w trojaki sposób: 1) założenie opaski, wstrzyknięcie i zatrzymanie opaski dalej; 2) założenie opaski, wstrzyknięcie i zdjęcie opaski zaraz potem; 3) wstrzyknięcie i następowe założenie opaski. Zdjęcie opaski po wstrzyknięciu powoduje znieczulenie idące wyżej (szybsze krążenie płynu), pozostawienie opaski wywołuje znów znieczulenie więcej ograniczone, lecz silniejsze. Ruch płynu ma znaczny wpływ na znieczulenie; z tego też powodu po wymiotach znieczulenie podnosi się często nagle do góry. Na isotonię płynu autor zwraca obecnie mało uwagi, poleca tylko wstrzykiwać jak najmniejsze ilości. Używa 4 prc. roczynu i dodaje 0,01 prc. przetworów nadnercza. W ostatnich czasach, idąc za radą Brauna, używa pastylek o składzie: *stovaini* 0,02, *suprarен. boric.* 0.00013, *gum. arab.* q. s. Pastylki te (zwykle 2) rozpuszcza w płynie mózgowo-rdzeniowym. Objawy uboczne występować mogą i po zwykłych nakłuciach bez wstrzykiwania środków znieczulających (Gerhardt 18 prc., Nissl 25 prc.). Bardzo dobrze jest podać chorym przed znieczuleniem silniej działający lek przeczyszczający, a także i potem. Ból głowy zwalcza skutecznie antypiryna, piramidon i trigemina. Stowaina działa krócej od kokainy, za to suprarenina przedłuża znieczulenie. Autor radzi używać roczynów stowainy słabszych i mocniejszych. Gdy płyn mózgowo-rdzeniowy wypływa skąpo, wstrzykuje się tę samą dawkę roczynu słabszego, czyli roczynu (płynu) więcej; gdy płyn tryska, wstrzykuje się roczyn silniejszy. Obawa zakażenia jest mała; autor opłókuje tylko skórę eterem kilkakrotnie. Przy operacyach na międzykroczu po wstrzyknięciu układa się chorego poziomo: w razie operacyi na wyższych częściach ciała — z głową silnie w dół na pewien czas (o ile możności długo). Dawka średnia 0,04 stowainy, najwyżej 0,06. Stosując te zasady, otrzymać można obecnie zawsze silne, pewne i zupełnie bezpieczne dla chorych znieczulenie. *Dr. A. Kłęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. L. Pinkus. **O leczeniu zachowawczem włókniaków macicy.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LIV, Z. 3, 1905). Uznając różne metody zachowawczego leczenia włókniaków macicy, autor w pracy swojej zaznacza, iż wybitnym czynnikiem pomocniczym wśród tych metod jest przyżeganie gorącem powietrzem (atmokausis). Autor przyznaje, iż nie może być mowy o leczeniu włókniaków zapomocą przyżegania gorącem powietrzem, jednakże w wielu przypadkach pociąga one za sobą bardzo zbawienne skutki; o ile bowiem najniebezpieczniejszym objawem przy włókniakach są krwotoki, o tyle każdy sposób jest dobry, który te krwotoki powstrzymuje aż do nadejścia pory przekwitania. Jednym z tych środków jest przyżeganie gorącem powietrzem. Jeżeli w danym przypadku wyczerpie się wszystkie inne sposoby przeciwkrwotokowe, jak tamponadę, sporysz, wstrzykiwanie gelatyny, adrenaliny, wyskrobanie macicy itp. bez widocznych skutków, to wówczas dopiero należy zastosować jeszcze przyżeganie gorącem powietrzem. Krwotoki przy włókniakach są następstwem zmian w błonie śluzowej. W wielu przypadkach odpowiednie leczenie tych zmian powstrzymuje krwotoki. Jednakże skuteczne działanie jest tem wybitniejsze, im więcej pewien środek działa drażniąco na sam mięsień maciczny, zwiększając jego kurczliwość. I dlatego to częstokroć wyskrobanie jamy macicy z następowem leczeniem powstrzymując wprawdzie chwilowo krwotoki, ale rzadko zapobiega późniejszemu powrotowi tego groźnego objawu. Natomiast przyżeganie gorącem powietrzem, działając drażniąco na sam mięsień maciczny, pobudza jego kurczliwość, zapobiegając krwotokom na dłuższy przeciąg czasu. Trzeba jednakże uważać, jak i kiedy środek ten zastosować. I tak ciepłota ma dochodzić najwyżej 120° C.; działanie pary zaś ma być względnie krótkie. Następnie uważać należy na przeciwwskazania, z których najważniejszem jest, by nie stosować tego środka przy włókniakach podśluzowych. Dlatego należy najlepiej po rozszerzeniu szyjki zbadać palcem, czy do jamy macicy nie sterczą nierówności, świadczące o usadowieniu się włókniaków pod błoną śluzową. Wreszcie stosować należy przyżeganie w przerwach między krwotokami. Bezpośrednio przed zabiegiem należy jamę macicy oczyścić z krwi, skrzepów i śluzu. Najlepiej można powstrzymać chwilowe krwawienie przez przestrzyknięcie jamy macicy perhidrolem lub zadziałaniem środka tego przy pomocy sondy Playfaira. Podobny skutek osiąga się także zadziałaniem adrenaliny w roczynie 1: 1000. Przed zabiegiem uważać należy, by nie stosować wlewań (infuzyi) soli kuchennej, gdyż wówczas krzepliwość krwi się zmniejsza. Lepiej zastosować u osób wycieńczonych utratą krwi autotransfuzyę przez ułożenie na równi pochyłej, wówczas bowiem prócz łatwiejszego krążenia poprawia się i sama czynność serca. Następnie nie należy stosować uśpienia chloroformem, gdyż sam zabieg jest o tyle lekki, iż bez znieczulenia, które mogłoby mieć bardzo szkodliwe skutki, obejść się można. Wreszcie w otoczeniu macicy nie mogą być ostre zmiany zapalne. Jeżeli przy zastosowaniu tych wszystkich prawideł przyżeganie gorącem powietrzem pozostanie bez skutku, to wówczas dopiero należy myśleć o leczeniu operacyjnem.

Dr. Gustaw Wierzbicki.

R. Freund. **Ułożenie wysokie miednicy przy znieczuleniu rdzeniowem.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 39). Pierwsze próby ułożenia tego, dokonane przez Trzebickyego w roku 1901 przy użyciu czystej kokainy, wywołały ciężkie objawy zatrucia. Dopiero od czasu kombinacyi środków znieczulających z wyciągami nadnercza stosowano bezkarnie to ułożenie celem rozszerzenia zakresu znieczulenia (Kader, Schwarz i inni). W ostatnich czasach wykonał Veit drogą laparotomii 2 operacye doszczętne raka szyi macicznej w znieczuleniu rdzeniowem z uniesioną miednicą z najlepszym skutkiem. Używał do wstrzyknięcia mieszanki Billona (w 1 cm.^{3} 0·00013 epirenaniny + 0·04 stowainy + 0·0011 chlorku sodu) w ilości odpowiadającej 6—7 cg. stowainy. Powłoki brzuszne

oczyszczano przed wstrzyknięciem i zaraz po niem unoszono lekko miednicę, a z chwilą przystąpienia do operacyi sprowadzano jeszcze więcej pochyłe ułożenie. Znieczulenie następowało po 4—5 minutach, dosięgało sutka i trwało $1\frac{1}{2}$—2 godzin. W 1. przypadku wystąpił krótki i lekki zapad w 10 minut po wstrzyknięciu. Druga chora była tak wycieńczona, że uśpienie przez wdychiwanie przedstawiałoby dla niej samo przez się duże niebezpieczeństwo. W przebiegu pooperacyjnym chore nie doznały następstw znanych, jak bólgłowy, gorączka, wymioty i mogły 14-go względnie 17. dnia opuścić łóżko. W klinice Veita zastosowano ponadto znieczulenie rdzeniowe z uniesioną miednicą przy 5 innych mniej ciężkich laparotomiach, — zawsze z dobrym skutkiem. *B. Wojciechowski.*

J. Rudolph. **Przekrwienie bierne metodą Biera w praktyce ginekologicznej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 39). Przekrwienie to uzyskuje się przez osznurowanie, przez wpływ termiczny, lub działanie ssące. Pierwszy sposób nie może w ginekologii znaleźć zastosowania. Działanie termiczne, ograniczone na część pochwową, otrzymuje R. przez wprowadzenie gorącego powietrza do szczytu pochwy, przyczem przyrząd w kształcie lejka wprowadza się do wnętrza wziernika mlecznego. Ściany lejka ze złych przewodników ciepła zapobiegają rozgrzewaniu się wziernika i pochwy. Ten rodzaj leczenia wskazany jest w miejsce gorących przestrzykiwań, a być może, że mógłby posłużyć do wzniecenia poronienia. Działanie ssące, ograniczone na część pochwową, otrzymuje R. w ten sposób, że zwykły wziernik mleczny zamyka szczelnie korkiem gumowym, przez który przechodzi rurka szklana, połączona z pompką powietrzną. Przy mniejszem rozrzedzeniu powietrza następuje przekrwienie części pochwowej, przy silniejszem zaś wydziela się pewna ilość krwi do wziernika. Ten sposób leczenia jest wskazanym w sprawach zapalnych szyi i trzonu macicy, jakoteż celem upustu krwi, przyczem wystarcza drobniutkie nakłucie. Jest bardzo prawdopodobnem, że metoda ta oddać może usługi przy wywoływaniu poronienia, gdyż chore często odczuwają wyraźne bole maciczne. W przypadku braku miesiączki uzyskał R. dobry wynik. Ponieważ wahania w ciśnieniu działają w ten sposób, że macica się podnosi i obniża, możnaby zatem zbudować przyrząd, któryby zastąpił ręczne mięsienie więzadeł macicy. *B. Wojciechowski.*

H. Hohlweg. **Cztery przypadki pubiotomii.** (*Zentralblatt für Gynaekologie* 1905, Nr. 42). 1) Osoba drugi raz rodząca, licząca 25 lat, kościec krzywiczy. Pierwszy poród odbył się siłami przyrody przed 2 laty, płód żywy, ważył 2000 grm. Miednica jednostajnie ogólnie ścieśniona, *c. diag.* 10·4 cm. W 50 godzin po rozpoczęciu się bolów zagraża pęknięcie macicy; kleszcze bezskuteczne, położenie uszkowe. Pubiotomia z cięcia pionowego przez części miękkie do kości. Rozstęp na 6—7 cm.; ciężkie kleszcze, płód omdlały docucono, ważył 4250 grm. Setony. Wyzdrowienie zupełne i szybkie.

2) Kobieta drugi raz rodząca, licząca 27 lat, kościec krzywiczy. Pierwszy poród przed 2 laty twarzowy, wymóżdżenie płodu nieżywego. Miednica ogólnie ścieśniona, płaska, krzywicza, *c. diag.* 9·4 cm. Teraz przy ujściu na 7 cm. pubiotomia sposobem Döderleina; obrót, wydobycie płodu żywego, 3420 grm., obwód główki 36 cm. Przez 3 miesiące nużyła się szybko noga po stronie operowanej, co potem ustąpiło zupełnie.

3) Pierwiastka, 20 lat licząca, kościec krzywiczy, miednica ogólnie ścieśniona, płaska, *c. diag.* 9·4 cm., kostniak na spojeniu. Po 27 godzinnych bolach główka zstąpiła małym odcinkiem; przedgłowie, brzegi szyi obwisły, odchodzi smółka, tętno 132, ciepłota 37·5. Pubiotomia, jak w przypadku 2. Kleszcze dość ciężkie, nacięcia brzegów szyi. Płód żywy 3660 grm., obwód główki 36 cm. W połogu nieżyt oskrzeli. Szybkie wyleczenie.

4) Pierwiastka, 38 lat licząca. Przedwczesne pęknięcie pęcherza, miednica krzywicza, płaska, *c. diag.* 9·3. Po 48 godzinnych bolach ujście na 5 koron, główka zstąpiła małym odcinkiem, przedgłowie, tony płodu regularne, 136; bole słabe. Pubiotomia, jak w przypadku 2. Rozstęp na 3 cm. Rozszerzenie szyi sposobem Bossiego do 9. Kleszcze dość ciężkie. Po urodzeniu płodu silny krwotok maciczny z przedarcia pochwy w sklepieniu tylnem i międzykrocza. Wydobycie ręczne łożyska lekko cuchnącego, wystrzykanie macicy. Krwotok stanął. Szwy, seton do ranki dolnej. Płód lekko omdlały docucono. Zapalenie otrzewnej, śmierć w 5. dniu połogu. Z łożyska wyhodowano *bact. coli i staphylococcus*, podobnie z wysięku otrzewnego. Zakażenie bez związku z zabiegiem. *B. Wojciechowski.*

K. Reifferscheid. **W sprawie pubiotomii.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 42). 1) Osoba drugi raz rodząca, licząca lat 35, kościec krzywiczy. Pierwszy poród kleszczowy, płód zmarł po $\frac{1}{2}$ g., połóg gorączkowy. Miednica ogólnie ścieśniona, *c. diag.* 9·5. Obecnie przedwczesne pęknięcie pęcherza, po 12-godzinnych silnych bolach ujście zupełnie rozwarte, główka nieustalona, duża, twarda, tętno 140—150. Pubiotomia. Cięcie na 2—3 cm. pionowe, przy guzie łonowym, do kości, małe nacięcie przy dolnym brzegu kości. Kleszcze bezskuteczne, szczelina mało się rozszerza: zatem obrót, wydobycie łatwe, przyczem rozstęp na 2—3 cm. Wygniecenie łożyska z powodu krwotoku. Mocz krwawo zabarwiony, lecz pęcherz cały. Płód ważył 3600 grm.; obwód główki 36 cm. Ciepłota w połogu najwyższa 38·3, nieżyt oskrzeli. Mocz po 3 dniach jasny. Zaraz po zabiegu krwiak w lewej wardze większej, który dosięgnął wielkości pięści. Po wyjęciu setonu z dolnej ranki odpływała obficie wydzielina surowiczo-krwawa, a krwiak stopniowo ustąpił. Zupełne wyzdrowienie.

2) Osoba drugi raz rodząca, licząca lat 28. Przy 1-szym porodzie po 5 dniach nałożono wysokie kleszcze przy gorączce, płód żywy. Miednica ogólnie ścieśniona, *c. diag.* 11·3. Po kilkunastogodzinnych silnych bolach ujście zupełnie rozwarte, główka nieustalona. Pubiotomia, jak w przypadku 1., obrót, wydobycie płodu żywego, ważącego 3600 grm. Rozstęp na 2—3 cm. Wygniecenie łożyska po $\frac{1}{2}$ g. Do 6. dnia gorączka do 38·5. Krwiak w wardze większej wielkości gęsiego jaja. Wyleczenie zupełne.

3) Pierwiastka, 31 lat licząca, miednica ogólnie ścieśniona, płaska, *c. vera* 6·75. Po 36-godzinnych silnych bolach ujście rozwarło się na małą dłoń, główka ruchoma, rodząca wyczerpana, ciepłota 37·8. Pubiotomia, jak wyżej. Kleszcze bezskuteczne, gdyż szczelina nie powiększa się. Założono powtórnie piłeczkę, przecięto więzadła od przodu, potem szczelina na 1 cm., a przy kleszczach na 5—6 cm. Płód żywy 3050 grm., obwód główki 37·5 cm. Przedarcie przedniej ściany pochwy na 3 cm., komunikacya z przepiłowaną kością. Zeszycie pochwy, setony do dolnego kąta rany operacyjnej. Łożysko wygniecione. Ciepłota w połogu raz 38°. Wyleczenie.

4) Kobieta drugi raz rodząca, licząca lat 36, kościec krzywiczy; 1-szy poród kleszczowy, płód zmarł wkrótce. Miednica ogólnie ścieśniona, *c. vera* 7·25 cm. Pęcherz pękł na kilkanaście godzin przed wystąpieniem bolów. Po $1\frac{1}{2}$ doby trwania bolów główka ruchoma, c. 37·3, smółka, t. 120—170. Pubiotomia, jak wyżej, kleszcze, płód ciężko omdlały. Szczelina na 4—5 cm. Po $\frac{1}{2}$ godziny wygniecenie łożyska metodą Credégo. Połóg bezgorączkowy. Wyleczenie.

Na podstawie przypadku 3. radzi R. zasadniczo pozostawiać piłeczkę po przepiłowaniu kości i wyjąć dopiero, gdy brzegi należycie się rozstąpiły, — co też uczynił w przypadku 4. Zdaje się, że również w 1. przypadku kleszcze się nie udawały z powodu nieprzecięcia więzadeł, które zapewne pękły przy główce następującej. Pubiotomia wyprze cięcie cesarskie ze wskazania względnego, gdyż daje się zastosować aż do *c. vera* 6·5. Wymóżdżenie płodu żywego ulegnie ogromnemu ograniczeniu, gdyż operacya jest tak prostą, że każdy lekarz praktyczny może ją wykonać. *B. Wojciechowski.*

R. Koenig. **Przypadek donoszonej ciąży trąbkowo-jajnikowej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr, 42). Kobieta 27-letnia rodziła raz prawidłowo przed 7 laty. W czerwcu nie miała miesiączki, w lipcu przyszła skąpa, do września była prawidłowa; odtąd do kwietnia brak, od maja prawidłowa. Słabe ruchy w styczniu i lutym. Od kwietnia sutki zmniejszają się. Od maja silne bole w brzuchu, osłabienie i wychudzenie. W brzuchu guz wielkości macicy w VIII. miesiącu ciąży, sięga 2 palce nad pępek, miejscami chełboce. Guz schodzi do jamy Douglasa i spycha część pochwową ku przodowi, lecz macica nawet w uśpieniu wyodrębnić się nie daje. Rozpoznano *polycystoma ovarii, status post abortum,* — myśląc jednak i o ciąży zamacicznej. Przy operacyi: macica mała; prawa trąbka, rozciągnięta na guzie, gubi się w jego ścianie; silne zrosty od dołu i tyłu. Przy nakłuciu mało płynu zielonkowego. Po pęknięciu ściany guza widoczna część płodu, który wydobyto (2440 grm., 48 cm.). Oddzielenie łożyska trudne, lecz bez krwotoku. Wydobycie worka, mozolne z powodu silnych zrostów, udało się w całości. Tamponada jamy, dren do pochwy, zeszycie zupełne powłok. Przebieg pooperacyjny pomyślny; 6. dnia wyjęto szwy; po 15 dniach wyleczenie. Badanie preparatu wykazało, że trąbka niezmieniona gubi się w ścianach guza. Na zewnętrznej ścianie guza znaleziono daleko od przyczepu trąbki 2 pęcherzyki Graafa i szczątki zwyrodniałego jajnika. *B. Wojciechowski.*

H. Füth. **O leczeniu śródotrzewnego wysięku krwi po pęknięciach trąbki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 43). Jedni operatorowie (Vogel, Fiatau) nie wydalają wcale do otrzewnej wylanej krwi, pozostawiając ją zupełnemu wessaniu, co na stan ogólny tych chorych ma mieć wpływ korzystny. Inni (Zweifel) uważają to postępowanie za zbyt ryzykowne, nie ufają tak daleco aseptyce i usuwają starannie krew z jamy otrzewnej. Niektórzy wreszcie (Olshausen) usuwają krew, jeżeli stan ogólny pozwala na przedłu-

żenie operacyi, w przeciwnym razie pozostawiają ją. Statystyczne zestawienie ogłoszonych dotąd przypadków nie upoważnia jeszcze z powodu małej liczby do bezwzględnego potępienia któregokolwiek z tych sposobów postępowania: autor jest jednak zwolennikiem zasad Zweifela. Statystyka Flataua ma ten słaby punkt, że przypadki, które zdaniem jego zginęły wskutek niedokrwistości (mimo pozostawienia krwi) uległy prawdopodobnie raczej bardzo ostremu zakażeniu. Sekcya bakteryologiczna byłaby tu niezbędną. Z drugiej strony nie stracił Zweifel, usuwając o ile możności doszczętnie krew, ani jednego przypadku z powodu niedokrwistości. Ponadto uważa Zweifel pozostawienie krwi już z tego powodu za szkodliwe, że produkta rozkładu nawet krwi aseptycznej wywiązują działanie toksyczne. *B. Wojciechowski.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Goldmann. **Lecznicza wartość arhoviny jako środka przeciwwiewiórowego, odkażającego mocz i zapobiegawczego.** (*Monatschr. f. prakt. Dermatol.* 1904, Nr. 39). Arhovina, wytworzona przez instytut chemiczny Dra Horowitza w Berlinie, jest połączeniem difenylaminu z zestryfikowanym kwasem thymylbędźwinowym, a więc dwóch ciał silnie odkażających: nie działa ona trująco, a z ustroju wydzielają się jej produkta z moczem, który bywa wtedy kwaśny i ma własności bakteryobójcze. Dzięki tym własnościom nadaje się lek ten do odkażania moczu. Goldmann używał go w początkowym okresie ostrego wiewióra z bolesnem obrzmieniem błony śluzowej podając naprzód tylko wewnętrznie po 0,25 gr. w perełkach gelatynowych 3—6 razy dnia. Trzeciego dnia znikało parcie na mocz, wydzielina rzedniała, mocz odchodził łatwiej, jeszcze mętny, ale oddziaływał kwaśno. Po tygodniu mijał ostry okres podrażnienia, a wtedy łączył Goldmann leczenie wewnętrzne z miejscowem zapomocą 2—6 pręcików (*bacilli*) arhovinowych na dzień. W przeważnej części przypadków stwierdzano po 5—6 tygodniach zupełne wyleczenie bez powikłań. Nawet w przypadkach podostrych pomimo' późnego rozpoczęcia leczenia, nastawało wyleczenie bez powikłań w 5—8 tygodni.

W wiewiórze przewlekłym podawał Goldmann wewnętrznie perełki arhovinowe obok leczenia miejscowego. W leczeniu zaś miejscowem przekłada G. przetwory arhovinowe, mianowicie olej arhovinowy i pręciki arhovinowe, nad przetwory srebra, a to z tego względu, że olej arhovinowy ma wnikać w najdrobniejsze fałdziki błony śluzowej i działa przez to wgłąb dobrze, a bez bólu; natomiast pod działaniem ściągających wodnych rozczynów innych środków fałdziki te, zdaniem G. właśnie się zaciskają i ukryte w ich głębi dwoinki uchodzą działaniu środka leczniczego.

W wiewiórowem zapaleniu pęcherza osiągał G. pomyślne wyniki, podając arhovinę w perełkach i przestrzegając obok tego zwykłych reguł postępowania; burzliwe objawy wnet mijały, a wyleczenie następowało stosunkowo rychło; w razie potrzeby dodawał G. później przepłukiwania pęcherza ciepłym rozczynem kwasu borowego lub słabymi rozczynami nadmanganianu potasowego. I tu także przeto działa arhovina odkażająco na mocz. Niemniej dobre wyniki uzyskał G. u kobiet, u których miejscowo w cewce używał pręcików, a w pochwie gałek arhovinowych; wobec nieżytów szyjki i macicy stosował G. tampony, napojone 1—2 prc. olejnym rozczynem arhoviny. G. utrzymuje, że wewnętrzne leczenie arhoviną napewno może zapobiedz przerzutom wiewiórowym w stawach i w sercu. W żadnym przypadku nie zauważył G. ubocznego szkodliwego wpływu arhoviny na żołądek, jelita lub nerki, a chorzy zażywali lek chętnie i dobrze znosili. *Hr.*

Julinsberg. **Przyczynek do etyologii mięsaka zakaźnego** (*molluscum contag.*). (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 40, 1905). Jakkolwiek powszechnem jest zapatrywanie, że mięsak zakaźny należy do chorób udzielających się, to jednak zaledwo w kilku przypadkach udało się dotąd stwierdzić możność tegoż zakażenia. Autor do doświadczeń, służących do tegoż celu, użył treści wyciśniętej z kilkunastu brodawek mięczakowych, którą po przesączeniu przez sączek porcelanowy Chamberlanda zaszczepił na ramieniu. Po 50 dniach powstało w miejscach szczepienia kilkadziesiąt typowych brodawek mięczakowych. W ten sposób autor stwierdził nietylko przeszczepialność mięsaka zakaźnego, ale zarazem wykazał, że zarazki jego w pewnych okresach rozwojowych, w których są przenośne, przechodzą przy sączeniu przez sączek porcelanowy. *Stopczański.*

Vörner. **O zastosowaniu stężonego kwasu karbolowego w leczeniu zołzów skórnych** (*Scrofuloderma*) **i czyraków.** (*Münch. med. Wochenschrift* 1905, 42). Działanie stężonego kwasu karbolowego w leczeniu zołzów skórnych polega nie na wywołaniu zapalenia skóry, lecz na sprowadzeniu obumarcia schorzałej tkanki, po oddzieleniu się której, zabliźnianie się ubytków, powstałych wskutek działania kwasu, szybko postępuje. Autor, stosując kwas karbolowy w leczeniu zołzów skórnych, postępował w następujący sposób: Przez osiem dni pędzluje raz dziennie wyskokowym rozczynem krystalicznego kwasu karbolowego ogniska chorobowe, poczem usuwa ostrą łyżeczką obumarłą tkankę i na czystą już ranę zakłada na czas dłuższy opatrunek aseptyczny. W przypadkach, w których gruczoły uległy schorzeniu, przecina nożem skórę i gruczoł i przeciętą powierzchnię gruczołową również pędzluje kwasem karbolowym. Wyniki, jakie autor otrzymał w leczeniu tym sposobem, są bardzo zachęcające, zwłaszcza w przypadkach zołzów, odnawiających się po zabiegach chirurgicznych. Inne nieco jest postępowanie w leczeniu czyraków. Do wyleczenia mniejszych czyraków wystarcza nieraz jednorazowe środkowe zapędzlowanie kwasem karbolowym. Przy większych czyrakach wprowadza V. kwas karbolowy przez otwór przewodu zajętego gruczołu łojowego, poczem bardzo prędko następuje oddzielenie się zropiałego „rdzenia“ czyrakowego. *Stopczański.*

Hirsch. **O leczeniu rzeżączkowego zapalenia stawów sposobem Biera.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 39, 1905). Zachęcony wynikami, które Bier ogłosił w roku 1903 p. t.: „Przekrwienie jako środek leczniczy“ stosował autor ten sposób leczenia w 25 przypadkach rzeżączkowego zapalenia stawów. U dziewięciu chorych zapalenie było jednostawowe, u innych sprawa chorobowa zajmowała kilka stawów, najczęściej staw kolanowy, dłoniowy i skokowy. Do wywołania przekrwienia zapomocą ucisku używano opaski Esmarcha, albo pełny dren kauczukowy. Przy zakładaniu opaski poleca autor każdorazowo wybierać inne miejsce z obawy obrażenia części miękkich. W początku leczenia zakładano opaski dwa razy dziennie na kilka minut, później dłużej na przeciąg jednej godziny. W międzyczasie stosowano zawijania stawów w watę lub okłady zimne i pędzlowanie nastojem jodowym. W wielu przypadkach stwierdził autor znaczne zmniejszanie się bólów w stawach podczas leżenia opaski. Przy tem leczeniu wessanie wysięku stawowego postępuje bardzo szybko i w niektórych przypadkach już po pierwszym tygodniu leczenia można było stosować wykonywanie ruchów biernych; pomimo to jednak przeciętny okres trwania choroby przy tym sposobie leczenia nie okazał się wcale krótszym, aniżeli przy leczeniu innymi dawniejszymi sposobami. Na podstawie swych doświadczeń uważa autor przekrwienie Biera jako prosty i wygodny sposób leczenia rzeżączkowego zapalenia stawów, który przynosi nieraz wielką ulgę w cierpieniach chorego, jednak okresu trwania choroby nie skraca. *Stopczański.*

Mönckeberg. **O związku między kiłą, a miażdżycą aorty.** (*Medizinische Klinik* Nr. 41, 1905). Przed dwudziestu laty opisał Doehle pewien rodzaj miażdżycy aorty, różniącej się tem od zwykłej miażdżycy Virchowa aorty końcowej, że zamiast mniej lub więcej wyniosłych zgrubień na warstwie wewnętrznej (*intima*), jest ona zmienioną na większej przestrzeni w białawą pobruzdowaną tkankę, nadającą jej podobieństwo do jaszczurowatej (*chagrin*) skóry. Charakter tych zmian jest jeszcze wybitnym wskutek tego, że nawet w daleko chorobowo posuniętych przypadkach brak jest zupełny objawów przemiany wstecznej w warstwie śródbłonkowej, jak n. p. stłuszczenia i zwapnienia, a miejsce ich zajmują zmiany łącznotkankowe. Ten rodzaj miażdżycy aorty, jako odrębny, nazwany miażdżycą modzelowatą, pozostaje według wielu autorów w pewnym związku z przebytą kiłą i zalicza się do zmian „parasyfilitycznych“. Autor na podstawie materyału sekcyjnego, składającego się z trzydziestu przypadków miażdżycy aorty, starał się wyjaśnić kwestyę owego związku. W jedenastu przypadkach, w których bądź przy sekcyi zwłok, bądź z wywiadów od rodziny zmarłego, mógł wykazać przebytą kiłę, znalazł miażdżycę Doehlego tętnicy głównej. W dwóch jednak przypadkach przebytej kiły stwierdzić nie mógł; natomiast obok zmian Doehlego w tętnicy głównej stwierdził zmiany na zastawkach i zmiany zapalne na wsierdziu, jakoteż wielką liczbę koków w ścianie tętnicy głównej, wobec tego przyjmuje jako podstawę zmian w tętnicy głównej przejście procesu zakaźnego z zastawek. Zatem, jakkolwiek wykluczyć nie można, że kiła przebyta może dać powód do miażdżycy tętnicy głównej, to jednak w równej mierze trzeba brać na uwagę i inne tło chorobowe. *Stopczański.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Alypina jest nowym lekiem **miejscowo znieczulającym**, a ma postać krystalicznego, w 169° topiącego się, nie przyciągającego wody, jednak w niej bardzo łatwo rozpuszczalnego ciała. Rozczyny oddziaływują zasadowo: celem wyjałowienia można je bez szkody gotować 5—10 minut: dłuższe gotowanie natomiast nie zaleca się. Według Impensa (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 29)

działa alypina nietylko nie słabiej od kokainy, ale nawet znieczula jeszcze w takiem rozcieńczeniu, w jakiem kokaina wcale już nie działa. Zalety alypiny występują szczególnie w okulistyce; ani w czasie, ani po znieczuleniu źrenica nie ulega rozszerzeniu, a akomodacya żadnym zaburzeniom. Alypina jest bez porównania mniej trująca, niż kokaina, i nie wywołuje u zwierząt żadnych objawów zatrucia w takich dawkach, w jakich kokaina już zabójczo działa. Trzeba dopiero dużych dawek alypiny, by wywołać objawy zatrucia, podobno zresztą do objawów zatrucia kokainą. Takie duże dawki zwalniają nieco oddychanie, zwalniają czynność serca. Alypina, zastosowana miejscowo, wywołuje znaczne rozszerzenie naczyń. Na nerki i krew nie mają średnie dawki alypiny żadnego wpływu. Doc. Sicherer (*Ophthalm. Klinik* 1905, 16) zebrał co do alypiny następujące doświadczenia: wprawdzie już jedno lub dwa zakroplenia 0·5 prc. rozczynu znieczulają dość dobrze ludzkie oko, ale w praktyce lepsze są rozczyny silniejsze 1—2 prc. Rozczynem 2 prc. osiąga się po 60—70 sekundach znieczulenie powierzchownych, po paru dalszych sekundach także i głębszych warstw rogówki. Zjawiające się przytem niekiedy lekkie pieczenie nie jest większe, niż po kokainie, przekrwienie zaś, wywołane przez alypinę, bywa niekiedy bardzo małe i znika po 1—2 minutach. Znieczulenie po 2 prc. rozczynie trwa zazwyczaj 10—12 minut. Zresztą potwierdza S. zdanie Impensa, że alypina nie rozszerza źrenicy i nie wpływa na akomodacyę. Alypina dobrze zapobiega bólowi przy użyciu łaseczki ałunowej, przy wyjmowaniu ciał obcych z rogówki, tatuowaniu jej, dyscysyi zaćmy, wycięciu tęczówki i t. p. Seeligsohn (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 35) podaje, że po 4 prc. rozczynie alypiny następuje niekiedy dość przykre pieczenie, a znieczulenie pojawia się po 1—2 minutach i trwa 8—10 minut; przekrwienie spojówki zdarza się często, ale bywa nieznaczne i wnet znika. Znieczulenie następuje także w przypadkach *keratitis eczematosa, iritis i iridocyclitis.* Użyta przy operacyach klinicznych, nie wywoływała alypina ani znaczniejszego krwawienia, ani żadnych objawów zatrucia, ani (częstego po kokainie) zasychania nabłonka rogówkowego. Ponieważ alypina nie wpływa na źrenicę, ani na ciśnienie śródoczne, przeto nadaje się szczególnie do operacyi w toku jaskry. Natomiast przy operacyach zezu, gdzie pożądanem jest zniedokrwienie, wskazanem byłoby użycie alypiny z adrenaliną. Dwukrotnie użył S. 10 prc. zamiast 4 prc. rozczynu alypiny, ale nie zauważył, by ten silniejszy rozczyn zapewniał jakieś korzyści. Prof. Seifert (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 34) użył alypiny w licznym szeregu przypadków w praktyce ryno-laryngologicznej, posługując się do znieczulania błon śluzowych rozczynem 10 prc., który uważa za wystarczający do tego celu. W 25 przypadkach *rhinitis hyperplastica* wystarczyło czterokrotne zapędzlowanie 10 prc. rozczynem, by przyżeganie kwasem chromowym było równie niebolesne, jak po kokainie. Niekiedy tylko potrzeba zapędzlować jeszcze piąty raz; niekiedy znów wystarcza trzykrotne tylko zapędzlowanie. Przypalania galwanokaustyczne są po alypinie nieco bolesne, lecz nie boleśniejsze, niż po kokainie. Wadą alypiny w praktyce rynologicznej jest to, że nie zwęża ona naczyń; gdzie na tem zależy, trzeba przed alypiną raz zapędzlować kokainą. W 40 przypadkach drobniejszych operacyi w nosie (przeważnie wyjęcie rozmaitych polipów, brodawczaków i t. p.) uzyskał S. po 3—4-krotnem założeniu tamponów z 10 prc. rozczynem alypiny znieczulenie takie, jak po kokainie; krwawienie nie było większe, niż po kokainie. Równie dobre wyniki były w 7 przypadkach laryngologicznych. Szczególnie wychwala S. alypinę w gruźlicy krtani, jako lek, zapewniający chorym przynajmniej znośne istnienie. Wreszcie 4 razy użył S. ½ prc. rozczynu do znieczulania nasiękowego sposobem Schleicha. Objawów zatrucia nie było w żadnym przypadku. Stotzer (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 36) zastosował alypinę sposobem Schleicha w szeregu drobnych operacyi chirurgicznych i użył jej 70 razy przy wyrywaniu zębów (5 razy 2½ cm. sz. roczynu 2 prc., 13 razy 5 cm. 1 prc., 15 razy 4 cm. 2 prc.), osiągając zawsze dobre znieczulenie. Krwawienie po operacyach było zawsze małe. Raz nadto użył S. alypiny do znieczulenia lędźwiowego. Jako zaletę alypiny w porównaniu do kokainy przy równem działaniu podnosi S. oprócz stosunkowej nieszkodliwości jeszcze i to, że alypinę można wyjaławiać i że jest tańszą. W zakresie okulistycznym stwierdzono zalety alypiny również w klinice w Giessen (Gebb, *Rozpr. dokt.* 1905). *B.*

Kreozotalu użył Storbeck (*Allg. med. Ct. Ztg.* 1905, 42) w przypadku zapalenia płuc, w którym rozpoznawał zgorzel na zasadzie powiększenia się stłumienia i obfitych, nader cuchnących, zielonawo-szarych plwocin w czwartym dniu choroby. Po podaniu kreozotalu (7.5 na dzień) plwociny przestały cuchnąć, a ilość ich się zmniejszyła; po przerwaniu leczenia stan się zaraz pogorszył, a powtórne leczenie kreozotalem znów było skuteczne. *H.*

Arhoviną zajmował się wspólnie z prof. Mosca, dyrektorem drugiej kliniki chorób skórnych w Neapolu, Maramaldi, profesor farmakologii w tymże uniwersytecie (*Giornale delle scienze mediche* 1905, Nr. 16). Obecnie ogłosił on tylko tymczasowe wyniki swych badań, zapowiadając dalsze dokładne publikacye prof. Mosca. Zgodnie z dawniejszemi spostrzeżeniami okazało się, że arhovina wskutek swego silnego działania bakteryobójczego nadaje się w rozczynie olejnym zarówno do miejscowego leczenia wiowióra, jak i do podawania wewnętrznego, przy którem działa odkażająco na błonę śluzową cewki moczowej i pęcherza i doprowadza do wyleczenia bez powikłań w znacznie krótszym czasie, niż inne leki przeciwwiewiórowe. W Neapolu leczono arhoviną przedewszystkiem wiewióra cewki i zwykły nieżyt pęcherza, ale także nieżyt wiewiórowy pęcherza i upławy białe wskutek nieżytu szyjki macicznej. Do leczenia wiewióra u kobiet nadaje się arhovina szczególnie w wygodnej formie kul i pręcików arhovinowych (*globuli vaginales, bacilli*). Do wstrzykiwań używano zwykle rozczynu oliwnego według przepisu: *Rp. Arhovin 2—3 gr. Ol. Olivar. ad 100,* 2—3 razy dnia po strzykawce. Rozczyn ten wstrzykuje się tak samo, jak wodne rozczyny innych środków, ma on jednak tę zaletę, że nie działa ściągająco na fałdy błony śluzowej i przez to ułatwia działanie leku wgłąb. Do użytku wewnętrznego posługiwano się perełkami gelatynowemi po 0,25 gr., podając 3—6 razy dziennie po 1—2 perełki. *Hr.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 5 lipca 1905 r.

Przewodniczący: kol. prof. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. W. Jaworski przedstawia chorego z *anorexia nervosa sub forma hysterica.* Nr. dz. 272. *L. Sch.*, l. 13, izraelita ze Sanoka. Przed kilku tygodniami miał przechodzić bliżej nieokreśloną chorobę jelit. Poczem dostał uczucia ściągania w brzuchu tak, że zdaje się mu, że „niczego mu na dół nie przepuszcza“; podobnie „ściąga i dusi go w gardle“ tak, że niczego nie może przełknąć, a nawet płyny wypluwa, nie mogąc je rzekomo połknąć. Zresztą wobec słabej inteligencyi i psychicznego rozdrażnienia chorego bliższych szczegółów dowiedzieć się nie można. Chory, przyjęty do kliniki lekarskiej 13 czerwca, ważył tylko 19 kg., a jak fotografia z niego wówczas zdjęta uwidacznia, stan ówczesny chorego nadawał mu postać raczej kościotrupa, niż istoty żyjącej. Podściółki tłuszczowej zupełny brak, kości wszędzie wystają, szczególnie jarzmowe i żebra; na twarzy zupełnie zapadłej maluje się niepokój i przestrach. Wszelkie próby nakłonienia chorego do przyjmowania pokarmów pozostały bezskuteczne; chory wypluwa wetknięte mu w usta pokarmy, resztę chowa pod łóżko, lub wyrzuca przez okno, okazując do nich wstręt (*aversio*). Wprowadzano przeto pokarmy dwa razy dziennie zapomocą zgłębnika, co się uskuteczniało z ogromnym oporem ze strony chorego i ze skargami „że mu przełyk zupełnie zaciska, a z brzucha niczego na dół nie wypuszcza“. Dziś waży chory już 21 kg., po troszę (po kilku wiśni) sam jada i pije z obawy przed zakładaniem zgłębnika. W czasie spostrzegania zauważono, że chory potajemnie wchodzi do spiżarni klinicznej i tam coś zjada, a do słoja oddaje kał, który ukrywa, do czego jednak sam się nie przyznaje.

W czasie przyjęcia nie przedstawiał zboczeń w narządach wewnętrznych. Prześwietlanie X-promieniami daje cienie narządów wewnętrznych bardzo wyraźne, lecz niewykazuje nieprawidłowości. Ciepłota ciała prawidłowa (36·8°). Mocz o c. wł. 1·018, chlorki niezmniejszone. Stolce w kilka dni później oddane prawidłowej zbitości i składu. Krew zawierała 4,700 krwinek białych, a 4,700,000 czerwonych o prawidłowych składnikach morfotycznych; ilość hemoglobiny 83%. Wogóle oznak właściwych wymorzenia pomimo ogromnego wychudnienia — nie było. Przypadek ten zasługuje z tego powodu na uwagę, że przedstawia wstręt do jadła z podkładem histerycznym u chłopca, co się zwykle zdarza przeważnie u dziewcząt.

P. S. Obserwacya kliniczna z dnia 19/VII opiewa: chory waży 27.5 kg., je dobrowolnie, rozmawia rozsądnie, skarży się tylko na nudności, a wobec rodziny, odwiedzającej go w klinice, odpluwa demonstracyjnie podane mu jadło, czego wobec lekarzy i obcych już nie czyni; zresztą zachowuje się normalnie.

W dalszym ciągu przedstawia prof. Jaworski chorego z *morbus coeruleus cum hyperglobulia*. (Przypadek zostanie ogłoszony w osobnym artykule).

III. Kol. dr. Latkowski przedstawia: 1) chorego *M. H.*, lat 14 liczącego, który okazuje bardzo silną żółtaczkę na skórze i na spojówkach; nadzwyczaj wielkie powiększenie śledziony, obok powiększenia wątroby. Rozpoznanie rozjaśniło w tym przypadku nakłucie śledziony. Chory początku choroby nie może określić; to tylko podaje, że od roku ma żółtaczkę i czuje się osłabionym. Dreszczy, gorączki, potów nigdy nie miewał (wedle podania chorego). Podczas pobytu w klinice lekarskiej od 8/V b. r. stan jego był bezgorączkowy, nie doświadczał dreszczów i potów. Badanie chorego wykazuje: wzrost mały, budowę drobną, wątłą, odżywienie nędzne, skóra bardzo silnie żółtaczkowo zabarwiona, spojówki również. Serce nieco powiększone w wymiarze poprzecznym, uderzenie końca serca w IV międzyżebrzu na wewnątrz od linii sutkowej. I-szy ton nad podstawą i nad koniuszkiem serca z podmuchem. Tętnice obwodowe wązkie. Śledziona sięga ku dołowi aż do spojenia łonowego; na prawo na dwa palce przekracza linię środkową ciała, ku górze nie dochodzi na 2 palce do wyrostka mieczykowatego; jest twarda, tkliwa; okazuje liczne wręby. Wątroba sięga 3 palce niżej łuku żebrowego, ma powierzchnię i brzeg nierówny, tępy. W jamie brzusznej i na kończynach dolnych obrzęków niema wcale. Liczba ciałek krwi czerwonych 3,300,000, odsetek hemoglobiny (Gowersem) wynosi 45%. Badanie krwi na plazmodya zimnicze, wykonane kilkadziesiąt razy, dało wynik ujemny; ani plazmodyów, ani strątów nawet nie znaleziono. W moczu bardzo wyraźne barwiki żółciowe, w osadzie nieliczne przybłonki nerkowe i cylindroidy. Białka mocz nie zawiera.

Tak znaczne powiększenie śledziony zdarza się najczęściej w przebiegu zimnicy i białaczki. Badanie krwi wykluczało białaczkę, zimnicy zaś nie potwierdzało. Z innych chorób możnaby myśleć o chorobie Bantiego, lecz chorobę tę wykluczał obraz krwi i powiększenie wątroby bez obrzęku w jamie brzusznej. Dlatego w przypadku tym wykonałem nakłucie próbne śledziony w celu rozpoznawczym. Badanie zaś soku śledziony wykazało obecność licznych plazmodyów zimniczych, które obraz chorobowy zupełnie rozjaśniły. Obecnie łatwo wytłómaczyć żółtaczkę i powiększenie wątroby marskością wątroby przerostową i żółtaczkową, która bywa wedle Kelscha i Kienera najczęstszą postacią marskości wątroby zimniczej, a właściwie marskość ta wedle tych autorów jest odrębną postacią, charakterystyczną dla zimnicy, zbliżoną do postaci marskości przerostowej (Hanota) *Hépatite parenchymateuse nodulaire*. Rozpoznanie więc u chorego opiewa: *Cachexia malarica subsequ. cirrhosi hepatis hypertroph. et tumore lienis*. Chory pod wpływem leczenia chininą czuje się obecnie lepiej i przybył na wadze 1 kg.

2) Chorego *M.*, lat 40 liczącego, z cukrzycą, u którego na kończynach dolnych znajdują się drobne wynaczynienia, jużto żywo czerwono zabarwione, już też odbarwiające się. Wynaczynienia w przebiegu cukrzycy są rzeczą dość rzadką, a opisują je Seufert i Naunyn; częściej na tle wynaczynień przychodzi do miejscowej zgorzeli, czego w naszym przypadku nie było.

Dyskusya: Kol. Stahr zapytuje prof. Jaworskiego odnośnie do przedstawionego przypadku *morbus coerul.*, czy to nie jest t. zw *hyperglobulia cum cyanosi*, — nowa postać chorobowa, opisana po raz pierwszy przez autorów francuskich, zeszłego roku przez Türka, której przyczyną bywa nieraz *tbc. lienis?*

Kol prof. Ciechanowski robi uwagę, że wrodzone wady sercowe dozwalają nieraz żyć dość długo; np. widział przypadki otwartego *for. ovale* u indywiduów przeszło 50-letnich.

Kol. Borzęcki zapytuje kol. Latkowskiego, czy we krwi przedstawionego chorego z zimnicą nie znalazł plasmodyów.

Kol. Gertler: Czy w przypadku przewlekłej zimnicy nie stosowano arsykodylu, co przy równoczesnem stosowaniu promieni Röntgena daje dobre wyniki?

W odpowiedzi kol. Stahrowi wyklucza prof. Jaworski hiperglobulię. Znane są przypadki, gdzie chory z *defect. sept. atr.* żył do 70 roku. W wypadkach zimnicy, w których znaleziono plasmodya, jedynie chininę należy podawać.

Kol. Latkowski: U przedstawionego chorego znaleziono plasmodya tylko w śledzionie, — we krwi ich nie było.

IV. Kol. Spira przedstawia przypadek *atresia congenita* tylnych otworów nosowych. Przed 4 miesiącami zgłosiła się matka z dwutygodniowem dzieckiem, podając, że dziecko od urodzenia nie może spać, nie ssie, źle połyka nie krzyczy, ale bezustannie jęczy i z nosa wydziela się cuchnąca ciecz ropiasta. U dziecka wątłego, źle odżywionego, uderza sine zabarwienie skóry twarzy, utrudnione oddychanie, usta ciągle otwarte. W dolnej części gardła nic nieprawidłowego znaleźć nie można. Podniebienie twarde bardzo głębokie, wysokie; jamy nosowe stosunkowo dość obszerne, wypełnione obfitą masą cuchnącą, posokowatą. Przy przepłókiwaniu nosa wydostaje się wiele tej wydzieliny, ani jedna kropla płynu nie dostaje się jednak do gardła lub ust. Badanie sondą wykazuje, że tylne otwory nosowe są zamknięte, niedrożne nawet dla najcieńszej sondy. O ile z oporu sądzić było można, zamknięcie to nie było kostne, lecz błoniaste lub chrząstne. Sondą udało się przegrodę tę z jednej i drugiej strony przebić. Krzyk dziecka był natychmiast głośniejszy, a krew, wydzielająca się z nosa, zmieszana była z bańkami powietrza, przedostającego się z nagłośni przez nos. Starałem się potem otwór rozszerzać coraz grubszemi sondami. Obecnie dziecko śpi i krzyczy lepiej, aczkolwiek oddech jeszcze nie jest wolny. Zbytecznem jest zwracać uwagę na ważność tego stanu, gdyż wskutek niemożności ssania, krzyczenia i złego oddychania całe odżywienie i rozwój płuc jest w wysokim stopniu upośledzony.

V. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia i objaśnia okazy anatomiczne i preparaty mikroskopowe z następujących przypadków: *a)* Zadzierżgnięcie dolnej pętki jelita biodrowego przez uchyłek Meckela, którego nitka końcowa przyrosła wolnym końcem do krezki. Zadzierżgniętym przez nitkę został także w końcu ten odcinek jelita, od którego odchodził uchyłek (S. 609. 04). *b)* Zadzierżgnięcie dolnej pętli jelita biodrowego przez uchyłek Meckela, którego nitka końcowa utrzymała swój związek z pępkiem. Sam uchyłek uległ przytem skręceniu *(torsio)* około swej osi długiej (S. 141. 05). *c)* Zatkanie jelita biodrowego na 30 ctm. powyżej zastawki Bauhina przez połkniętą w całości cebulę z następowem zapaleniem otrzewnej (S. 1112. 04). *d)* Mięsaka pierwotnego kiszki grubej u 7-letn. dziecka (S 149. 05). *e)* Mnogie pierwotne drobne polipowate guzki rakowe na błonie śluzowej dolnej połowy tchawicy (S. 5. 05). *f)* Ciało obce (guzik metalowy) w przełyku z następową odleżyną i przedarciem przełyku (opisane przez kol. Nowotnego w „Przegl. lekarskim“ 1905). *g)* Pierwotną promienicę ucha środkowego z próchnieniem promieniczem kości skalistej i nast. ropniem promieniczym móżdżku (S. 533. 05). *h)* T. zw. *aneurysma varicosum* w obrębie prawego przymacicza. Przypadek ten, ze względu na swą rzadkość bardzo zajmujący, został za życia trafnie rozpoznany przez kol. Dziewońskiego (w Kętach), którego imieniem przedstawia C. historyę choroby (S. 274. 05). *i)* Torbiel krezki, wyciętą przez kol. Frommera, a mającą cechy t. zw. *enterokystoma*.

Dyskusya: Kol. Frommer: Chory, u którego wycięto torbiel krezki, zgłosił się na oddział, skarżąc się, że od 7 dni nie oddaje stolca i wiatrów. Stan obecny przedstawia chorego źle odżywionego, z tętnem szybkiem, językiem suchym, twarzą zapadłą. Narządy wewnętrzne bez zmian. Brzuch wzdęty, stłumienie wątroby zniesione; po stronie prawej większy opór, przy dotknięciu bolesny. Ze względu na zły stan chorego radzono operacyę, na którą matka po kilku godzinach się zgodziła. W uśpieniu eterowem otwarł kol. F. jamę brzuszną w linii białej. Jelita cienkie wzdęte, otrzewna ścienna i jelitowa w stanie zapalnym. Szukając zapadłego jelita wydobyłem na wierzch zlepiony kłąb jelit, przyczem część jedna pękła, wydzielając ciecz ropiastą, podobną do kału. Przy bliższem oglądaniu można było rozróżnić, że częścią pękniętą był worek, dający się dokładnie wyłuszczyć z pomiędzy blaszek krezki okrężnicowej. W niedalekiem sąsiedztwie znajdował się workowaty, cienki uchyłek, który łączył przeciwległe części dwóch jelit. Uchyłek ten o ścianach obumarłych powodował zamknięcie się ścian jelita. Uchyłek ten, oraz wspomniany torbiel wyciąłem, kikut uchyłka wgłobiłem, poczem drożność jelita była przywrócona. Jamę otrzewną wypłukałem roztworem kwasu borowego i ranę zaszyłem. Obecnie chory ma się zupełnie dobrze.

VI. Kol. Krzyształowicz i Siedlecki przedstawiają i omawiają przypadki, w których stwierdzili *spirochaete pallida Schaudinn.* (Rzecz przeznaczona do druku).

VII. Zapowiedziany odczyt kol. Rutkowskiego odpadł z powodu wyjazdu prelegenta.

W zastępstwie sekretarza: *Dr. Merz.*

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 kwietnia 1905 r.

Przewodniczący kol. Kwiatkiewicz, obecnych członków 12, gość 1.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

II. Kol. Czyżewicz *(jun.)* przedstawia przypadek zaśniadu groniastego, jaki wydarzył się w c. k. Szkole położnych. Pacyentkę przyjęto 4 lutego 1905 r., jako ciężarną po raz dziesiąty, rzekomo w trzecim miesiącu ciąży. Zgłosiła się z powodu krwawień, trwających od połowy stycznia. Badanie wykazało powiększoną macicę, sięgającą do wysokości pępka, miękką, niebolesną, w której części płodu ani tętna nie można było odszukać. W ciągu miesiąca macica ta powiększała się szybko tak, że w połowie marca dno jej sięgało do wyrostka mieczykowatego. I teraz jednak nie można było odszukać płodu. Przez cały powyższy czas chora krwawiła ciągle, choć w nieznacznym stopniu, a stąd powoli wytwarzała się ogo na niedokrewność. Wreszcie 23 marca wystąpiła czynność porodowa, a z nią razem silny krwotok. Dopiero teraz można było wprowadzić palec przez ujście i wydostać jedno gronko, które upewniło przypuszczalne dotąd rozpoznanie. Wprowadzono kolpeurynter do pochwy, a po rozszerzeniu się ujścia do wielkości guldena wydobyto ręcznie łyżeczką i zabiegiem Credégo zaśniad groniasty. Upływ krwi był bardzo znaczny, stan jednak polepszył się w krótkim czasie. W pierwszych dniach po zabiegu chora nieco gorączkowała, obecnie przeszło od tygodnia ma się zupełnie dobrze. Macicy nie czuć już ponad spojeniem łonowem, odchodów brak, jako ślad przebytej sprawy pozostała tylko niedokrewność. Naturalnie nie przesądza to sprawy, że zaśniad mógł być złośliwym i mogą jeszcze pokazać się przerzuty w innych narządach. Dziś zapobiedz temu nie można, bo do wydobycia macicy nie ma żadnych wskazań, a nadto teraz byłby ten zabieg i tak prawdopodobnie już spóźnionym, bo macica i tak według wszelkich danych przestała już być źródłem choroby. Dopiero dalsze spostrzeganie rozstrzygnie tę sprawę. *(Autoreferat.)*

Dyskusya: Kol. doc. Kośmiński radzi w danym przypadku zrobić po pewnym czasie skrobankę do drobnowidowego zbadania. Kol. dr. Sołowij jest w takich przypadkach za metreuryzą, gdyż ta tamuje krwotok, rozszerza ujście, a kolpeuryzę uważa za bezcelową. Kol. Czyżewicz *jun.* w danym przypadku nie zgadza się na metreuryzę, gdyż wtedy, gdy chora krwawiła, ujście przepuszczało zaledwie palec, a w takim razie, — zdaniem jego, — metreurynter nie da się wprowadzić. Kol. Czaplicki przytacza przypadek *placenta praevia centralis*, gdzie przy ujściu zaledwie na palec rozwartem bez zbytnich trudności wprowadził metreurynter i osiągnął spodziewany skutek. Kol. Doc. Sołowij sądzi, że przy niedostatecznie rozwartem ujściu można te rozszerzyć rozszerzadłami Hegara i następnie wprowadzić metreurynter. Kol. Czyżewicz *(jun.)* obawiałby się ponadto metreuryzy ze względu na możność zakażenia. Kol. dr. Sołowij jest zdania, że tam, gdzie wykonanie zabiegu zależy od *indicatio vitalis*, takie względy w rachubę wchodzić nie mogą.

II. Kol. Czaplicki przedstawia płód wymokły (zmacerowany) IX mies. *cum amputatione spontanea intrauterina antibrachii sin.* Nieprawidłowość ta spowodowaną bywa t. zw. więzami Simonarta, których przyczyną najczęściej bywa nieprawidłowość jaja płodowego, znana pod nazwą *oligohydramnios*. W pierwszych początkach rozwoju płodowego, t. j. mniej więcej w drugim jego tygodniu, błona jagnięca *(amnion)* leży bardzo blizko powierzchni płodu. Według bowiem badań Speego tworzy się jama tejże błony przez zbieranie się wody płodowej w pierwotnie stałej masie komórkowej zaląźka. Łatwo tedy da się wytłómaczyć, że jeżeli wód płodowych nie przybywa, mogą się między błoną jagnięcą, która w tym przypadku unosić się nie może, a powierzchnią płodu, t. j. *ectoderma*, wytwarzać zlepy a następnie zrosty, ewentualnie natury zapalnej; dzieje się to najczęściej w miejscach płodowych szczelin. Skoro zaś następowo z wzrostem jaja i wód płodowych przybywa, wyciągają się zrosty te w długie nitki i taśmy, t. zw. więzy Simonarta, jużto cienkie i wązkie, jużteż silne i szerokie, które, otoczywszy część płodu, zwłaszcza kończynę, mogą powodować odsznurowanie się częściowe do kości (Bleck), albo nawet zupełne. Więzy te czasem zachowują się tak, że możemy je spostrzegać nawet po porodzie. I tak Wolff opisuje przypadek *amputatio spontanea intrauterina* kończyny górnej z zupełnem utrzymaniem więzu błony jagnięcej, powodującego amputacyę.

Drugi sposób powstawania tych więzów odnoszą autorowie do wczesnego pęknięcia błony jagnięcej w czasie ciąży w wypadkach tych, gdzie przestrzeń wśród tejże błony jagnięcej jest dla płodu za ciasna, wskutek czego rosnący płód przerywa ją i następnie wyślizguje się z błony jagnięcej i rozwija się dalej wśród kosmówki, a ruchami swoimi powoduje skręcenie się błony jagnięcej w jeden albo kilka więzów, które również mogą powodować amputacyę kończyn, palców, jak to opisywał Küster, lub uciśnięcie pępowiny z następową śmiercią płodu. G. Braun przyjmuje za przyczynę pęknięcia worka błony jagnięcej mały jej opór na ciśnienie płynu, znajdującego się między nią a kosmówką, który przez przedwczesne ściągania macicy bywa rozdzielony w formę pęcherzykowych nagromadzeń. To pęknięcie błony jagnięcej może powstać także i w późniejszych miesiącach ciąży. Wówczas na łożysku znajdujemy kosmówkę oddzieloną od błony jagnięcej zupełnie, która tworzy tylko małą otwartą kieszeń koło pępowiny. Te odsznurowania kończyn i uciśnięcia pępowiny przedstawiają jedyne zmiany, jakie więzy Simonarta powodować mogą. Jak już przedtem wspomniano, przy wczesnem tworzeniu się zlepów i zrostów błony jagnięcej z płodem zlepy te najchętniej wytwarzają się w miejscach płodowych szczelin. To pociąga za sobą zrosty z narządami wewnętrznymi i wytworzenie się całego szeregu nieprawidłowości rozwojowych, jak: *labium leporinum, faux lupina, encephalocele*, opisywane przez Bouchacarta, *hemicephalia, cyclopia, micrognatia* (Winckel), *hernia abdominalis* i *umbilicalis*. Zrosty takie po oderwaniu się od płodu zostawiają ubytki na skórze, czasem zupełnie świeże rany, z któremi płody rodzą się na świat. Najczęściej ubytki te spotykamy na czaszce i to na tyłogłowiu (Ahlfeld). Także i więzy, powstałe wskutek pęknięcia błony jagnięcej w późniejszych okresach ciąży, mogą powodować zrosty i tworzenie się wad rozwojowych, a nawet śmierć płodu, jakkolwiek rzadziej, a opisują takie przypadki G. Braun, Küstner, Olshausen, Lebedew, Hamar, Bar, Glaise.

Jeżeli *oligohydramnios* utrzymuje się do końca ciąży, może wpływać na wzrost i kształty pojedynczych części płodu; Lücke uważa go za przyczynę *pes varus congenitus*, a Küstner za przyczynę *pes planus congenitus*. *Oligohydramnios* w późniejszych okresach ciąży jest dla ciężarnej bardzo przykry, gdyż ruchy dziecka odczuwa bardzo boleśnie, a i sam poród jest bardzo ciężki i bolesny. W przypadku przedstawionym ilość wód płodowych była znaczna; resztek więzów Simonarta mimo dokładnych poszukiwań nie znaleziono, również nie znaleziono resztek amputowanej kończyny, czego się zresztą prawie nigdy nie znajduje. Nieliczne przypadki znalezienia takich resztek opisywał Martin. Płód przedstawiony obumarł wcześnie i był zmacerowany, a przyczyny tego należy szukać w kile; łożysko w całości zmienione tłuszczowo; obraz drobnowidowy przedstawia wybitną *endarteriiti obliterans*, która bardzo poważnie przemawia za kiłą. *(Autoreferat).*

Dyskusya: Kol. dr. Bylicki znalazł w muzeum klin. położ.-gin. U. Jag. bliźniaki, tak poplątane więzami Simonarta, że trudno je było od siebie oddzielić. Przypadek ten opisał kol. B. w „Przegl. lek.“

III. Kol. Kwiatkiewicz przedstawia chorą z guzem cewki moczowej; 30-letnia chora, która 5 razy szczęśliwie rodziła, ostatni raz przed 7 miesiącami, dotąd była zdrowa, a poprzedniego dnia jeszcze pracowała na budowie, — skarży się od 6 dni na silne parcie i pieczenie przy częstej potrzebie oddawania moczu. Mimo to zgłosiła się do prelegenta dopiero przed 2 dniami wieczorem. W okolicy ujścia cewki znajduje się guzek wielkości orzecha włoskiego, sprężysty, na powierzchni gładki, pokryty czarno-zielonawym nalotem. Od dołu i po obu bokach widać naciągnięty na guzek, znacznie zcieńczały brzeg ujścia cewki, poza którym zgłębnik daje się wprowadzić do pęcherza. Od góry znachodzi się tylko płytki fałd błony śluzowej, poza którym znajduje się opisany guzek. Dalsze spostrzeganie, względnie badanie mikroskopowe, wykaże, czy i z jakim nowotworem mamy tu do czynienia. Możnaby tu myśleć o mięsaku lub włókniaku, które, chociaż bardzo rzadko, wychodzą niekiedy pierwotnie ze ściany cewki. *(Autoreferat).*

Dyskusya: Kol doc. Bylicki uważa guz ten za wypadnięcie błony śluzowej cewki i opisuje podobny przypadek, gdzie guz taki uważał również za nowotwór i usunął go operacyjnie; badanie drobnowidowe wykazało tylko błonę śluzową. W przypadku drugim, który kol. B. miał sposobność spostrzegać, rozpoznano raka cewki, a i tam również chodziło tylko o przerost i wypadnięcie błony śluzowej. Kol. doc. Kośmiński uważa ten przypadek również za wypadnięcie błony

śluzowej, o tyle rzadsze, że tak duże; jako leczenie poleca spokój i chłodne okłady. Kol. doc. Solowij jest zdania, że przypadek ten pod względem rozpoznawczym nie jest pewny; nowotworu bezwzględnie wykluczyć nie można; radzi więc ewentualnie zrobić wycięcie, by co do rozpoznania się upewnić. Kol. doc. Bylicki jest, co do terapii, takiego samego zdania. Kol. Kwiatkiewicz rozpoznał pierwotnie również wypadnięcie błony śluzowej, a zmienił pierwotne rozpoznanie na tej podstawie, że otwór cewki znajduje się pod guzem, podczas gdy przy wypadnięciu błony śluzowej jest on zwykle w jej środku. Zresztą jest zdania, że potrzebna jest dalsza obserwacya, ewentualnie operacya i badanie drobnowidowe.

IV. *O postępowaniu wobec raka macicy.* Kol. Prezes, wykonując uchwałę wniosku kol. prof. Marsa, powziętą na ostatniem posiedzeniu z. r., otwiera dyskusyę nad powyższym tematem.

Kol Brejter stawia wniosek, by ten temat na razie odłożyć, a uprosić 2 kolegów na referentów, którzyby w najbliższym czasie opracowali przebieg leczenia raka aż do ostatnich czasów.

Kol. dr. Bylicki sądzi, że w ten sposób wyłoni się z tego rzecz za obszerna, jest więc zdania, by natychmiast przystąpić do dyskusyi.

Kol. dr. Solowij proponuje na jednego z referentów kol. Brejtera. Kol Bocheński zgłasza się jako drugi referent.

Wniosek kol. Brejtera uchwalono.

Jako referentów wybrano koll. Brejtera i Bocheńskiego.

Dr. Tadeusz Czaplicki, sekretarz.

IX. Zaranie lekarskiego zawodu.

Urywek historyczny

napisał

Dr. Adam Langie.

„Wykonywanie praktyki lekarskiej jest tak dawnem, jak sama ludzkość".
Max Bartels.

Medycyna w najdawniejszym okresie dziejów ma charakter religijno-mistyczny, później religijno-doświadczalny. Przyczyna tego jasna. Ludzie, w zaraniu wieków żyjący w stanie pierwotnym na łonie przyrody i z siłami jej bezustannie staczając walkę, lub ucząc się powoli czerpać z nieprzebranych jej skarbów, rozwijają się jak dzieci. Dla nich otaczający świat jest pełen niewyjaśnionych zagadek, a wszystko, co przekracza zasób szczupłych ich pojęć, nabiera kształtów nadnaturalnych, nadziemskich. Podobnie jak grom, spadający z nieba, by strzaskać potężne drzewo, tak i choroba, która niespodzianie najtęższych mężów powala na łoże niemocy, lub zarazy, szerzące naokół zniszczenie, którym ni siła, ni przebiegłość człowieka poradzić nie zdoła, wydają się jednem z tych nadprzyrodzonych zjawisk, zesłanych na ziemię przez zagniewane bóstwo. Więc aby plagę odwrócić, trzeba u bóstwa szukać pomocy, przebłagać je modłami i ofiarną daniną. Leczenie chorób jest zatem początkowo sztuką esoteryczną, znaną tylko bogom.

Pojęcia takie odnaleźć możemy wszędzie u ludów starożytnych, w prastarych mitach i podaniach, a najpiękniej przedstawił je wielki poetyczny geniusz Hellenów w następującej legendzie:

Kiedy Prometeusz przyniósłszy skradziony z nieba boski ogień, na ziemi ludziom ofiarował, ci dumni z tej wielkiej zdobyczy, co to źródłem życia być miała, za równych swym bogom się mając, zuchwalcy, przestali ofiary na opuszczone nieść ołtarze. Zeus zagniewany srogą karę na ziemię zesłać postanowił, by znowu ich z grzechu oczyścić i znów ku czci bogów nawrócić. Hefaistosowi przeto każe, by z gliny urobił dziewicę, a potem w nią życia tchnie iskrę. A twarz jej Afrodyta krasą ozdabia cudowną i wdzięku bogactwa jej dają Charyty, a mądra Atene jej umysł niewieścią obdarza zręcznością. I tak „przez wszystkich obdarzona", Pandora zlatuje na ziemię i w związki małżeńskie wstępuje z Prometeusza występnego bratem. A wianem jej była bogato kowana, lecz szczelnie zamknięta, przez Zeusa jej dana skrzyneczka: dar bogów dla ludzi na ziemi. Gdy mimo ostrzeżeń braterskich, ciekawy mąż Epimeteusz usilnie na żonę nalegał, by wnętrze mu skrzyni odkryła, ta wieko ozdobnie kowane zaledwie ku górze uniosła, w tej chwili wybiegły w świat wszystkie choroby i ciała i duszy: boleści, nieszczęścia, zarazy, po całej rozbiegły się ziemi. A na dnie została „nadzieja" — jedyny dar dobry w tej skrzyni; i z niej to czerpiemy otuchę, gdy nieszczęść nas brzemię przywali.

Pośrednikami między ludźmi a bóstwem są kapłani, więc do nich zwracać się należy, gdy choroba dotknie człowieka; ofiary kapłana przebłagać zdołają zagniewane bóstwo. Kapłani jako wtajemniczeni w te kary i środki, jakimi usunąć je można, stają się pierwszymi lekarzami. Nadużywając ślepej wiary ludu, zaczynają powoli do ofiar religijnych dodawać pewne rękoczyny lecznicze, na doświadczeniu wieloletniem oparte, nieraz dzikie i dziwaczne, lecz często skuteczne i w ten sposób dochodzą powoli do ujęcia w swe ręce empiryczno-leczniczej sztuki. Dlatego to u wszystkich ludów w zawiązku ich dziejów sztuka leczenia chorób spoczywa w rękach najwyższych dostojników i otoczona jest zasłoną religijnej tajemnicy, niedostępnej dla ogółu, a gdy z biegiem czasu przechodzi w ręce nie kapłanów, to ci pierwsi lekarze świeccy zażywają wszędzie wielkiego miru i znaczenia, dopóki sami z własnej winy znaczenia tego nie utracą.

U Chińczyków pierwszymi lekarzami są potomkowie bóstwa — cesarze. Na pół mityczny cesarz Shin-nong, który miał żyć około roku 2838 przed Chr., wypróbował wszystkich roślin i w ten sposób doszedł, które z nich są lecznicze, a które trujące. Inny znów cesarz Hwang-ti, żyjący około roku 2698 przed Chr., napisał pierwszą najdawniejszą na świecie księgę medyczną pod tytułem »*Nei-King*«.

W sąsiedniej Chinom Japonii, gdzie przed wiekami dotarła też chińska kultura, zawód lekarski od niepamiętnych czasów wielką otaczany był czcią. Poświęcali mu się tylko krewni mikada i potomkowie szlacheckich rodów.

W Babilonii lekarzami byli tylko kapłani, podobnie jak w Indyach, gdzie dopiero później powstają świeccy lekarze, zwani »*Vajdyas*«. I ci są wysoce poważani, używają wielu przywilejów, rekrutują się z rodzin szlacheckich, a sztuka leczenia przechodzi z pokolenia na pokolenie. Po odbytej nauce, która rozpoczyna się bardzo wcześnie, bo w 12-tym roku życia, otrzymują lekarze pozwolenie, ograniczające prawo wykonywania praktyki do szczupłego tylko grona powołanych.

W Egipcie bogini Izis nauczyła medycyny bożka Dehuti-Thoth, którego symbolem był ptak Ibis. Głównym bożkiem lekarskim jest bóstwo Re, czyli bóg słońca, a kapłani jego są pierwszymi lekarzami tak sławnymi, że do nich wędrują Grecy, aby się tej sztuki wyuczyć. Ponieważ Faraon jest najwyższym kapłanem, więc jest też i najwyższym lekarzem, a zdolność ta, od boga mu dana, przechodzi i na najbliższe jego otoczenie.

U Izraelitów spotykamy w biblii wzmiankę o lekarzach, którzy zabalsamowali ciało patryarchy Jakóba. Zdaje się, że byli to też kapłani, bo dopiero w roku 720 przed Chr. wspomina biblia o lekarzach nie kapłanach.

W Grecyi widzimy to samo, lecz tutaj obfitość źródeł w postaci dochowanych aż do naszych czasów budowli, pomników, sprzętów, napisów, grobowców, wotów ofiarnych, rzeźb, narzędzi, a przedewszystkiem pism filozofów i historyków greckich, dozwala wyraźniej, niż u innych narodów, których spuścizna nie jest tak bogatą, śledzić za powolnem rozwijaniem się stanu lekarskiego w osobny zawód, którego adepci wyszli z pierwotnej klasy kapłanów-lekarzy, wywodzących ród swój od boga, patrona medycyny.

Medycyna grecka wyłoniła się więc także z medycyny teurgicznej, ale już w VI wieku przed Chr. zajmują się nią prócz kapłanów ludzie świeccy, rozpowszechniając wiadomości, strzeżone dawniej pilnie, jako największa tajemnica, w głębi świątyń przez szczupłe grono wybrańców bogów. Z tą chwilą otrząsa się ona coraz bardziej z mistycznych osłonek, a opiera na spostrzeżeniach, czynionych na osobach chorych, bada wpływ różnych czynników, już nie nadprzyrodzonych, lecz ziemskich, na przebieg choroby.

Ci pierwsi lekarze greccy przejąć wiele musieli od swych starszych kolegów egipskich i indyjskich, bo tego dowodzą liczne przez nich używane środki, o wiele dawniej już znane w owych krajach, jak również i to, że najstarsze szkoły lekarskie greckie powstają właśnie w tych miastach, które były głośnemi ogniskami komunikacyi między Grecyą a ościennymi narodami. Ale i tu, jak we wszystkiem, wycisnęli Grecy swe indywidualne genialne piętno do tego stopnia, że medycyna starożytnej Hellady wzbudza w nas podziw, a imiona wielkich greckich lekarzy po dziś dzień jasna opromienia sława. Słusznie powiedział w swej historyi Curtius: »*Was die Griechen in Religion und Cultur, im Staatsleben, Kunst und Wissenschaft gethan, ist ihr eigen, und wie viel sie auch von Anderen übernommen, haben sie es doch so umgestaltet und wiedergegeben, dass es ihr Eigenthum geworden ist*«.

Na przełomie greckiej medycyny teurgicznej a empirycznej stoi mityczna postać Asklepiosa, praojca stanu lekarskiego. Wiele przemawia za tem, że człowiek tego nazwiska żył istotnie

i że wsławiwszy się jako lekarz, przeszedł później do legendy, której osnowę przypomnę tu wedle najbardziej rozpowszechnionego podania: Synem Heliosa był i Koronisy, córy możnego księcia Tessalii. Matka zginęła od strzał Artemidy; niemowlę ojciec ocalił troskliwy. Ukrył na wielkiej górze Pelionu, oddając pieczę nad niem Chironowi, co posiadł sztuki leczniczej arkana. Gdy już młodzieńcem stał się Koronides, Chiron go sztuki swej wyuczył biegle, a uczeń mistrza przewyższył zdolnością i mnogie chorych ratował zastępy. Lecz za to Hades do Zeusa wniósł skargę, że państwu Cieniów wydziera podwładnych; a Gromowładny, uniesiony gniewem, za karę życia pozbawił piorunem, że Nieśmiertelnych woli się sprzeciwił.

Lecz wdzięczni Grecy do rzędu bogów go wynieśli i na cześć jego wznosili świątynie, a pamięć wspaniałemi obchodzili uroczystościami.

Świątynie Asklepiosa, z których najsławniejsza peloponeska w Epidaurus, to pierwsze zawiązki szkół lekarskich. Pierwszymi kapłanami mieli być dwaj synowie Asklepiosa: Machaon i Podalirius, którzy strzegli pilnie tajemnicy sztuki swego ojca i przekazali ją znów swoim potomkom. W ten sposób w rodzie Asklepidów wytworzyła się kasta lekarzy, którzy będąc równocześnie kapłanami, byli pośrednikami między chorymi a bóstwem. W świątyniach Asklepiosa udzielają oni rad lekarskich w imieniu boga, bo ten we śnie zsyła im objawienie co do istoty choroby i środków leczniczych. Z czasem nie kontentują się samem tylko objawieniem, lecz zaczynają robić własne spostrzeżenia, udzielać rad na podstawie własnego długoletniego doświadczenia, przyczem pilnie zapisują na tablicach wotywnych przypadki chorobowe, opatrując je uwagami i wskazówkami leczniczemi. Oto pierwsze historye chorób, pierwsze zaczątki literatury lekarskiej, pierwsze „podręczniki“ medycyny praktycznej.

Kapłani Asklepiosa są zrazu o swą wiedzę bardzo zazdrośni tak, że tylko członków rodziny wtajemniczają w arkana wiedzy lekarsko-religijnej. Dopiero gdy świątynie te po całej rozpowszechniły się Grecyi, musiano do pomocy wobec wielkiego napływu chorych przybrać i obce osoby. Powoli mgła tajemnicy, rozpięta nad świątyniami Asklepiosa, rozwiewa się i coraz więcej „laików“, już nie związanych z sobą węzłami rodzinnymi, zapoznaje się z tajnikami nauki Asklepidów. A gdy między laikami tymi znaleźli się też ludzie o wyższym umyśle, sztuka lekarska wyzwala się z zabobonów i guseł religijnych, schodzi coraz bardziej na ziemię, opiera na spostrzeżeniach zjawisk przyrodniczych i wymyka ostatecznie zupełnie z rąk kapłanów.

W ten sposób ze świątyni Asklepiosa wytwarzają się osobne szkoły lekarskie Asklepidów, z których najdawniejszą była szkoła w Kyrenie, zażywająca wielkiej sławy w VI wieku przed Chr., równie jak szkoły w Kos, Krotonie i Knidos. Wydają one głośnych swego czasu lekarzy, jak: Kalliphon i syn jego Demokedes, Hippos, Hippasos Philolaos i wreszcie największy z nich Hippokrates.

Nauka rozpoczynała się w młodym wieku i trwała dość długo, aż adept nabył dostatecznego wykształcenia, poczem, złożywszy odpowiednią przysięgę, przyjmowany zostawał do stanu lekarskiego. A przysięga ta jest tak piękna i pełna etycznych wskazówek, że zasługuje, aby ją tutaj według Hippokratesa dosłownie przytoczyć:

„Przysięgam na Apollina, Asklepiosa, Higeę i Panakeę na „wszystkich bogów i boginie, wzywając ich na świadków, że „wedle sił i sumienia, przysiędze tej wierny, obowiązki moje „spełniać będę; że nauczyciela mego na równi z rodziną czcić, „a w potrzebie wspomagać, potomków zaś jego za rodzeństwo swe uważać będę i gdyby pragnęli się w sztuce tej „wykształcić, bez opłaty i bez zobowiązań — wyuczę, czego „sam od ojca ich nauczyłem się. Życie me poświęcę dla do„bra i pożytku chorych, by ich od wszelkiej ochraniać szkody. „Nikomu, choćby mnie proszono, nie podam leku zabójczego „ani podania go nie ułatwię, równie jak żadnej niewieście „środka spędzającego płód. Wolny od wszelakiego występku, „pobożnie chcę żyć i sztukę mą uprawiać, a wchodząc do „domu chorego, nieść tam pragnę ulgę w cierpieniu, niedo„stępny wszelkiej krzywdzie, obcy pożądliwości zarówno wo„bec niewiast jak i mężów — wolnych i niewolników. Co „wśród leczenia chorych usłyszę lub zobaczę, to pozostanie „świętą tajemnicą, o ile nie będzie musiało być ze względu „na dobro publiczne wyjawionem. Obym, jeżeli przysięgi do„chowam, był szczęśliwym tak w życiu mem, jak i w sztuce „mej, obym zyskał sławę nieśmiertelną u wszystkich ludzi „i po wszystkie czasy, — a gdybym przysięgę tę złamać miał, „niechaj mnie spotka wszystko przeciwne“.

Honorarya lekarskie stanowiły zrazu podarunki — dalszy ciąg niejako wotów, które składano kapłanom w świątyniach; dopiero za Hippokratesa płacono pieniędzmi, jak tego dowodzi przestroga Hippokratesa w jednem z jego pism, aby lekarz nie żądał naprzód zapłaty, lecz dopiero po wyleczeniu. Prócz tego udzielano wybitnym lekarzom publicznej pochwały, dyplomów honorowych, lub uwalniano ich od płacenia podatków.

Do wyzwolenia medycyny z rąk kapłanów przyczynili się w znacznej mierze słynni greccy filozofowie, którzy dociekając wszelkich zagadnień życia i bytu, musieli z natury rzeczy zajmować się też medycyną. Tu należą przedstawiciele szkoły jońskiej Thales z Miletu i współcześni mu Anaximenes i Anaximander, którzy starali się *»rerum cognoscere causas«*, — dalej pytagorejczycy i eleaci, jak Xenophanes, Parmenides, Heraklit i Empedokles; atomiści: Leukipp i Demokryt, niemniej też Anaxagoras z Klazomene, Alkmeon z Krotonu i Diogenes z Apollonii, wreszcie Arystoteles i cała szkoła perypatetyków.

Wielu z nich zajmuje się nawet praktyką lekarską, a sława ich wiadomości lekarskich rośnie szybko, zwłaszcza gdy jako tak zw. περιοδευταί uprawiają praktykę wędrowną, podróżując z miasta do miasta. Niektórzy osiadają stale w pewnych miejscowościach, jako rodzaj dzisiejszych lekarzy gminnych lub miejskich (δημιουργοί).

Z biegiem czasu, gdy liczba lekarzy wzrosła, powstają w większych miastach nawet publiczne lecznice (ἰατρεῖα), gdzie udzielano porady zgłaszającym się chorym na wzór dzisiejszych poliklinik. Zwykle przy lecznicy takiej mieszkał lekarz, który przyrządzał od razu lekarstwa i wykonywał operacye, a pomagali mu pomocnicy (ὑπηρεταί), kształcący się u niego na lekarzy.

Za czasów Hippokratesa byli też lekarze państwowi, którzy pobierali roczną pensyę od państwa, lecząc ubogich za darmo. Pensya ta bywała dość znaczną, jeżeli n. p. Demodekos pobierał do 8,000 dzisiejszych koron według Herodota.

Później powstał jeszcze jeden rodzaj lekarzy, niejako analogia dzisiejszych lekarzy Kas chorych, zwanych Architektonikami (ἀρχιτεκτονικοί), których zadaniem było leczenie niewolników. Byli to po większej części wyzwoleńcy, pochodzący z rodzin niewolniczych.

O lekarzach wojskowych mamy wzmianki w Homerze, oraz u Ksenofonta w „Anabasis“ i „Cyropedyi“, a w pismach Hippokratesa περὶ ἰητροῦ czyli „o lekarzu“ jest osobny rozdział, poświęcony chirurgii wojennej.

Ogromną wagę przywiązywali Grecy do ćwiczeń fizycznych, więc zakłady gimnastyczne, czyli tak zw. „gymnazya“, rozpowszechnione były w całym kraju. Na czele takiego zakładu stał „gimnasiarches“, a kierownikami ćwiczeń byli „gimnaści“ (γυμνασταί), którzy równocześnie udzielali rad co do zachowania dyetetycznego i higienicznego ćwiczących i stąd nazywano ich też ἰατροὶ albo ὑγιεινοί. Oczywiście przy ćwiczeniach tych zdarzały się często nieszczęśliwe wypadki, wymagające doraźnej pomocy, więc też kierownicy ćwiczeń już przez samo doświadczenie nabywali wprawy w leczeniu. Wielu z nich na podstawie tej wykonywało praktykę lekarską i poza zakładem, lub tworzyło własne systemy dyetetyczno-lecznicze, konkurując z zawodowymi lekarzami. Tu pierwszy początek partactwa leczniczego, które na wzór dzisiejszych aptekarzy uprawiać zaczęli też zbieracze roślin lekarskich (ῥιζοτόμοι) i kupcy różnych maści, ziół, przetworów kosmetycznych lub leczniczych.

Rzymianie nie zdobyli się na własną rodzimą medycynę, choroby uważali za zrządzenie bogów, zatem medycyna miała tu dłużej jeszcze niż w Grecyi charakter teurgiczny. Każda choroba, każdy niemal objaw chorobowy ma swego bożka lub boginię, a leczenie polega na ceremoniale religijnym i ofiarowaniu bardzo nieraz kosztownych wotów (*donaria*). Stan lekarski nie stał w Rzymie zbyt wysoko, jeżeli pod koniec III wieku przed Chr., gdy Rzym zawojował Grecyę, opanowali praktykę w całem niemal państwie lekarze helleńscy, którzy tam tłumnie napływać zaczęli.

Jednym z pierwszych lekarzy greckich, który w 219 r. przybywa do Rzymu, zyskuje sobie wkrótce sławę i otrzymuje rzymskie obywatelstwo, był Archagatos z Peloponezu. Ale prócz prawdziwych lekarzy przybyło też mnóstwo partaczy, goniących za zyskiem, nawet pomocników i niewolników i oni to sprawili, że długi czas jeszcze lekarzy greckich traktowano w Rzymie nader pogardliwie. Dopiero Asklepiades (ur. około 124 przed Chr.) ugruntował tam grecką medycynę i umiejętnością swą wywalczył zupełnie inne stanowisko całemu stanowi lekarskiemu tak, że już za czasów Cezara poważanie dla lekarzy jest ogromne, a wielu z nich zdobywa wysokie godności, zaszczyty i majątek.

Aż do przybycia do Rzymu greckich lekarzy nauka medycyny stanowiła część encyklopedycznego wykształcenia, a sztuki leczenia praktycznej można się tylko było wyuczyć prywatnie u któregoś z lekarzy. Z chwilą utrwalenia potęgi zewnętrznej cesarstwa

powstały szkoły lekarskie, połączone zrazu z ogólnymi zakładami naukowymi, istniejącymi w większych miastach prowincyi, przez Rzym zdobytych, a pierwsze samoistne szkoły lekarskie zakłada dopiero cesarz Aleksander Severus w III wieku po Chr. Egzaminów żadnych nie składano, więc każdy, co tylko posiadał pewien zasób wiadomości, mógł zostać lekarzem. Dało to nawet później sposobność do namnożenia się w Rzymie całej falangi szarlatanów i niedouczonych lekarzy, tem więcej, że nie było też prawie żadnej odpowiedzialności za popełniony błąd w sztuce lub niedbałe leczenie.

Lekarze rzymscy dzielą się na dwie klasy: wolnych i niewolników lub wyzwoleńców. Pierwszymi wolnymi lekarzami byli greccy, podczas gdy bardzo znaczny zastęp lekarzy rzymskich pochodził ze stanu niewolniczego. Po prostu pan rzymski, posiadający całe zastępy niewolników, polecał którem uś z nich wyuczyć się sztuki lekarskiej, aby mieć pod ręką lekarza domowego. Oczywiście, że taki »*servus medicus*« był bardzo wygodną osobistością, bo ślepo musiał słuchać, więc często używano go do spełniania czynów niegodnych lub zbrodniczych w myśl intencyi patrona.

Natomiast stanowisko społeczne lekarzy wolnych było za czasów Cesarstwa bardzo znaczne, a poszczególni cesarze obsypywali ich przywilejami, jak n. p. uwolnienie od pełnienia obowiązków w publicznych urzędach, uwolnienie od podatków i wynoszenie do godności lekarzy nadwornych, noszących tytuł »*archiatri sacri palatii*«. Historya przekazała nam nazwiska takich lekarzy nadwornych, jak Cajusa Aemiliusa i Antoniusa Muzy, którzy byli lekarzami cesarza Augusta i innych lekarzy przybocznych cesarzów: Tyberiusza, Kaliguli, Nerona, Trajana, Marka Aureliusza, Klaudiusza i t. d.

W większych miastach byli znów »*archiatri municipales*«, pełniący obowiązki na wzór dzisiejszych lekarzy miejskich, a w gminach wiejskich »*archiatri populares*«.

Do lekarzy w służbie publicznej zostających zaliczyć też wypada lekarzy gladyatorów, którzy byli ustanowieni przy szkołach gladyatorów i mieli obowiązek podczas zapasów i przedstawień udzielać doraźnej pomocy, — dalej lekarzy przy teatrach i cyrkach, gdzie odbywały się walki zwierząt.

Lekarzy wojskowych wprowadził dopiero cesarz Augustus. Ci w razie wojny towarzyszyli armii na pole bitwy, a podczas pokoju byli lekarzami szpitali wojskowych (*valetudinaria*).

Wcześnie już w Rzymie rozwinęły się różne specyalności. Przedewszystkiem rozróżniano tam lekarzy nieoperujących, czyli internistów (*medicus*) i operujących (*chirurgus*), dalej okulistów, ginekologów i t. p. Nawet kobiety wykonywały praktykę lekarską (*medicae*), rekrutując się po większej części z akuszerek.

Ale i tu, jak wszędzie, zakradła się w szeregi lekarskie szarlatanerya, a chęć zysku i odwieczna »*Brotneid*« przyczyniają się do moralnego upadku lekarzy i obniżenia znaczenia i powagi całego stanu, który staje się wkrótce przedmiotem zasłużonych szyderstw i ironicznych docinków takich mistrzów pióra, jak Juvenal, Martial i Pliniusz. A nawet słynny Galen nie szczędzi ostrych słów nagany swym kolegom za to, że odbiegli zbyt daleko od czystej etyki Hippokratesa.

Ze śmiercią Galena na początku III wieku po Chr. zaczyna się już właściwie epoka zastoju w medycynie, trwająca niesłychanie długo, bo przez cały burzliwy okres średniowiecznych dziejów, w której rozpada się i upada ostatecznie rzymska potęga i ginie dorobek kulturalny minionych wieków. Z wiru walk srogich i wstrząsających światem przewrotów zabłysnąć ma dopiero kiedyś po długiej nocy średniowiecza wspaniale wschodzące słońce „odrodzenia“, by nowe ożywcze tchnąć siły we wszystkie dziedziny sztuk pięknych i ludzkiej wiedzy. Z tą chwilą i stan lekarski dźwigać się zacznie powoli ze swego upadku, by znów wejść na wyżyny, jakie mu nowożytne dzieje wskazały w ogólnej kulturze.

X. Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1900.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy.)

1. Asanacya.

a) Woda do picia i użytku.

Pocieszające objawy dążności władz, większych miast, starostw, Rad powiatowych, a nawet gmin wiejskich i pojedynczych wieśniaków do zaopatrywania się w dobrą wodę, które notowaliśmy już w r. poprzednim, i w tym roku ujawniają się bardzo wyraźnie. Wodociąg miasta Białej, zaopatrywany wodą rzeczną, odpowiednio filtrowaną, ukończono właśnie w r. 1900 i oddano go do użytku.

Budowa wodociągów obu miast głównych, t. j. Lwowa i Krakowa, postępuje raźno.

Co do stanu zaopatrzenia w wodę jużto innych miast, jużto powiatów, przytacza Sprawozdanie cyfrowo liczne zmiany na lepsze, jak również liczbę nowozbudowanych studzien. I tak w Bochni wykonano dwa nowe wodociągi z rurami żelaznemi; w Brzeżanach założono nowy wodociąg; miasto Kalwarya ma już wypracowany plan wodociągu i gromadzi fundusze na budowę. We wielu powiatach przybyło za przyczynieniem się wydziałów powiatowych dużo studni z dobrą wodą i dobrze zaopatrzonych. Są jednak powiaty, które mimo zdarzających się tam dość częstych epidemii, za małą okazują dbałość w tym kierunku. A już napiętnować należałoby postępowanie Wydziału powiatowego wielickiego, które już w zeszłym roku z oburzeniem podnosiliśmy. Oto na zachęcenie lekarza powiatowego kilka gmin tego powiatu złożyło tejże Radzie powiatowej zebraną między sobą dość znaczną kwotę (kilka tysięcy zlr.!) celem zaopatrzenia powiatu w lepszą wodę i zapobieżenia brakowi dobrych studzien. Minęło lat kilka, mimo starań, mimo kilkakrotnych przynagleń Starostwa do Rady powiatowej, a Namiestnictwa do Wydz. krajowego, nie podjęto żadnej roboty, a pieniądze leżą dalej bezużytecznie. Dowodzi to niezbicie, że kmiecie po wsiach okolicznych już przed laty zrozumieli, że dla poprawy stosunków sanitarnych powiatu i gmin pojedynczych potrzeba jest koniecznie dobrych, a licznych nowych studzien i (rzecz w naszych stosunkach bardzo niezwykła) złożyli na ten cel znaczny fundusz. Tylko Wydział, względnie Rada powiatowa wielicka, nietylko nie rozumie tej potrzeby, ale mimo nalegań władz ani studzien nie buduje, ani pieniędzy nie oddaje. Jak się to dzieje, że ta Rada powiatowa może przez cały szereg lat opierać się rozporządzeniom władz, to zrozumieć może tylko człowiek, znający smutne nasze stosunki administracyjne, który wie, że rozporządzenia i ustawy pozostają u nas zbyt często tylko na papierze, a to z powodu braku energii władzy, jak również z powodu braku egzekutywy, braku i niedostatecznej ilości organów wykonawczych.

b) Usuwanie nieczystości.

Miasto Kraków wybudowało od roku 1897 do 1900 przeszło 14 kilometrów kanałów i prace w tym kierunku prowadzi dalej z wielkim nakładem. Lwów w tym samym czasie blisko 9 kilometrów, Biała około 4 kilometrów.

Co do szczegółów, odnoszących się do miast mniejszych, jak również niezbyt licznych w tym roku innych prac asanacyjnych, odsyłamy czytelnika do samego Sprawozdania; dodajemy tylko, że w r. 1900 wylewy i powodzie zniszczyły ogromnie kilkoletnie prace regulacyjne rzek naszych i to w wielu powiatach.

2. Pokarmy, pożywki i napoje.

W c. k. Zakładzie badania środków spożywczych w Krakowie wykonano w 1900 roku 1017 rozbiorów i badań (w 1899 r. 728, — w 1898 r. 440). W tymże Zakładzie odbył się z wiosną 1900 r. czteromiesięczny kurs dla przyszłych komisarzy targowych, do którego zgłosiło się 10 kandydatów, a wytrwało i zdało egzamin z wynikiem pomyślnym ośmiu. Byli to przeważnie urzędnicy magistratów miejskich.

W rozdziale tym znajdujemy dalej wyciągi z doniesień władz różnych miast i powiatów lub ich lekarzy urzędowych o wyniku rewizyi piekarń, wyszynków, sklepów, składów nafty i t. p. i dostrzeżonych, względnie usuniętych, nieporządkach, nadużyciach i fałszerstwach. Trudno czasem zrozumieć, czemu ludzie dla nieznacznego najczęściej zysku posuwają się do fałszerstw środków spożywczych, trując innych, a siebie narażając, — w razie wykrycia, — na kary. Ale zdaje się, że właśnie tych rewizyi, kontroli, jest za mało i dlatego złe się szerzy.

W roku 1900 w dziewięciu miasteczkach wybudowano nowe rzeźnie.

Zdawałoby się nam, że tu znaleźć byśmy winni wiadomość o konsumcyi artykułów spożywczych i napojów wyskokowych; dalej umieszczane po inne lata wiadomości, ile sztuk bydła spotrzebowano w Galicyi, ile z zabitych sztuk znaleziono dotkniętych per licą, wągrami i t. d.; czy zauważono w kraju, że uboższa ludność zaczyna spożywać końskie mięso i t. p. Wogóle dział higieny żywienia mógłby naszem zdaniem być troszkę więcej wyczerpująco traktowanym.

3. Higiena budowy i mieszkań.

Od 20 marca 1900 r. obowiązuje w Galicyi sankcyonowana już ustawa budowlana dla wsi i małych miasteczek. Wobec braku jednak egzekutywy, czy energii w wykonywaniu jej, ustawa ta gotowa zwiększyć tylko szereg ustaw pozostających „na papierze“, t. j. takich, której przepisów się nie przestrzega.

I tak: lekarze urzędowi skarżą się, że w Buczaczu, gdzie około 200 domów nie tylko nie ma wychodków, ale z powodu gęstego zabudowania nie ma nawet miejsca, gdzieby je postawić (przy domach już stojących), mimo to gmina jeszcze i teraz zatwierdza plany nowobudujących się domów bez wychodków, a nie wykonuje kolaudacyi tych nowozbudowanych domów. Podobnież żali się lekarz urzędowy z Dobromila, że domy są tak gęsto stawiane, że nie ma gdzie postawić wychodków. „Również w powiecie horodeńskim ustawa napotyka w zastosowaniu na wielkie trudności; w kamioneckim stosunki budowlane mają być opłakane; w mieście Kołomyi każdy nowozbudowany dom zamieszkuje się zawsze jeszcze w stanie wilgotnym, bo przy komisyi, udzielającej pozwolenia na zamieszkanie, niema nigdy lekarza; w kosowskim wiele nowozbudowanych domów niema wychodków“. Radzibyśmy w Sprawozdaniu z następnego roku wyczytać, czy złe dostrzeżone zostało ukarane, jak należy i usunięte? Na ogół jednak widzieć można z doniesień lekarzy urzędowych pewną, choć powolną, poprawę w stosunkach budowlanych i ściślejsze przestrzeganie przepisów ustaw budowlanych, zarówno w miastach, jakoteż po wsiach, jak to stwierdzają lekarze powiatowi z Brzeżan, Brzozowa, Jarosławia, Limanowej, Lwowa, Łańcuta, Mielca, Nadwórnej, Niska, N. Targu, Podgórza, Podhajec, Ropczyc, Stanisławowa, Zbaraża i Żywca. Także miasta, które uległy pożarom, przestrzegają przy odbudowie przepisów ustawy, choć i tu Skałat stanowi wcale nie chwalebny wyjątek.

Z prawdziwą przyjemnością przytaczamy tu końcowy ustęp tego rozdziału, jako wzór godny jak najczęstszego naśladowania:

„W Czortkowie odbyła się na polecenie c. k. starostwa rewizya sanitarno-policyjna całego miasta i na podstawie jej wyniku wydano do zwierzchności gminnej szczegółowe zarządzenia“. Przekonani jesteśmy, że władza, które te zarządzenia wydała, dopilnowała też ich wykonania; dlatego też mamy nadzieję, że w Sprawozdaniu za rok następny o tem się czegoś dowiemy.

4. Zakłady przemysłowe.

Galicya bierze udział w łącznej produkcyi węgla kamiennego całej Austryi w ilości $10\frac{1}{2}\%$. Wartość wydobytego węgla wynosi rocznie $6\frac{1}{2}$ miliona koron przy pracy 4173 robotników, z tego tylko 200 kobiet lub nieletnich.

Połowa cynku, produkowanego w Austryi, przypada na Galicyę, przyczem podnieść należy, że rudę cynkową na miejscu w kraju przerabia się fabrycznie w hutach, walcowniach i fabryce bieli cynkowej, dając w ten sposób zajęcie 660 robotnikom.

W kopalniach soli w Wieliczce i Bochni pracuje 1300 ludzi, w Galicyi zaś wschodniej w kopalniach i warzelniach soli 850 ludzi.

Przy wydobywaniu ropy naftowej i wosku ziemnego, oraz ich dalszej przeróbce, pracuje 9.400 ludzi. Opis urządzeń higienicznych i humanitarnych, istniejących w dziale przemysłu górniczo-hutniczego, który razem wzięty zatrudnia 17.300 ludzi, obiecuje Sprawozdanie w latach następnych.

Fabryk tytoniu i cygar mamy w kraju pięć, zatrudniających 3413 robotnic i 717 robotników. „Co do wewnętrznego urządzenia jest zawsze takie przepełnienie w pracowniach, że na jednostkę pracującą nie przypada pełne *minimum* 10 m.^{3} powietrza“. Brak ten tylko w części łagodzono ulepszeniami przewietrzania.

Znanym ogólnie jest fakt, że właśnie w tych fabrykach znaczna liczba robotnic dotkniętych jest gruźlicą płuc. Sprawozdanie nic o tem nie mówi. Otóż, sądzimy, byłoby wdzięcznem zadaniem władz sanitarnych zbadać tę kwestyę raz gruntownie, zażądać od lekarzy tych fabryk odpowiednich wykazów z lat kilku, sprawdzić ich wiarogodność badaniem osobistem robotnic, które kaszlem i choćby tylko zewnętrznem wyglądaniem wzbudzają uzasadnione podejrzenie choroby, — sprawdzić przy tej sposobności, czy zarządzenia władz są należycie przestrzegane, — zarządzić wydalenie dotkniętych chorobą i t. d. Zwracamy uwagę władz przedewszystkiem z tego powodu, że niebezpieczeństwo zakażenia przez branie w usta cygar i papierosów, sporządzanych przez robotnice chore i szerzenia się w ten sposób choroby, przeciw której w całym świecie, a i u nas w kraju, rozpoczęto poważną walkę, jest niezaprzeczone i znaczne. Co więcej, jeśli we fabryce są osobniki chore, a nie zachowują, lub zachować nie mogą przepisanych ostrożności (plucie na podłogę z braku odpowiednich spluwaczek i t. p.), to choroba między robotnicami szerzyć się będzie ogromnie, a c. k. rządowe fabryki cygar i tytoniu staną się rozsadnikami choroby.

Z uznaniem podnieść należy pewne urządzenia, służące jużto do celów sanitarnych, jużto humanitarnych w pojedynczych fabrykach cygar, jak oddanie do bezpłatnego użytku kąpieli (Kraków), zbudowanie dużego domu z taniemi mieszkaniami dla robotników (Winniki), tanie kuchnie i mleczarnie (Kraków, Winniki), wreszcie poprawa płac.

Przypadkowych uszkodzeń robotników w różnych gałęziach przemysłu zgłoszono w całym kraju 489, z tych 17 śmiertelnych. Liczby te jednak nie zbyt ścisłe, gdyż nie obejmują wypadków kolejowych, górniczych i przemysłu rolnego (czemu?), — a powtóre nie wszyscy przedsiębiorcy donoszą o nich inspektorowi przemysłowemu.

O paru chorobach zawodowych czytamy w Sprawozdaniu tylko krótkie wzmianki z doniesień inspektora przemysłowego. Czy nie możnaby dat odpowiednich mieć z pierwszej ręki od lekarzy fabrycznych, górniczych, kas chorych i t. d., których liczba powoli się zwiększa?

Dalej czytamy w Sprawozdaniu wiadomości o powstaniu kilku nowych fabryk, o ulepszeniach w kilku z dawniejszych. Natomiast nie znajdujemy ani wzmianki o tem, czy braki, wytknięte w kilku fabrykach w Sprawozdaniu z r. 1899, zostały skarcone i usunięte (browar w Łańcucie, browar w Budach Przeworskich, zakłady przemysłowe w powiecie Sokalskim i t. d.).

5. Handel środkami leczniczemi i truciznami poza aptekami.

Już w roku zeszłym podnosiliśmy (idąc po części za Sprawozdaniem) szkody, jakie aptekarzom naszym wyrządzają drogerye swą nieuczciwą konkurencyą, będące właściwie pokątnemi, źle urządzonemi i nieodpowiedzialnemi aptekami, w których każdy za receptą, a nawet bez recepty, wszelkiego leku, nawet czasem i morfiny do wstrzykiwań podskórnych, dostać może. Mimo to nowe drogerye uzyskują koncesye nawet wbrew opinii dotyczących fizykatów. Gdybyż przynajmniej drogerye te były należycie kontrolowane, a bezprawne wydawanie leków należycie karane. Ale n. p. Sprawozdanie za rok 1900 przytacza z całego kraju i roku tylko jeden jedyny przypadek ukarania drogisty za drobną sprzedaż leków.

(Ciąg dalszy nastąpi).

XI. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu chirurgów.

(18—23 września 1905.)

(Dokończenie).

VI.

Leczenie zapalenia otrzewnej.

Friedrich (z Gryfii) podnosi przedewszystkiem, że w leczeniu zapalenia otrzewnej wiele zależy od źródła zakaźnego. I tak dostępniejszem dla zabiegów leczniczych jest zapalenie otrzewnej, wychodzące z wyrostka robaczkowego, aniżeli przy zakażeniu podczas operacyi. Wiele również zależy od tego, czy wezwano naszej pomocy na początku choroby, czy też wtedy, gdy proces chłonienia był u szczytu lub już ustąpił, lub gdy już nastąpiło porażenie jelit. Zabieg chirurgiczny wskazanym jest we wszystkich okresach choroby, bo nie można spodziewać się otorbienia; przeciwwskazanym jest jedynie w przypadkach, gdzie już wystąpiła sinica i kończyny są zimne. Zadawanie środków przeczyszczających celem przyśpieszenia wessania w zapaleniu otrzewnej jest niedorzecznem. Również nie należy przy operacyi oczyszczać jamy otrzewnej przepłokiwaniami lub przez wydobycie trzew. Bębnica jest częstokroć następstwem zrostów, nie zaś porażenia. W takim razie zaleca się założenie przetoki kałowej. Cięcie prowadzi on ile możności ponad źródłem zakażenia i robi tylko cięcia małe, raczej w dwóch lub trzech miejscach. Pokój operacyjny i stół powinien być dobrze ogrzany, aby uniknąć przeziębienia. W leczeniu poope-

racyjnem odgrywa ważną rolę przepłókiwanie żołądka, wstrzykiwania podskórne fizyologicznego rozczynu soli kuchennej z dodatkiem oliwy i lewatywy.

Ali Krogius (z Helsingforsu) streszcza rozwój chirurgii w leczeniu zapalenia otrzewnej z ostatnich 20 lat. Ropne zapalenie otrzewnej usunąć może tylko zabieg chirurgiczny. Aby zaś leczenie chirurgiczne dobre dało wyniki, potrzebne jest rozpoznanie wczesne i rychły zabieg. Już w pierwszych godzinach można chorobę na pewne rozpoznać na podstawie silnych bólów w żywocie, napięcia mięśni i bolesności, podniesienia ciepłoty, hiperleukocytozy, tętna przyśpieszonego, wejrzenia ciężko chorego, wymiotów i t. d. Jeżeli pierwsze przypady nasuwają podejrzenie, że się rozpoczyna zapalenie otrzewnej, powinno się natychmiast wezwać chirurga, aby on leczenie dalsze objął. Zabieg operacyjny polegać ma na wyszukaniu i usunięciu ogniska zakaźnego; do tego potrzebne jest cięcie rozległe, albo kilka małych. Co do skuteczności przepłókania celem odkażenia jamy otrzewnej zdania chirurgów są podzielone; niewątpliwie pożyteczne są w przypadkach przedostania się chemicznie żrących płynów lub ciał obcych do jamy otrzewnej. Najskuteczniejszym środkiem do zwalczania zapalenia jest osączkowanie dużymi tamponami według Mikulicza. U kobiet można sączek przeprowadzić przez tylne sklepienie. W leczeniu następowem nieocenione usługi oddają śródżylne wstrzykiwania rozczynu soli kuchennej. Jeżeli po operacyi występuje zupełne zaparcie żywota i wymioty, nie dające się usunąć zwykłymi sposobami, powinno się założyć przetokę kałową. Wyniki pooperacyjne są korzystne, jeżeli się je wykona w ciągu pierwszych 12, najdalej 36 godzin, zwłaszcza w przypadkach, mających punkt wyjścia w wyrostku robaczkowym.

Lenander (z Upsali) podnosi wielką doniosłość rychłego rozpoznania i docieczenia punktu jego wyjścia w zapaleniu ostrem otrzewnej, w którem należy operować jak najrychlej przed wystąpieniem objawów porażnych. Podczas operacyi trzeba wyszukać punkt wyjścia zapalenia i usunąć go. W przypadkach porażenia trzew należy naciąć jelita w jednem lub kilku miejscach w celu wypróżnienia, założyć przetokę kałową, a w rozpaczliwych przypadkach resekować $^1/_2$ do 3 metrów jelita porażonego. Jeżeli zapalenie ma punkt wyjścia w wyrostku robaczkowym i jest powikłane z porażeniem kątnicy, założyć należy przetokę kałową lub przyszyć kątnicę do rany w ścianie brzusznej, aby bez uśpienia założyć się dała przetoka kałowa w razie potrzeby. Jeżeli się okaże potrzeba wydalenia ropy z głębi jamy otrzewnej około śródjelicia, wskazane są przepłókiwania rozczynem soli kuchennej 9‰ ogrzanym do 40° C. Należy przytem osączkować jamę brzuszną. Podczas operacyi asystent musi być gotowym do wstrzyknięć śródżylnych w danym razie. W leczeniu pooperacyjnem starać się trzeba wszelkimi możliwymi sposobami o utrzymanie funkcyi wszystkich narządów i o odżywianie chorego. W tym celu stosuje się lewatywy odżywcze do odbytnicy i przetok kałowych, wstrzykiwania podskórne lub śródżylne fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, odżywiania zaś przez usta trzeba unikać lub podawać tylko w drobnych dawkach.

Lejars (z Paryża) zastanawia się kolejno nad powodami i rodzajami zakażenia otrzewnej, nad środkami obronnymi ustroju samego, nad środkami leczniczymi, opartymi na znajomości samoobrony ustroju i nad leczeniem drogą operacyjną i bez operacyi. Zapalenia na tle gruźliczem nie uwzględnia. Każde zapalenie otrzewnej wywołują drobnoustroje. Przedostają się one do jamy otrzewnej z zewnątrz przez ranę z urazu albo operacyjną; z przewodu pokarmowego lub moczopłciowego wreszcie dostać się mogą przez obieg krwi, n. p. w posocznicy, róży, z ropni oddalonych i t. d. Przebieg choroby i rokowanie zależy od źródła zapalenia. Z pomiędzy środków samoobrony ze strony otrzewnej i ustroju wylicza przedewszystkiem fagocytozę, którą należy podtrzymywać wstrzykiwaniami surowicy końskiej ogrzanej, lub rozczynu fizyologicznego soli kuchennej do jamy otrzewnej, lub wstrzykiwaniami kwasu nukleinowego podskórnie. Na drugim planie jest dążność otrzewnej do tworzenia wypociny włóknikowej i zlepów; wreszcie silna akcya serca i nerek. Zapalenie trzeba rozpoznać w okresie wczesnym, ocenić jego ciężkość i przystąpić wcześnie do operacyi. W razie przerwy w ciągłości należy natychmiast operować, niemniej w rozmaitych rodzajach niedrożności. Nawet w rozpaczliwych przypadkach operacya jest wskazaną w celu przyniesienia ulgi w cierpieniu. Jeżeli się uzna potrzebę operacyi, to ją trzeba natychmiast wykonać. Cięcie środkowe lub boczne zależy od domniemanej siedziby choroby. Wyszukawszy lokalną przyczynę zapalenia, usuniemy ją, a po operacyi zaleca się wytamponowanie jamy otrzewnej lub założenie przeciwotworów w jednem albo kilku miejscach. Leczenie bez operacyi polega na unieruchomieniu ciała i przewodu pokarmowego, dyecie, niemniej podtrzymywaniu sił i leukocytozy przez wstrzykiwania podskórne albo śródżylne surowicy.

Mc. Cosh (z Nowego Yorku) stwierdza, że w ostatnich 10 latach zmieniło się nasze zapatrywanie na operacyjne i ogólne leczenie zapalenia otrzewnej i kończy swój wywód, że nie można postępować jednako we wszystkich przypadkach. W większości przypadków wskazaną jest operacya, są jednak i takie przypadki, gdzie operacya wywiera wpływ niekorzystny. Niewątpliwie są przypadki ogólnego zapalenia otrzewnej, wyleczone bez operacyi. Głównymi czynnikami dla pomyślnego przebiegu po operacyi jest rychłe i proste jej wykonanie i usunięcie przyczyny. Przepłókiwanie rozczynem soli zaleca się; unikać jednak należy płynów chemicznie lub mechanicznie drażniących. Sączków powinno się używać; założenia przetoki jelitowej mowca nie zaleca. Tamponowanie gazą jest szkodliwe. Bardzo korzystne jest ułożenie chorego według Fowlera po operacyi, t. j. podwyższenie górnej połowy ciała. Łóżko u głowy należy podnieść o 50 cm.

De Isla (z Madrytu) streszcza swe sprawozdanie w następujących zdaniach: leczenie zapalenia otrzewnej nie jest tematem nowym, ale proces zakaźny otrzewnej jeszcze nie został dokładnie zbadany. Morfina, atropina, spokój bezwzględny, wstrzykiwania podskórne i śródżylne rozczynu soli mają wielką wartość w leczeniu zapalenia otrzewnej. Aseptyczne zapalenie otrzewnej i zakaźne bez wypociny, których nie można lekami leczyć, niemniej septyczne i ropne — trzeba operować i to po poprzedniem zbadaniu krwi. Zabieg chirurgiczny zależy od uszkodzenia narządów brzusznych i techniki operacyjnej, zastosowanej do poszczególnego przypadku. Wybór zabiegu zależy od klasycznej zasady *quare-quando-quomodo-ubi*. Celem leczniczym w zapaleniu otrzewnej musi być podniesienie odporności otrzewnej i wyzyskanie naturalnych i znanych środków obrony ustroju.

Zawadzki (z Warszawy) podał wykaz przypadków, w których Towarzystwo pierwszej pomocy w Warszawie było czynne. W liczbie tej były przypadki uszkodzenia brzucha.

W niniejszem sprawozdaniu streściłem przedmiotowo i wiernie niemal wszystkie przemówienia. Oryginalne prace sprawozdawców wszystkich sześciu kwestyi, będących na porządku dziennym, znajdzie czytelnik w pracy sprawozdawczej sekretarza generalnego dr. Depagea, wydane pod tytułem: „Premier Congrès de la société internationale de Chirurgie“.

Bogdanik.

XII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Sprawa ministerstwa zdrowia wciąż wypływa na porządek dzienny wieców lekarskich, jako też często jest tematem rozpraw, spotykanych w pismach lekarskich. I na ostatnim Wiecu Izb lekarskich, który się odbywał 3 i 4 października w Insbruku, sprawę tę poruszono. Mianowicie Dr. List, prezydent dolno-austryackiej Izby lek., uzasadniał w dłuższym referacie wniosek, żądający

utworzenia w Austryi ministerstwa zdrowia. Ponieważ dawniej wyrażane w tej sprawie życzenia nie znalazły u władz łaskawego ucha, wzywał referent Izby, by zwróciły się do ludności z wezwaniem, iżby od swych posłów żądała wstawiennictwa w parlamencie za urządzeniem ministerstwa zdrowia. W dyskusyi, jaka się rozwinęła nad tym wnioskiem, wyraził Dr. Brenner (Berno) żal, że lekarze tak mały biorą udział w życiu politycznem. Parlament liczy w swem gronie ledwo 4 lekarzy i dlatego na żądania lekarzy nikt się nie ogląda. Dla tych więc powodów Izby lekarskie, zdaniem mowcy, powinny wezwać lekarzy do brania czynnego i żywego udziału w życiu politycznem i do stawiania swych kandydatur przy najbliższych wyborach do parlamentu.

Zbyteczną jest rzeczą uzasadniać, jak doniosłego znaczenia dla ludności i dla państwa jest sprawa zdrowia publicznego: tymczasem tak ważną i tak doniosłą, rozległą i wymagającą specyalnej nauki i doświadczenia sprawą zajmuje się dziś w Austryi mały oddział, przylepiony sztucznie do ministerstwa spraw wewnętrznych i poddany jego władzy nadzorczej. Pomimo, że oddział ten nie ma wielkiej swobody działania, jednak już nie jedną wielką rzecz stworzył. Ileżby jednak dotąd zdziałało samoistne i niezależne ministeryum? Już raz ludzie, mający władzę w państwie, powinni zrozumieć, że kwestya zdrowia publicznego, to pierwsze i najważniejsze zadanie państwa. Przed 30 laty zaznaczył to najwybitniejszy mąż stanu Anglii, Disraeli. Wyjątek z mowy jego, wygłoszonej na meetingu przed publicznością, składającą się mniej więcej z 50.000 głów, a dotykający omawianej sprawy zdrowia publicznego, pozwalamy sobie powtórzyć w przekładzie za *»Oesterreichische Aerztliche Vereinszeitung«* (Nr. 20, 1905).

„Mojem zdaniem sprawa publicznego zdrowia jest owem społecznem zadaniem, które winno wszystkie inne zadania wyprzedzać i które musi w pierwszym rzędzie zająć uwagę męża stanu i polityka każdej partyi. Pozwolę sobie to powtórzyć: kwestye zdrowia publicznego przewyższają doniosłością swoją wszelkie inne sprawy tak, że nad nie niema wyższej dla praktycznego męża stanu. Jeden wielki uczony zwykł opowiadać, że do Wulgaty musiał się wkraść błąd. Przysłowie, w którem król Salomon pomieścił kwintesencyę ludzkiej mądrości, brzmiało nie: „Vanitas vanitatum, omnia vanitas“, lecz: „Sanitas sanitatum, omnia sanitas“. Nigdy za często nie można tego powtarzać, że jeśli chodzi o ocenę wielkości i znaczenia jakiegoś narodu, to najpierw należy zwrócić uwagę na jego stosunki zdrowotne. Możemy sobie wyobrazić kraj, pokryty trofeami zwycięskiemi, który chełpi się bogactwem swej sztuki, skarbami, nagromadzonymi w swych muzeach i bibliotekach: kraj ten zamieszkiwać może lud inteligentny, sprytny i obrotny; jeśli jednak obliczenia wykazują, że ludności ubywa, że przeciętna wysokość mężkiej ludności coraz bardziej maleje, to można na pewno przepowiedzieć, że naród ten powoli straci swoje wielkie historyczne znaczenie i swoje wpływy. I dlatego jeszcze raz zaznaczam, że chciałbym wszystkim moim słuchaczom to głęboko w duszę wpoić, że sprawy zdrowotne stoją daleko ponad wszelkiemi innemi sprawami, zajmującemi mężów stanu. One nietylko przewyższają wszelkie zasadnicze zagadnienia, które rozdzielają partye polityczne, ale nawet panują ponad wszystkiemi innemi sprawami, które z powodu swego wielkiego znaczenia zacierają różnice partyjne. Musimy o tem pamiętać, że wielkość naszego kraju zależy przedewszystkiem od fizycznego rozwoju jego mieszkańców i że wszystko, co zmierza do podniesienia zdrowia publicznego, utrwala wielkość i sławę naszego narodu“.

W kilka dni później w podobny sposób mówił lord Derby przy otwarciu jakiegoś szpitala i wspomniał w mowie swej o stanie lekarskim i o sprawach zdrowotnych.

„Przed niedawnemi laty“, mówił lord Derby między innemi, „uważanoby politycznego przywódcę po podobnem oświadczeniu (jakie niedawno złożył Disraeli) za ekscentryka, a dziś widzi każdy w tem oświadczeniu wyraz słusznego zrozumienia tego, co boli naród. Jest to ciekawa zmiana w naszych zapatrywaniach, a tym, którzy tę zmianę sprowadzili i spowodowali, winniśmy głęboką wdzięczność. Na chwałę stanu lekarskiego należy naznaczyć, że zawsze wielka liczba lekarzy czynnie popierała wszelki postęp na polu higieny i że równocześnie starali się z jednej strony cierpiącemu pomódz, a z drugiej strony równocześnie głosili naukę, że lepiej jest chronić przed cierpieniom, niż cierpienie leczyć“.

Takim duchem przeniknietych, — kończy wyżej powołane pismo — chcielibyśmy my, lekarze Austryi, widzieć mężów, dzierżących władzę; takiego szerokiego światopoglądu życzymy owym wszystkim, prawnikom i nieprawnikom, w których rękach złożyły losy prawo rozstrzygania o naszej doli i niedoli. *Stahr.*

VII. międzynarodowy Kongres robotniczy, poświęcony sprawie ubezpieczenia (*Arbeiterversicherungskongres*), odbył się niedawno w Wiedniu i poraz pierwszy ściągnął sporą liczbę lekarzy, którzy stanęli, by bronić interesów zawodowych i przemówić jako rzeczoznawcy. Najważniejszym punktem programu była bowiem sprawa ujednostajnienia i uproszczenia ubezpieczenia robotniczego. Żaden z dotychczasowych Kongresów nie liczył tylu uczestników, bo i na żadnym nie było na porządku dziennym tak aktualnej sprawy, jak wyżej przytoczona. Obok przedstawicieli różnych rządów można było widzieć na Kongresie dwie grupy, biorące żywy udział w pracach Kongresu: zastępców niemieckich Kas chorych i niemieckich lekarzy. Zastępcy Kas chorych starali się bronić swego stanowiska i wpływu na ubezpieczenie robotnicze. Lekarze zaś pojawili się, aby przecież raz wobec całego świata zaznaczyć, że i ich życzenia muszą być nadal uwzględniane przy wszelakich zmianach ubezpieczenia robotniczego, zważywszy, że jako wykonawcy danego ustawodawstwa, są najważniejszymi czynnikami. Walka burzliwa, do jakiej zerwał się w ostatnich latach cały stan lekarski, uświadomiła lekarzy i przekonała ich, że jeśli coś chcą mieć, to muszą o to się upomnieć i żądać. I dlatego skorzystali z nadarzającej się sposobności „VII-go międzynarodowego Kongresu“, aby zabrać głos. Wszystkim członkom Kongresu rozdano broszurę p. t. *»Forderungen und Vorschläge der Aerzte zur Abänderung der deutschen Arbeiterversicherugsgesetze«.* (Żądania i rady lekarzy w sprawie zmiany niemieckiego ustawodawstwa, tyczącego się robotniczego ubezpieczenia). Tegoroczny Wiec lekarzy niemieckich w Strassburgu uchwalił tę broszurę wydać, a niemiecki związek stowarzyszeń lekarskich wykonał tę uchwałę. Lekarze niemieccy przez rozdanie tej broszury chcieli już na samym wstępie Kongresu zaznaczyć, że są i będą śledzić bieg prac na Kongresie i że we wszystkich sprawach, które ich dotyczą, chcą zabierać głos. Niemieckie Kasy chorych wysłały swych najgorętszych przedstawicieli i dlatego zdawało się, że w Wiedniu ostro zetrą się zdania niemieckich Kas chorych i lekarzy. Jednakże zastępcy Kas chorych okazywali wobec lekarzy prawie życzliwą neutralność.

Sprawa niezależności lekarzy kasowych, a szczególnie sprawa wolnego wyboru lekarzy, została wszechstronnie oświetloną. Na ogół można było zauważyć, że rządy okazują skłonność niebardzo oglądać się na lekarzy, jeśli stan lekarski nie poruszy się i nie zakrzątnie koło swojej sprawy, a żądań swoich nie poprze zwartą organizacyą zawodową. I jeszcze jednego nauczył ten Kongres lekarzy, a mianowicie, że koniecznie powinno się, jeśli się chce przeprzeć swoje żądania, pojąć i zrozumieć potrzeby innych. Stan lekarski musi, jeśli chce zająć stanowisko, jakie mu się należy w życiu publicznem, wyjść z ciasnego koła codziennej praktyki i zająć się ogólnemi sprawami bieżącemi. Lekarz musi stanąć w rzędzie polityków społecznych.

Rozprawy na Kongresie były bardzo zajmujące. Duszą Kongresu był i tym razem Dr. Bodiker. Roztoczenie opieki nad warstwami pracującemi nazwał „kategorycznym imperatywem“ klas posiadających bez żadnych zastrzeżeń, przyczem wyraźnie podkreślił, że ubezpieczenie społeczne stanowi tylko drobną część owej szerokiej opieki, którą państwo winno we własnym interesie ludności pracującej, stającej do zapasów życiowych tylko z zdrowymi mięśniami. W pierwszym dniu Kongresu występowali prawie bez końca przedstawiciele różnych rządów i, mniej lub więcej przesadzając, opowiadali, co ich rząd zrobił dla ubezpieczenia robotniczego. I pokazało się znowu, że poza Austryą i Niemcami właściwie naprawdę nie istnieje nigdzie godne uwagi ustawodawstwo, tyczące się robotniczego ubezpieczenia, lecz przeciwnie, że w innych krajach dopiero podjęto jakieś pierwsze drobne próby w tym kierunku.

Sporo przemawiało w tej sprawie Francuzów i mimo gorącego zachwalania stosunków w swym kraju wywarli wrażenie, że dobrowolne wzajemne ubezpieczenie robotnicze we Francyi objęło zaledwo górne warstwy robotnicze, podczas gdy owa wielka masa pracującej ludności, która najbardziej ubezpieczenia potrzebuje, wcale nie jest ubezpieczoną, że zatem stosunki na tem polu we Francyi nie są nawet w połowie tak dobre, jak w Austryi, lub w Niemczech. I dlatego przedstawiciele niemieccy i austryaccy musieli z wielkim naciskiem podkreślać potrzebę przymusowego ubezpieczenia.

Drugi dzień Kongresu poświęcony był reformie ubezpieczenia robotniczego. Jak wiadomo, dąży nowe przedłożenie rządu austr. do ograniczenia swobody Kas chorych w sprawie autonomii, w sprawie stanowienia o sobie. Przedstawiciele Kas chorych gorąco się przeciw temu bronili i zastrzegali. Szczególnie ostro krytykował stanowisko rządu austr. reprezentant robotników austryackich, Dr. Verkauf, i żądał, by ustawodawstwo ochronne robotnicze zostawić pod wyłącznym wpływem robotników, jeśli się naprawdę dąży

do tego, by instytucye dobra i ochrony robotniczej rosły i rozwijały się. Przedsiębiorcy przecie nie mają w tej sprawie żadnego interesu społeczno-politycznego, ale wyłącznie finansowy. Takie samo stanowisko zajęli przedstawiciele niemieckich robotników. W sprawie lekarzy oświadczył poseł socyalno-demokratyczny do niemieckiego parlamentu Fraesdorf, że niemieckie Kasy chorych wysoko cenią pracę lekarzy, że jednakże sprawa niezależności lekarzy, tak zw. wolny wybór lekarzy, jest sprawą podrzędnego znaczenia i że załatwienie jej należy pozostawić lokalnym stosunkom. Sprzeciwił się temu Dr. Mugdan, bo sprawę wolnego wyboru lekarzy traktować należy nietylko z punktu widzenia finansowego, ale głównie z społeczno-politycznego. Wszelkie świadczenia dla ubezpieczonych zależą od lekarskiego orzeczenia. Podobnie, jak niezależnym jest stan sędziowski, co jest zdobyczą państw oświeconych, powinni i lekarze, jako sędziowie w sprawach ubezpieczenia robotniczego, być niezależni. Także Dr. Wolf Becher (Berlin) podkreślał przedewszystkiem stanowisko społeczno-lekarskie. Wolny wybór lekarzy nie jest, jak to powiedział Fraesdorf, sprawą podrzędną, ale najdonioślejszego znaczenia. Bez wolnego wyboru lekarzy nie ma społecznej higieny. Monachijska Kasa chorych wprowadziła u siebie wolny wybór lekarzy i jest z niego najzupełniej zadowolona. Dr. Scholl (Monachium) wyraźnie zaznaczył, że ostatnie walne zgromadzenie monachijskiej Kasy chorych wyraziło swoje zadowolenie ze systemu wolnego wyboru lekarzy i postanowiło system ten nadal u siebie zachować. Także i państwowe Kasy chorych w Niemczech poczyniły korzystne doświadczenia na wolnym wyborze lekarzy. Dr. Magen z Wrocławia omawiał szczegółowo żądania lekarzy niemieckich, wyrażone w wspomnianej broszurze, którą wydała Komisya Kas chorych, wybrana z łona związku stowarzyszeń lekarskich niemieckich, wskazał na zwartą i jednolitą organizacyę lekarzy niemieckich, która, jeśliby zaszła kiedykolwiek potrzeba, postara się o nadanie swym żądaniom potrzebnego nacisku. W końcu wezwał lekarzy austryackich do pójścia w ślad lekarzy niemieckich. Także Dr. Bauer z Monachium podnosi jeszcze raz przy końcu rozpraw, że lekarzom należy się głos w sprawie ubezpieczenia robotniczego i najzupełniejsza niezależność.

Lekarze przybyli więc na Kongres nieproszeni i niezgłoszeni; przybyli, aby bronić swej sprawy i przedstawić swe życzenia i żądania i odtąd, zrobiwszy dobry początek, powinni stale zjawiać się, — im liczniej, tem lepiej, — wszędzie tam, gdzie będzie mowa o ubezpieczeniu robotnika. Obecnie lekarze zgłosili na Kongresie 2 wnioski, które doznały ogólnego uznania. Brzmią one:

„Na porządku dziennym najbliższego międzynarodowego Kongresu w sprawie ubezpieczenia robotniczego mają być następujące sprawy:

1) Lekarze na służbie ubezpieczenia robotniczego i specyalnie stanowisko ich w sprawie ustawodawstwa ochronnego.

2) Urządzenie katedr medycyny społecznej.

Związek niemieckich stowarzyszeń lekarskich podejmuje się dostarczyć referentów".

Kongres zamknął dawniejszy prezydent ministrów austryackich, Dr. Körber, życzliwie wysłuchaną mową, w której podniósł, że ten kraj ma najlepszych robotników, który najlepszą ich otacza opieką. Jako miejsce przyszłego Kongresu wybrano Rzym. *Stahr.*

XIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 16 listopada.

* Zapewne dzięki przerwanej komunikacyi z Królestwem Polskiem dowiedzieliśmy się dopiero z ostatniego Nr. „Nowin lekarskich", że w pierwszych dniach listopada dobiega 25 lat działalności lekarskiej i naukowej dr. Władysława Biegańskiego i że Towarzystwo lekarskie częstochowskie urządza uroczyste posiedzenie dla uczczenia swego prezesa, a „Czasopismo lekarskie" wydaje specyalny numer, poświęcony jubilatowi. Pouczać lekarzy polskich, kim jest dr. Wład. Biegański, znaczy tyle, co posądzać ich o nieznajomość naszego piśmiennictwa lekarskiego w ostatniem ćwierćwieczu, w którem nazwisko Czcigodnego Jubilata figuruje na przeszło 70 pracach, począwszy od artykułów kazuistycznych, klinicznych, higienicznych, a skończywszy na obszernych podręcznikach lekarskich, traktatach treści ogólno-teoretycznej lub czysto filozoficznej. Z tego bogatego dorobku literackiego, szczególnie z dzieł treści filozoficznej, występuje umysłowa sylwetka Władysława Biegańskiego, jako lekarza o niepospolicie szerokiej erudycyi i jako samoistnego myśliciela, który czynności zawodowej lekarza przy łożu chorego wskazał zasady metodologii i prawa logicznego myślenia. Postępowy i nowoczesny w zakresie nauki, w sprawach społecznolekarskich pozostał przy dawnych przykazaniach, do takiego przynajmniej wniosku upoważniają nas wydane przez Jubilata „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej", będące zbiorem między innymi najwznioślejszych poglądów na stosunek lekarza do społeczeństwa.

Tych kilka słów, nie mających najmniejszej pretensyi nawet do szkicowej oceny działalności Wł. Biegańskiego, ani licujących z powagą jego stanowiska w literaturze naukowej, dają nam możność do złożenia Czcigodnemu Jubilatowi najszczerszych życzeń, by dla postępu nauki i dla dobra społeczności lekarskiej długie jeszcze lata żył i pracował tak owocnie, jak to do tej pory czynił i czyni.

* Wybory uzupełniające do Izby lekarskiej zachodnio galicyjskiej odbyły się dnia 10 b. m. — Członkiem Izby z grupy V-tej (powiaty: tarnowski, dąbrowski, brzeski i pilzneński) wybrany został dr. Wł. Rogalski z Tarnowa; zastępcą członka Izby z m. Krakowa — dr. Wilhelm Słapa.

* W grudniu b. r. przypada setna rocznica założenia wileńskiego Towarzystwa lekarskiego. Zarząd Towarzystwa uchwalił odłożyć obchód jubileuszowy do czasu, w którym z większą swobodą będzie mógł uczcić tę doniosłą chwilę, oraz pamięć znakomitych ludzi, którzy to Towarzystwo założyli.

* W sprawozdaniach ze stanu cholery „Ruskij Wracz" stale posługuje się nazwą „Prywiślanskij kraj" w miejsce „Królestwo Polskie", pomimo, że nazwa ta ze względu już na to, że Wisła płynie w trzech państwach, nie ma żadnej ścisłości geograficznej, a zatem i sensu, a ze stanowiska historycznego jest niezręcznem kłamstwem, ukutem w obłędnym zapędzie rusyfikatorskim. Dziwi ta nazwa szczególnie na kartach „Ruskiego Wracza", którego redakcya w każdym niemal numerze składa dowody bezwzględnego potępienia tych czasów, systemów i ludzi, którzy tę nazwę wymyślili i im przypisuje wszystkie obecne klęski Rosyi. Niezawodnie jest to tylko nieuwaga i złe przyzwyczajenie, które, spodziewamy się, zostanie usunięte, gdy się na nie zwróci uwagę.

* Dnia 4 stycznia 1906 r. odbędzie się w Wiedniu loterya na rzecz wdów i sierót po lekarzach, urządzona przez Instytut zapomogowy Związku austryackich towarzystw lekarskich. Biletów wygrywających nalicza loterya 1500, z których trzy główne wygrane wynoszą 25,000, 5,000 i 1.000 koron. Los jeden kosztuje koronę. Przypominamy naszym czytelnikom w Galicyi, że do Instytutu zapomogowego wpisani zostali wszyscy lekarze, przynależni do obu Izb lekar. galicyjskich i że przed kilku miesiącami nadesłana kwota została rozdzielona między potrzebujące wdowy i sieroty.

* Na podstawie orzeczenia Najwyższej Rady zdrowia prawo do obrotu aptecznego otrzymały następujące przetwory: 1) *linimentum gaultheriae compos.*, wyrabiane przez aptekarza dr. Juliusza Franzosa w Tarnopolu; 2) *elixir cinamo-sulfoguajakol.*, wyrabiany przez aptekarza Marcina Sobla i 3) *linimentum mentholi balsamo-camphoratum* — wyrabiany przez aptekarza Hermana Rubla.

* Na podanie drogistów, ażeby ograniczenia, tyczące się sprowadzania surowic leczniczych z zagranicy, zostały zniesione, austryackie ministeryum spraw wewnętrznych orzekło, że nie istnieją przeszkody, ażeby wielkim drogistom, którzy wnoszą w tym celu podania, dozwolone było sprowadzanie z zagranicy takich surowic leczniczych, na wprowadzenie których ministeryum już przyzwoliło, lub przyzwoli w przyszłości. Atoli przy podaniu drogiści mają wyraźnie oznaczyć rodzaj mającej się sprowadzić surowicy i źródło jej pochodzenia. Gdyby zaś szło o sprowadzenie surowicy leczniczej od innych firm zagranicznych, niż te, które ministeryum aprobowało w r. 1894, to c. k. władza polityczna ma obowiązek zasięgnąć zdania ministerstwa spraw wewnętrznych.

* Zarząd miejski w Magdeburgu doszedł do przekonania, że zakaz uczęszczania do szkół publicznych dzieciom, w rodzinach których zdarzyły się przypadki chorób zakaźnych, nie wpływa na ograniczenie szerzenia się epidemii, a może mu nawet sprzyja, gdyż uczniowie tacy, mając wiele czasu, wzajemnie się odwiedzają, chodzą do znajomych i krewnych i tem samem wytwarzają większe pole do rozsiewania zarazy, niż gdyby uczęszczali do szkół i systematycznie pracowali. Słuszność tego spostrzeżenia nie da się zaprzeczyć: ustawa w tym kierunku powinna być rozszerzona o tyle przynajmniej, ażeby dzieci,

oraz rodzice lub opiekunowie, zostali każdorazowo pouczeni o niebezpieczeństwie, wynikającem z tego rodzaju odwiedzin lub uczęszczania takich uczniów na widowiska, koncerty i t. d. Zatrzymanie uczniów i uczenic w domach, gdzie się zdarzyły przypadki chorób zakaźnych, ma jeszcze jednę bardzo ujemną stronę, gdy zarządzenie dotyczy pensyonatu, konwiktu i t. d., liczącego kilkadziesiąt dzieci: ścisłe zamknięcie ich w obejściu, w którem są przypadki zaraźliwej choroby, oczywiście naraża ich w pierwszej linii i naraża więcej, niż gdyby chodzili do szkół. Zatem stosowanie tej ustawy powinno być względne i w znacznej mierze pozostawione każdorazowej ocenie władzy sanitarnej.

* Między 22 a 28 października zaszły nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: borszczowskim, jaworowskim, kamioneckim, kołomyjskim, śniatyńskim — po 1 gminie i w stryjskim w 3 gminach.

Mianowani: Wydział krajowy mianował dr. Michała Leinkrama sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie. Dr. Baron mian. został profesorem kliniki ginekologicznej w Dijon.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Boulier prof. okulistyki — w Montreal. Dr. Ménière kierownik Instytutu głuchoniemych — w Paryżu.

Omyłki druku. W artykule dr. Wrzoska (Nr. 45) zaszły następujące błędy: Na str. 702 (szpalta druga, wiersz 24 z góry) wydrukowano: „do czterech bulionów zwykłych", powinno być: „do czterech bulionów zwykłych *i do czterech bulionów pod parafiną*".

Na str. 702 (szpalta druga, wiersz 19 z dołu) wydrukowano: „do bulionu i do bulionu pod parafiną", powinno być: „do bulionu *zwykłego* i do bulionu pod parafiną".

Na str. 703 (szpalta pierwsza, wiersz 21 z góry) wydrukowano: „...poczem do bulionu *C* zaszczepiłem..." — powinno być: „...poczem do bulionu *C i do bulionu* γ zaszczepiłem..."

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* Z. X. Bednarski: O torbielach powieki dolnej i oczodołu, wychodzących z gałki zarodkowej.

— *Nowiny lekarskie* Z. 11. Biegański: Medycyna wewnętrzna u nas na schyłku XIX wieku. Mięsowicz: Przyczynek do nauki o sprawach septycznych (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 45. Heryng: Therapie inhalačni a nové inhalačni methody (c. d.). Haškovec: Neuropathologické přispěvky (c. d.). Zahradnický: Zprava o chirurgické činnosti všeobecně okresní nemocnice v Nem. Brodě za r. 1904 (c. d.). Kimla: Spirochaete pallida (Schaudinn-Hoffmann) a jeji význam pro aetiologii syfilis (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 88. Hallion: Leczenie surowicze choroby Basedowa. Metoda Balleta i Enriqueza. Landouzy i Labbé: Ankieta w sprawie żywienia seciny robotników i urzędników paryskich, przedstawiona podczas międzynarodowego Kongresu przeciwgruźliczego w Paryżu — Nr. 89. Dieulafoy: Porażenie nerwów ruchowych oka u chorych na cukrzycę. Sollier: Heroina i heroinomania. *R. K.*: Cechy różniczkowe krętka bladego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 45. Neisser: Osobniczość a psychoza. Bouchard: Względna małość serca a usposobienie do gruźlicy przy nadmiernem wzrastaniu. Friedberger i Moreschi: O różnicy ras w durowym szczepie prątków. Hellin: Obustronny otok piersiowy. Roscher: Badania nad znachodzeniem się krętków bladych w kile (c. d.). Bab: Hopogan i ektogan.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 45. Spitzer: Etyologiczne leczenie kiły. Brandweiner: Czynne uodpornienie przeciw kile. Oppenheim: O znajdowaniu się krętków bladych w chorobowych produktach kiłowych i innych. Sperk: Urządzenie i działalność zakładu opiekuńczego „Towarzystwa opieki nad oseskami" w Wiedniu. Jellinek: Śmierć wskutek rażenia prądem elektrycznym (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 45. Keppler: Leczenie chorób zapalnych głowy i twarzy zapomocą przekrwienia zastoinowego. Conradi i Kurpjuweis: Znaczenie bakteryologicznych substancyi tamujących dla fizyologii i patologii jelit. Levy: Pochodzenie glikokolu w kwasie hipurowym. Morawitz: Stwardnienie rozsiane przebiegające z objawami poprzecznego zapalenia rdzenia. Stäubli: Przypadek podwójnej posocznicy. Jacobitz: O epidemicznem zapaleniu opon mózgowordzeniowych. Jancke: O znachodzeniu krętka bladego. Lingel: Zapobieganie gorączce połogowej.

Deutsche med. Wochenschrift Nr. 45. Mendel: Leczenie psychoz funkcyonalnych. Bail: Doświadczenia z bakteryobójczą zdolnością bakteryi. Tietze: Postępy chirurgicznego leczenia chorób kiszkowych. Croce: Uwagi nad przypadkiem rozległego zranienia prawej i lewej części czołowych płatów mózgu. Gerson: Uproszczony sposób zdejmowania elastycznych gorsetów gipsowych. Ringleb. Cystoskopia i litotrypsia w rozmaitem położeniu ciała.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 45 (od dnia 5/XI do 11/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 27, dziew. 13; nieżywo: chł. 2, dz. 2. — **Zmarło**: miejscowych męż. 17, kob. 10; zamiejscowych: męż. 10, kob. 5.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 4, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. 2, ob. —. 8) odra: miej. , ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 5, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem**: miejscowych 27, obcych 15.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

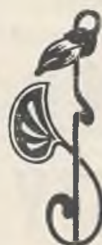
Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 22 b. m., o godzinie 6 wieczorem w *„Domu Towarzystwa"* posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. dr. Rydel mówić będzie „O czuciu wibracyi na podstawie obcych i własnych badań".

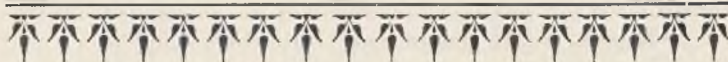
Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia Dra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu Dra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 500, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1905 roku do dnia 31 Marca 1908 roku. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzielona, stosownie do uznania Komitetu Konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jak również i podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłomaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z liczby prac, w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski*







Rok XLIV. Kraków 25 Listopada 1905. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Uodpornianie czynne przeciw cholerze.

Podał

Dr. Stanisław Serkowski.

Zarządzający Laboratoryum sanitarnem miejskiem w Łodzi.

Wiadomą jest już od dawna rzeczą, że człowiek posiada odporność na pewne choroby, będące swoistemi i niebezpiecznemi dla zwierząt; wiadomo także, że człowiek i zwierzęta po przebyciu niektórych chorób zakaźnych, stają się odpornemi przeciw tymże chorobom, a znanem to już było w czasach bardzo odległych, bo w XI i XII stuleciu co do ospy, a w jeszcze odleglejszej starożytności — co do niektórych spraw zakaźnych.

Czas rozpoczęcia szczepienia (wakcynacyi) jest synchronicznym z początkiem szczepienia ospy, ale naukowe zapoczątkowanie i uzasadnienie tych faktów datuje się dopiero od genialnych prac Pasteura, pierwotnie wspólnie z Chamberlandem i Roux'em, a później z Thulierem. Dalszy krok naprzód wykonali Salmon i Smith, ale największy postęp w nauce o sztucznej odporności zawdzięczać należy pracom takich uczonych, jak Robert Koch, Behring, Ehrlich, R. Pfeiffer, Gruber, Kolle, A. Wassermann i setki innych, którzy swoje cegiełki dokładali do gmachu wiedzy spółczesnej.

Szczepienia przeciw chorobom zakaźnym mogą być — według klasyfikacyi Ehrlicha — czynne i bierne. Pod nazwą biernej „pasywnej imunizacyi“ rozumiemy uodpornianie, w którem dany ustrój nie wytwarza czynnych ciał ochronnych i nie wysila się na pracę, lecz zachowuje się biernie: ciała ochronne wprowadza się do niego gotowe, razem z surowicą czynnie uodpornionych zwierząt. Taka bierna odporność trwa tak długo, jak długo znajdują się w ustroju człowieka (czy zwierzęcia) wprowadzone ciała ochronne; gdy surowica usunięta zostanie, giną wraz z nią i swoiste ciała.

W przeciwstawieniu do powyższej, nabywa ustrój czynnej odporności dzięki czynnej pracy, jako odczyn na pewne bodźce i wyraz wzmożonej działalności komórkowej: rolę tych bodźców odgrywają zazwyczaj zjadliwe, zabite, bądź też tylko osłabione swoiste drobnoustroje, t. zw. szczepionki (wakcyny), a wytworzone ciała ochronne działają swoiście przeciwko temu tylko gatunkowi bakteryi, z którego pomocą były wytworzone.

Swoista czynna odporność może być osiągnięta dwiema drogami — albo przez przebycie danej choroby, albo też przez sztuczne zakażenie. Niezmiernej doniosłości epidemiologicznej jest fakt, że rzeczywista długotrwała odporność zjawia się nietylko po ciężkich przypadkach, ale również często po bardzo lekkim przebiegu i ledwo dających się dostrzedz stanach chorobowych. Zasadnicze twierdzenie, udowodnione przez Briegera, Kitasato i Wassermanna, polega na tem, że zwierzęta można czynnie uodporniać nietylko z pomocą hodowli żywych, ale i zabitych. Zależnie od dozy szczepionki można uodpornić świnki morskie na tygodnie i miesiące od wielokrotnie większej dawki ponad stałą śmiertelną; surowica zwierząt, uodpornionych żywemi lub zabitemi hodowlami, nabiera własności rozpuszczania bakteryi swoistych, które — co łatwo sprawdzić laboratoryjnie — u nieszczepionych przeciwnie rozmnażają się, powodując w końcu śmierć zwierzęcia. Substancye, które powodują to rozpuszczenie bakteryi, były wykryte i zbadane przez Pfeiffera: są to t. zw. bakteryolizyny. One właściwie są głównem siedliskiem i przyczyną tej siły odpornej, którą posiada surowica zwierząt uodpornionych. Takież same ciała znajdują się też w surowicy ludzi, którzy przebyli lekką lub ciężką postać duru brzusznego, ewentualnie cholery, albo którym podskórnie zaszczepiono zabite laseczniki durowe, ewent. mętwiki choleryczne.

Niekiedy wśród ogółu lekarskiego zdarzają się przeciwnicy szczepień ochronnych, a wychodzą z tego założenia, że szczepienia te, naprzykład przeciw cholerze, znajdują się dopiero w okresie doświadczeń, jeszcze naukowo nieuzasadnionych. Taki pogląd powstać może jedynie wtedy, gdy w wyrazie „doświadczenie“ nie odróżnia się podwójnego celu, gdy tem mianem nazywać będziemy wszelką pracę naukową bez względu na jej kierunek; mówiąc ściśle o szczepieniach przeciw cholerze, wyznać musimy, że są one faktem już ustalonym i stwierdzonym. Inaczej się jednak rzecz przedstawia, jeżeli chodzi o wytłómaczenie istoty czynnej odporności i w tym kierunku trwa różnorodność poglądów, a doświadczenie nie zostało skończone. Fakt, że powstają wciąż nowe metody przygotowania szczepionek, nie przemawia zgoła przeciw skuteczności ich, ponieważ nietylko przeciw cholerze, ale i przeciw wszelkim innym chorobom zakaźnym otrzymać również można rzeczywiste uodpornienie czynne, niezależnie od metodyki, która stale dla wszystkich szczepionek waha się w granicach następujących: 1) czynne uodpornienie zapomocą bodźców zakaźnych silnych i zjadliwych, bądź osłabionych, bądź zabitych i 2) czynne uodpornienie, kombinowane z biernem, także zapomocą materyału zakaźnego silnie zjadliwego, bądź osłabionego, bądź zabitego. Powyższe granice rozszerzają się jeszcze skutkiem tego, że jednakowe w skutkach osłabienie zarazków można osiągnąć trzema sposobami — przeprowadzeniem ich przez ustrój pewnych zwierząt, wieloma chemicznymi i wieloma fizycznymi sposobami.

Oto przykłady.

Czynną odporność przeciw zakażeniu pneumokokowemu, prawie jednakową w skutkach, można osiągnąć bardzo różnorodnymi sposobami, które opracowali już Foà, Bordoni-Uffreduzzi, Fraenkel, Netter, Klemperer, Bonome, Emmerich, Kruse-Pansini, wreszcie Amy Kindborg w roku bieżącym. Króliki stają się więc odporne na dawki śmiertelne po wprowadzeniu im małych dawek hodowli pneumokoków, bądź też przez zaszczepienie im osłabionych lub zabitych hodowli, przesączu rozmaitych płynów, zawierających pneumokoki, „stężonych“ substancyi uodporniających, plwociny chorych na zapalenie płuc, krwi i śledziony myszy, szczepionych osłabionemi hodowlami; bądź też wysoko zjadliwej, ale silnie rozcieńczonej hodowli (co odpowiada małym dawkom), bądź wreszcie szczepiąc naprzemian osłabione i wzrastające dawki, lub osłabione i zjadliwe dawki. Uodpornić te same zwierzęta można, używając zabitych hodowli, a zabijając je przez ogrzewanie krótkotrwałe do 60°, albo trzydniowe przy ciepłocie 41°—42°, wreszcie przez dodatek chloroformu lub karbolu; w celu zaś osłabienia zarazka można używać starszych generacyi hodowli *dipl. pneumoniae*, albo plwociny ozdrowieńców lub wysięku z opłucnej z osłabionemi dwoinkami i t. d. Można też wreszcie stosować przesącz płynów, zawierających *dipl. pneumoniae*, hodowle bulionowe, wyciąg z wymiękłych (macerowanych) narządów, a z wyciągu stężone produkty z *dipl. pneumoniae*, pneumoproteiny, pneumotoksyny i t. d. I sam sposób szczepienia może być różny: za miejsce jedno- lub wielorazowych szczepień służy skóra, jama brzuszna i żyły. A wynik tych wielu sposobów jest prawie jednakowy: jak u człowieka przebycie zakażenia pneumokokowego daje krótkotrwałą, ograniczoną odporność, a surowica ozdrowieńców uodparnia zwierzęta przeciw sztucznemu zakażeniu ich, tak też i sztuczne czynne uodpornianie zwierząt daje stale pewien niewielki stopień odporności. Ostatnimi czasy Bassenge i Rimpau doszli co do duru brzusznego do wniosku, który i ja sprawdziłem przy szczepieniach przeciwcholerycznych, że wielokrotne wprowadzenie małych dawek ($^1/_{15}$ do $^1/_5$ mg. hodowli agarowej) daje to samo miano bakteryobójczości krwi, co i jednorazowa duża dawka, n. p. 2—4 mg.; ale jeszcze skuteczniejsze wyniki otrzymuje się przez trzykrotne szczepienie dawek 0·5—1—1$^1/_2$ ctm. sześc. wakcyny. Zbliżonych, a nawet jeszcze bardziej jaskrawych przykładów moglibyśmy wyliczyć długi szereg.

Po czynnem uodpornianiu odczyn ustroju występuje dopiero między 5-tym a 10-tym dniem, t. j. wtedy, gdy ciała uodporniające zostaną wchłonięte, co w następstwie wytwarza szybko substancye swoiste, które początkowo nagromadzają się w szpiku kostnym i śledzionie (doświadczenia Pfeiffera, Marxa i Wassermanna), a dopiero po 5 dniach przechodzą do krwi w większych ilościach.

Uodpornianie czynne stosuje się z dobrym skutkiem nietylko przeciwko zakażeniom znanemi bakteryami, ale również i innymi niższymi ustrojami, a nawet nieznanymi dotychczas czynnikami: tu możnaby wymienić wiele chorób nieznanego pochodzenia u zwierząt i szereg pierwotniaków, jak *pyrosoma bigeminum* („Texas“), *trypanosoma Brucei* („Tsetse“) i t. d. Zasada i dobry skutek czynnego uodparniania zapomocą żywych i zjadliwych zarazków sprawdzoną została na ludziach i zwierzętach w rozmaitych chorobach: wprowadzenie materyału zakaźnego na pewnem określonem miejscu ciała (naprz. podskórnie na ramieniu) powoduje zupełnie inny przebieg choroby, aniżeli naturalne zakażenie. Ta zasada najlepiej uwidocznia się na szczepionkach przeciwcholerycznych Ferrana i Hawkina. Ponieważ jad, zawarty w prątkach cholerycznych, tak jak i w durowych, należy do grupy, t. zw. „endotoksyn“, nie jest produktem wydzielniczym bakteryi, lecz ściśle związany z ich istotą, opuszcza je wtedy tylko, jeżeli komórki giną, zastosowano więc (metoda Kollego) szczepienia podskórne ludziom hodowli cholerycznych, durowych i dżumowych; okazało się bowiem, że odporność po wprowadzeniu zabitych hodowli nie jest mniejszą, niż po zaszczepieniu takiej samej ilości żywych bakteryi, a fakt ten został udowodniony przez ścisłe określanie bakteryobójczych własności krwi: miano (titr) tej ostatniej jest jednakowem w obydwóch przypadkach. Zrozumieć to łatwo, ponieważ mętwiki (wibriony) choleryczne żywe nie rozmnażają się pod skórą, lecz szybko giną w tkance podskórnej, a działają tylko uwolnione endotoksyny.

Jeżeli czynne uodpornianie zostało skombinowane z biernem, to odporność występuje szybciej i trwalej. Krytyka tej metody, która otrzymała już praktycznie prawo obywatelstwa przeciw bardzo wielu chorobom zakaźnym, czyni jej zarzuty, że przy równoczesnem wprowadzeniu surowicy i bakteryi pierwsza niweczy działanie endotoksyn i że receptory bakteryi, wiążąc się całkowicie *in vitro* z amboceptorami surowicy, powinny posiadać o wiele mniejszą siłę wywiązywania swoistych ciał w ustroju zwierzęcym, aniżeli bakterye bez surowicy. Praktyka i doskonałe wyniki, sprawdzone statystycznie i przez badanie krwi laboratoryjnie, zadały kłam wywodom teoretycznym; prócz wielu innych na tej zasadzie oparte są nowsze metody Bezredki i Gosio.

Sztucznie wytwarzana czynna odporność przeciw cholerze i durowi brzusznemu w ostatnich czasach jest na dobie, prawdopodobnie skutkiem prowadzonych wojen kolonialnych, które spotęgowały epidemię moru, cholery, duru brzusznego i czerwonki; podczas wojen wszelkie ogólne środki zaradcze, jak i indywidualne, są niemożliwe do przeprowadzenia i na pierwszy plan występuje uodpornienie przeciw tym chorobom. Za inicyatywą Wrightsa wykonano w r. 1899 zbiorowe szczepienia przeciwdurowe w armii angielskiej, mianowicie na 100 tysiącach ludzi zapomocą zabitych hodowli bulionowych; w roku zeszłym w Niemczech zastosowano szczepionkę durową u ochotników przed wysłaniem ich do Afryki; w Japonii Murata uodpornił przeszło 77 tysięcy ludzi; w Persyi Złatogorow 1482 osób przeciw cholerze, w Indyach Chawkin, Leumann i in. kilkadziesiąt tysięcy ludzi przeciw morowi i t. d.

Jak u zwierzęcia, które poddano sztucznemu zakażeniu durowemu (ewent. cholerycznemu), albo zatruciu zabitą hodowlą durową (resp. choleryczną), tak również i u człowieka odporność jest antyinfekcyjna, — zabójcza dla komórek bakteryjnych, ale nie antytoksyczna, to jest nie paraliżuje, ani nie niweczy działalności jadu. Szczepionki uodporniające muszą być 1) nieszkodliwe i dostępne; 2) możliwe w praktycznem zastosowaniu (co najwyżej 3-krotne szczepienia w 5—6 dniowych przerwach); 3) naukowo dobrze uzasadnione i możliwe do kontrolowania. Przed pierwszem i w kilka dni po ostatniem szczepieniu pożyteczną jest rzeczą wykonać

i porównać bakteryobójcze miano krwi (bakterycydyę *in vitro)*. Zarówno przeciw cholerze, jak i durowi brzusznemu, uodpornienie czynne bywa tylko czasowem (około 1 roku): nawroty duru brzusznego lub kilkakrotne przebycie duru lub cholery bez szczepień wskazują, że i w prawidłowych warunkach odporność nie zawsze bywa trwałą. Niema więc powodu na sprawę szczepionek zapatrywać się sceptycznie, jak nieuzasadnionym byłby nadmierny zachwyt.

Do badań własności uodporniających przeciw cholerze służyć mogą następujące zwierzęta: koza, koń, osieł, królik, morska świnka i pies, przyczem wykonywać można szczepienia podskórne i śródżylne (pierwsze do wyrobu surowic bakteryobójczych, drugie przeważnie do wytwarzania surowic aglutynujących) a także szczepienia do jamy otrzewnej (objaw Pfeiffera); te ostatnie wykonywują się prawie wyłącznie na morskich świnkach.

Wysokość uodpornienia zależy głównie od dawki szczepionki i może być doprowadzoną do znacznej wysokości wielokrotnemi, postępującemi dawkami. W końcu następuje okres krańcowy, poza którym zwiększenie dawki już nie pociąga za sobą wzmożenia niweczników. Prawidłowa surowica kozia posiada bardzo słabe bakteryolityczne działanie względem mętwików cholerycznych. Co najwyżej 0.02—0.05 surowicy koziej jest w stanie rozpuścić jedno prawidłowe uszko (=2 mg.) 18-godzinnej agarowej hodowli w jamie otrzewnej morskiej świnki. Po zaszczepieniu $^1/_2$ zabitej agarowej hodowli podskórnie, surowica kozy daje po tygodniu bakteryolityczne miano *0.01*; po następnych szczepieniach co 7 dni 1, 2, 4, 6 i 8 hodowli zabitych mętwików cholery, podskórnie-bakteryolityczne miano wzrasta do tego stopnia, iż *0.001 g.* surowicy zabezpiecza świnkę morską od 2 mg. zjadliwej hodowli; jeżeli w dalszym ciągu wprowadzać kozie śródżylnie żywe hodowle choleryczne w przerwach tygodniowych i w wzrastających dawkach ($^1/_2$, 1, 2, 4, 6 i t. d. hodowli), to ostatecznie można osiągnąć miano *0.0001 g.* Jak wiadomo, mianem (czyli titrem) dla bakteryolitycznej surowicy nazywamy najmniejszą dawkę surowicy, wystarczającą, aby zniweczyć działanie 1 uszka plat. silnie działającej 18-godzinnej hodowli mętwików cholerycznych, t. j. takiej hodowli, której najniższa dawka śmiertelna przy wprowadzeniu do otrzewnej wynosi $^1/_{10}$ część uszka.

Jak już wyżej zaznaczyłem, ostateczny, prawie jednakowy wynik da się osiągnąć różnemi metodami uodpornienia: zasadnicze metody uodpornienia przeciw cholerze opracowali Hawkin, Kolle, Lustig i Galeotti, Neisser i Shiga Bezredka i Gosio.

Metoda Hawkina polega na tem, że wprowadza się do ustroju szczepionki różnej siły: pierwsza słabsza przedstawia żywą hodowlę prątków cholerycznych, która wyrosła przy 39° C. w atmosferze tlenu i następnie w ciągu 3 dni była wielokrotnie przeszczepiana na nowe podłoża (*weak virus*); druga szczepionka jestto silnie zjadliwa hodowla cholery, wzmocniona przez wielokrotne przeprowadzenie przez ustrój zwierzęcy *(virus fixe)*. Druga wprowadza się pod skórę w 5—7 dni po pierwszej, a ilość pierwszej, jak i drugiej szczepionki wynosi od $^1/_{100}$ do $^1/_{10}$ hodowli agarowej, zależnie od wieku szczepionych; najwyższa doza = $^1/_6$ do $^1/_4$ hodowli agarowej; dzieciom 2 razy mniej. Wypróbowawszy te szczepionki na zwierzętach, później na sobie i kolegach. Hawkin następnie wykonał 42 tysiące szczepień w Indyach, a z tej liczby $^2/_3$ powtórnie, ogółem więc 70,000 Wynik szczepień pod każdym względem był pomyślny; odczyn niezbyt silny (miejscowe obrzmienie, t^0 nie wyżej 38,5° C.). Szczepienia podskórne są z tego powodu nieszkodliwe, że żywe prątki choleryczne pod skórą szybko giną; trwałość odporności wynosi około roku.

Metoda Kollego polega na tem, że zamiast żywych, wprowadza się jednorazowo zabite hodowle agarowe przy 56°. C. Dawniej Kolle donosił, że hodowle agarowe zabite należy kłócić z fizyologicznym roztworem soli kuchennej (2 naprz. na 1 ctm³. soli), podług zaś otrzymanego przezemnie listu od tego badacza, zamienił on obecnie metodykę w taki sposób, iż powierzchnię hodowli agarowej, obliczoną na 10 uszek, zmywa 0.85% roztworem soli, następnie ogrzewa tę zawiesinę w ciągu godziny przy 56° i dodaje 0.3% fenolu; zmiana polega na tem, że Kolle radzi zamiast jednorazowo szczepić dwukrotnie: Pierwsze wstrzyknięcie — jedno uszko (2 mgr. hodowli), drugie wstrzyknięcie po 8 dniach 3 uszka (t. j 6 mgr. hodowli). Kolle zbadał działanie tych szczepionek na 15 ludziach, a Murata[1]) w Japonii zaszczepił 77.907; gdy śmiertelność ogólna podczas epidemii wynosiła tam 75% na 1152 osób nieszczepionych, a które zachorowały na cholerę, to z pośród szczepionych zachorowało tylko 47 osób, z tych 20 zmarło. Złatogorow[2]) w Persyi w Taurydzie, gdzie w roku zeszłym zachorowało 20 tysięcy ludzi, a zmarło 15 tysięcy, zaszczepił metodą Kollego 1482 osób; szczepienia zmniejszyły śmiertelność o 4 razy, a liczbę zachorowań o 5 razy, prócz tego znacznie złagodziły przebieg choroby. Kolle w roku bieżącym wskazuje, że na wynik szczepienia nie jest bez wpływu i sama hodowla; zdarzają się hodowle dobrze i źle uodparniające. W ciągu kilku dni po zaszczepieniu następuje najprzód t. zw. „okres ujemny;“ uodpornienie zaczyna się na 8—10 dzień.

Szczepionki według Kollego, jak i Hawkina, wywołują nieznaczny miejscowy odczyn (ból w miejscach wkłucia, zaczerwienienie i obrzmienie), podniesienie się ciepłoty niewyżej jak o 1° C. i ogólne przykre samopoczucie w ciągu 12 godzin po zaszczepieniu. Metodę Kollego stosują obecnie przy szczepieniach w Łodzi, ale szczepienia odbywają się trzy, a nie dwa razy.

Metoda Lustiga i Galeotti. Szczepionki otrzymuje się przez rozpuszczenie młodych hodowli agarowych w słabym 1% ługu potasowym i strącenie zapomocą 1% kwasu octowego — nukleoproteidu, zawierającego ciała ochronne. Strącony osad przemywa się, dopóki przesącz wykazuje kwaśny odczyn, następnie suszy się w próżni. Szczepionka w postaci proszku może być przechowywana przez czas dłuższy. Metoda ta, pierwotnie służąca do uodpornienia przeciw morowi, zastosowaną była przez Tavela do cholery. Przygotowanie szczepionki odbywa się w drodze chemicznej, przez co usuwa się szkodliwe oddziaływanie gorąca na swoiste substancye bakteryjne. Według Tavela nukleoproteid, zastrzyknięty w ilości 0.005 gr. do otrzewnej zabezpiecza świnki morskie od śmiertelnej dawki mętwików (wibrionów).

Heller[3]) badał zjadliwość nukleoproteidu dla morskich świnek i królików, dalej odczyn przy dawkach śmiertelnych

[1]) Centr. f. Bacter., 1904, T. 35. Orig. Nr. 5.
[2]) Wiestnik Obszcz. higieny. 1905. Marzec. str. 346.
[3]) Centr. f. Bakter. I. 1905, XXXIX. 1 str. 106.

lub uodporniających, trwałość odporności i zmiany w surowicy zwierząt uodpornionych. Różna zjadliwość hodowli wcale nie wpływa na toksyczne własności nukleoproteidu. Do szczepień najlepiej nadaje się 1% roztwór suchego proszku w 1% roztworze sody. Dla morskich świnek 10—15 mg. nukleoproteidu na 100 gr. wagi ciała jest dawką krańcową; przekroczenie tej dawki wywołuje u zwierząt zatrucie. Przy mniejszej dawce (1—5 mgr. na 100 gr. zwierzęcia) odczyn jest słabszy, a zależność od dawki szybko ginie. Zwierzęta, które otrzymały pierwsze wstrzyknięcie, stają się odporniejsze na większe dawki; choleranukleoproteid wytwarza odporność przeciw jedno — i wielokrotnie śmiertelnym dawkom żywych mętwików cholerycznych i nietylko względem szczepu, z którego pochodzi preparat, ale i względem wszelkich innych szczepów. Heller stwierdził po jednorazowem szczepieniu odporność po 8 miesiącach, a po kilkakrotnem siła ochronna osobnika podnosi się stale na czas jeszcze dłuższy; dla człowieka do szczepień wystarcza 0.002 gr. proszku, rozpuszczonego w 1 ctm. sześć., co odpowiada $^1/_{10}$ hodowli agarowej Kollego.

Z podobnej też zasady wychodzi i Loeffler, którego zdaniem[4]) rzeczywiste fermenty bywają w wodnym roztworze mało odporne względem wysokich ciepłot; natomiast w bezwzględnie suchym stanie znoszą wysokie t^0 bez szkody dla swoich własności. Ponieważ bakterye i inne „antygeny“ pod wieloma względami wykazują zbliżony charakter do fermentów, więc Loeffler badał, czy zachowują też i właściwość wytwarzania niweczników przy nagrzewaniu w suchym stanie; w tym celu suszył aż do określonej wagi przy nizkich t^0 w ekssykatorze materyał potrzebny do wytwarzania niweczników, a następnie ogrzewał go w cieplarce $^1/_2$ godziny przy 150° C., lub 2—3 godziny przy 120°. Odważoną pewną ilość otrzymanego proszku mieszał równomiernie w fizyol. roczczynie NaCl i tej mieszaniny używał, jako szczepionki do czynnego uodporniania. Taki materyał z bakteryi *bac. suipestifer*, *bac. typhi*, *vibrio cholerae*, *bact. coli* i *bac. tuberculosis* nadaje się też do otrzymywania aglutynin w ustroju zwierząt. W ostatnich czasach Friedberger i Moreschi[5]) sprawdzili tę ostatnią metodę i przekonali się, że lepsze wyniki otrzymuje się przy nagrzewaniu do 120°, ponieważ 1-godzinne ogrzewanie do 150° wysuszonych mętwików cholerycznych niszczy prawie zupełnie ich „antygenne“ własności, jak również i aglutynacyjne; zaledwie przy znacznych dawkach szczepionki, ogrzewanej do 150°, otrzymuje się pewne bakteryobójcze miano w niedużych granicach.

Metoda Neisser-Shiga (metoda wolnych chwytników (receptorów). Pierwotne badania Neissera i Shiga[6]) dotyczyły właściwie lasecznikόw duru brzusznego i krwawej biegunki. Badacze ci spostrzegli, że w wodnych zawiesinach ogrzanych bakteryi — po odsączeniu tych ostatnich zapomocą sączka Reichela — można stwierdzić wolne chwytniki. W tym celu przenosi się jednodniową hodowlę do 10 cm. sześc. jałowego roczczynu fizyol. NaCl, ogrzewa się w ciągu godziny przy 60°, następnie dwa dni utrzymuje w cieplarce przy 37° i przesącza; dany płyn posiada własność wiązania aglutynin i cechy uodpornienia. Królik znosi śródżylnie 10 cm. sześć., poczem po drugiem zastrzyknięciu surowica daje miano 1:500, a po trzeciem 1:20000. U nas zaleca tę metodę Pruszyński[7]). E. Bertarelli[8]) zastosował metodę Neisser-Shiga do uodpornienia człowieka i królika przeciw cholerze.

Metoda Bezredki[9]). B. badał doświadczalnie na zwierzętach nowy sposób szczepień ochronnych przeciwko morowi, cholerze i durowi brzusznemu. Nowy sposób polegał na tem, że chcąc połączyć zalety czynnego i biernego uodpornienia, Bezredka miesza hodowle bakteryi z surowicą ochronną i wytwarza z tej mieszaniny materyał do szczepienia. Jeżeli zmieszać hodowle z odpowiedniemi surowicami, to bakterye podlegają skupieniu (aglutynacyi) i opadają na dno. W lejku rozdzielającym wyjałowionym oddziela się górną warstwę od osadu bakteryi, przemywa następnie jałowym roczczynem fizyol. NaCl i centryfuguje. Taki materyał szczepienny, składający się z aglutynowanych ciał bakteryi razem z surowicą i dodatkiem fenolu, podlega ogrzewaniu w ciągu godziny do 60° C. Po dwukrotnem wprowadzeniu wywołuje się szybką odporność w ciągu 24—48 godzin, z nieznacznym odczynem po 3 godzinach.

Metoda Gosio[10]), niedawno opublikowana i dotychczas właściwie zastosowana tylko do wyrobu szczepionek zarazy morowej. Jakkolwiek przy tej metodzie, jak i metodzie Kollego, wchodzą w grę zabite bakterye, Gosio zasadniczo zmienił technikę wyrobu szczepionek. Wychodzi z tego założenia, że dodatek 0.5 fenolu nie daje pewności, iż dana szczepionka jest jałową, jak to niedawno miało miejsce w Indyach, gdzie ze szczepionką zaszczepiono człowiekowi tężec: niema pewności, ponieważ obecność zabitych ciał bakteryjnych, tworzących szczepionki, służy za dobre podłoże dla obcych bakteryi; dalej sprawdzenie jałowości małej cząstki szczepionki nie świadczy o jałowości całej masy jej, a skutkiem wysokiej ciepłoty nieliczne pozostałe przy życiu bakterye bywają albo zahamowane w swym rozwoju, albo zamaskowane przez skupienia zabitych bakteryi. Dlatego też Gosio radzi dodawać do szczepionek przeciwmorowych telluryn potasowy (*kalium tellurosum*) w dużem rozcieńczeniu, który w obecności żywych bakteryi rozkłada się i opada w postaci czarnego osadu. R. Gloger[11]) zastosował telluryn potasowy do szczepionek cholerycznych (w mojej pracowni); wyjaśnił on zasadę tworzenia się czarnego osadu, zbadał warunki, przy jakich może się tworzyć, i zastosował *kalium tellur.* do różnych celów lekarskich i higienicznych.

Prócz tego dodatku, metoda Gosio polega na tem, że zamiast wązkich matras używa się naczyń o bardzo szerokiem dnie, oraz ściślej dawkuje ilość bakteryi tak, aby jednostka objętości zawsze zawierała jednakową wagę bakteryi. Cruz pierwszy w 1902 r. stosował odważanie ostatnich do danego celu: wagę bakteryi oblicza się, odejmując od wagi całej masy wagę przesączu. Wogóle więc Gosio używa następującej metody: hoduje zjadliwe swoiste bakterye w cien-

[4]) Deut. medic. Wochenschr. 1904. Nr. 52.
[5]) Centr. f. Bacter. I. 1905. XXXIX. 4, str. 453.
[6]) Deut. med. Wochenschr. 1903. Nr. 4, str. 61.
[7]) Gazeta lekarska. 1905. Nr. 21, str. 518.
[8]) Deut. med. Wochenschr 1904, Nr. 33, str. 1195 i nast.
[9]) Annales de l'Institut Pasteur, 1902, grudzień.
[10]) R. Zeitschr. f. Hygiene, 1905, t. 50, 3 i t. 51, 1.
[11]) Przegląd lekarski. 1905.

kich warstwach bulionu, osadza młode masy bakteryjne zapomocą surowicy o silnych własnościach aglutynacyjnych, odrzuca górną warstwę płynu, wyjaławia przy 65° C., przesącza szczepionkę, dawkuje ją wagowo, dodaje 1:200.000 tellurynu potasu i odrzuca wszelkie środki antyseptyczne, ograniczając się tylko do ścisłej aseptyki. (Dok. nast.).

II. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Nowy model nożyc do resekcyi żeber.

Podał

Prymaryusz **Dr. Józef Bogdanik.**

Dotąd do resekcyi żeber używane narzędzia nie zadawalniały mnie, ale nie zadawalniały i innych chirurgów, dowodem czego liczne modele, które rozmaici autorowie podają. Samo przecięcie żebra nie sprawia trudności, sprawia je jedynie przesunięcie jednego ramienia nożyc poza żebro, aby się wynurzyło w następnym przestworze międzyżebrowym. Chcąc to uskutecznić, musimy poprowadzić dość duże cięcie przez części miękkie, następnie musimy oddzielić okostną od żebra z powierzchni przedniej i tylnej zapomocą zakrzywionej skrobaczki (*raspatorium*). Potem dopiero wprowadzamy nie bez trudności jedno ramię nożyc, albo też piłkę łańcuszkową lub Gigli'ego i przecinamy żebro. Następnie czynność tę powtarzamy w miejscu drugiem.

Dużo zachodu tedy potrzeba, aby wyciąć mały kawałeczek żebra. Części miękkie przeciąć musimy na dość dużej przestrzeni, a okostnę od żebra oddzielić trzeba na przestrzeni znacznie większej, aniżeli wynosi kawałeczek wyciętego żebra. Wszystkim tym niedogodnościom zapobiegają nożyce, które według mego wzoru wykonał p. Ludwik Knapiński w Krakowie.



Nożyce składają się, jak rycina uzmysławia, z dwóch ramion rozsuwalnych. Jedno ramię ma dziób zakrzywiony 12 mm. szeroki i kończy się dosyć śpiczasto. Drugie ramię zaś ma na końcu równolegle do siebie przytwierdzone dwa brzuszaste noże w odstępie 12 mm. od siebie. Sposób postępowania temi nożycami jest następujący:

W uśpieniu lub znieczuleniu miejscowem nacinam ponad żebrem resekować się mającem i równolegle do jego osi długiej części miękkie na przestrzeni 5 do 6 cm. drążąc odrazu aż do kości. Następnie zwykłą skrobaczką oddzielam okostnę żebrową od żebra na powierzchni przedniej i na dolnym brzegu tegoż. Potem nacinam jeszcze części miękkie pionowo do cięcia poprzedniego tak, że linie cięcia tworzą krzyż albo literę T i przesuwam dziób zakrzywiony pierwszego ramienia nożyc poza żebro. Ramię to spełnia czynność skrobaczki, oddzielając okostnę od żebra na tylnej powierzchni i dziób, okalając żebro, wychyli się z następnego przestworu międzyżebrowego. Potem od dołu wsuwam na ramię to, drugie ramię nożyc opatrzone w parę noży i zbliżając do siebie ramiona nożyc, zamykam je, przez co wycinam odrazu 12 mm. długi kawałeczek żebra, który się razem z nożycami wydala. Naciąwszy następnie skalpelem opłucną żebrową, otrzymuję otwór dostateczny do osączkowania jamy opłucnej w przypadkach ropniaka opłucnego (*empyema*).

Nożyce moje nadają się przedewszystkiem przy ropniakach, lub jeżeli chcemy zmniejszyć objętość klatki piersiowej, wycinając po kawałku z całego szeregu żeber.

Zalety nożyc są z tego opisu jasne: upraszczają one i skracają znacznie resekcyę żeber, rana w częściach miękich jest małą i unika się zbytniego oddzielenia okostny od żebra. Wypróbowawszy już kilkakrotnie nożyce te, polecam je kolegom, nadmieniając, że mam jeszcze model węższy, gdybym n. p. u dziecka wyciąć chciał mniejszy kawałeczek żebra. Korzystniejszem jest jednak wycięcie większego kawałka, bo otwór się szybko zmniejsza, a potrzeba, aby był dość duży na pomieszczenie grubego sączka.

Nożyce rozkładalne dadzą się przez gotowanie łatwo wyjałowić, a w razie zstępienia noży można je rozkręcić i z osobna wyostrzyć. Wykonanie narzędzia przez p. Knapińskiego odpowiada w zupełności mojemu pomysłowi

III. **Kreseptol, Septosol i Lithantrol środki przeciwgnilne wyrobu krajowego.**

Podał

Doc. dr. Ig. Lemberger.

„Kreseptol", „Septosol" i „Lithanthrol" są to środki dezynfekcyjne, które wyrabia w tym roku nowo zawiązana polska fabryka produktów chemicznych „Beskid" w Białej. Środki te mają na celu zastąpić odpowiadające im przetwory przeciwgnilne wyrobu zagranicznego, a przeważnie niemieckiego, jakoto lysol, kreolinę i t. p. Środki te poddałem ścisłemu badaniu, a gdy wyniki badania wypadły pomyślnie, więc podaję je do wiadomości kolegów lekarzy w tem przypuszczeniu, że nie wszyscy wiedzą o istnieniu wymienionych przetworów przeciwgnilnych wyrobu krajowego.

Przedmiotem badania tych przetworów było poznanie składu chemicznego, jak również stopnia działania przeciwgnilnego i odwaniającego. Przy badaniu chemicznem ilościowem używano metod, polegających na destylacyi cząstkowej jużto bezpośredniej, jużto przy zmniejszonem ciśnieniu, jużto wreszcie parą wodną. Badania nad stopniem działania przeciwgnilnego wykonano w ten sposób, że kawałeczki mięśni, zbrukanych pyłem z podłogi, oblano w próbówce badanym rozczynem — w różnem zgęszczeniu i trzymano w cieplarce w temperaturze 37° C przez szereg dni, kontrolując codziennie, w której z probówek i w jakim czasie gnicie nastąpiło.

Celem badania stopnia działania odwaniającego, umieszczono w odpowiedniej ilości próbówek zbrukane pyłem z podłogi mięśnie, które oblano małą ilością wody i poddawano w cieplarce gniciu. Gdy mięśnie w próbówkach uległy daleko idącemu rozkładowi, zaprawiono je rozczynem wy-

mienionych środków w różnym zgęszczeniu i pozostawiono, badając, w jakim czasie odwonienie nastąpiło.

Wyniki tych badań były następujące:

I. Kreseptol. Środek ten przedstawia ciecz barwy brunatnej, w cienkich warstwach brunatno-czerwonej, woni fenolowej, oddziaływania alkalicznego. We wodzie, wyskoku i eterze rozpuszcza się w każdym stosunku

W stu częściach kreseptolu znaleziono:

Wody	23·75%
Fenolu + kresolu .	43·00%
Kwasu olejowego . .	33·25%
Amoniaku (NH_3) . .	1·33%.

Rozczyn wodny 0·10% działa wybitnie przeciwgnilnie, a rozczyn 0·25% odwaniająco. Kreseptol jest zatem środkiem wybitnie przeciwgnilnym i odwaniającym, który zawiera jako podstawę fenol i kwas olejowy.

II. Septosol. Jestto ciecz barwy żółtej, woni fenolowej, która się miesza z wodą i wyskokiem w każdym stosunku.

W stu częściach septosolu znaleziono:

Wody	17·5%
Kresolów	36·5%
Mydła i gliceryny . .	46·0%.

W rozczynie wodnym 0·10% działa przeciwgnilnie, a rozczyn 0·25% posiada zdolność odwaniania. — Septosol jest zatem rozczynem mydła kresolowego we wodzie i jest silnym środkiem przeciwgnilnym i odwaniającym.

III. Lithantrol przedstawia ciecz gęstawą, woni smołowej, barwy brunatno-czarnej, miesza się w każdym stosunku z wyskokiem, eterem, benzolem, eterem naftowym. We wodzie się nie rozpuszcza, natomiast tworzy zmieszany z wodą trwałą zawiesinę.

W stu częściach lithantrolu znaleziono:

Wody	9·50%
Benzolu	37·50%
Związków smołowych i żywic	53·00%.

Zawiesina 0·10% działa przeciwgnilnie, a 0·25% wybitnie odwaniająco. Lithantrol jest zatem silnym środkiem dezynfekcyjnym i odwaniającym, utworzonym z ciężkich produktów smołowych przy pomocy mydeł żywicznych.

Z przedstawionych wyników badania widzimy zatem, że wszystkie przytoczone wyżej środki posiadają bardzo wybitną zdolność dezynfekcyjną i odwaniającą, która w niczem nie ustępuje przetworom fabryk zagranicznych tak, iż środki te mogą być użyte do tych samych celów i zastąpią zagraniczne fabrykaty w całym tego słowa znaczeniu.

Uwzględniając skład chemiczny trzech wymienionych przetworów, zastąpić można septosolem i kreseptolem przetwory, będące w handlu pod nazwą: *antiputrol*, *baccilol*, *basol*, *bawarol*, *betalysol*, *karbosapol*, *kresapolin*, *kresol Rasching*, *lykresol*, *lysol*, *fenolin*, *sapokarbol I*, *sapofenol*. Lithantrol zaś zastąpi nam w użyciu: *kreolinę Pearsona*, *kresapol*, *desinfektol*, *izal*, *kresolinę*, *kresolvinę*, *negrolinę*, *sapokarbol II*, *sapokresolin*, *urpin*.

Pod względem wykonania technicznego przetworom tym również nie można uczynić żadnego zarzutu.

Kresoptol, septosol i lithantrol są to zatem dzielne środki dezynfekcyjne i odwaniające, które w działaniu zastępują w zupełności odpowiadające im środki zagraniczne; zasługują one ze wszech miar na poparcie ze strony lekarzy, a to tembardziej, że są to przetwory krajowego przemysłu chemicznego.

IV. Oceny i sprawozdania.

E. Pollak: **Przyczynek do nauki o kaszlu.** (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, XXXVIII, Nr. 12).

W ogłoszonej pod powyższym tytułem rozprawie, prócz wielu znanych, zajmujących szczegółów, opisuje autor własne spostrzeżenia, które poniekąd rzucają nowe światło na drogi, jakiemi powstawać może kaszel. Z treścią pracy warto zapoznać się, choćby tylko w skróceniu:

Na wstępie czytamy o ciekawem zapatrywaniu Albrechta Hallera, jakoby kaszel był aktem, zależnym od woli ludzkiej — „*Sache des Willens*“; pomimo, iż przyznaje, że istnieje także kaszel, który wbrew woli, lub też wbrew chęci — „*ungern*“ — powstaje, twierdzi jednak, że „dręczeniem zwierząt kaszlu wymusić nie można“. Już w 18-tem stuleciu czyniono próby wywołania kaszlu na drodze doświadczalnej u zwierząt, lecz dopiero badania, podjęte w drugiej połowie przeszłego stulecia, przyczyniły się do wzbogacenia naszych wiadomości w tym kierunku. Dzisiaj wiemy, że prócz kaszlu dowolnego, powstającego przez przeniesienie podniety woli z kory mózgowej na rdzeniowy ośrodek kaszlu, spotykamy się o wiele częściej z kaszlem mimowolnym, którego przyczyna może być ośrodkowa, lub powstawać w różnych okolicach obwodowego układu nerwowego. Według doświadczeń Kohtsa, dokonanych na psach i kotach, siedziba ośrodka kaszlu jest rdzeń przedłużony, tuż powyżej ośrodka mięśni wdechowych. Ośrodek kaszlu rozciąga się stąd aż do środka dołu równoległobocznego, odpowiednio do skrzydła popielatego, które ma dawać początek włóknom nerwu błędnego. Według Holma ośrodka dla odruchu tchawiczno-oskrzelowego należy szukać w jądrze nerwu błędnego. Kohts wywoływał kaszel u zwierząt, drażniąc elektrycznie lub mechanicznie te części po odsłonięciu móżdżku i rdzenia przedłużonego.

Nie wszyscy się na to godzą, czy klinicznie istnieje kaszel pochodzenia ośrodkowego. Schech spostrzegał wprawdzie po urazach rdzenia przedłużonego, przy padaczce i t. p. występowanie kaszlu, który odnosił do przyczyny ośrodkowej; badacze, jak Schroetter, M. Schmidt i inni, podają jednak w wątpliwość istnienie kaszlu przyrody czysto ośrodkowej. Zwykłym sposobem powstawania kaszlu jest droga odruchu: Podrażnienie nerwu czuciowego obwodowego przenosi się na rdzeniowy ośrodek kaszlu, skąd znów wychodzi podnieta dla akcyi tych wszystkich mięśni, które przy kaszlu są czynne. Do najbardziej czułych miejsc należy tylna ściana krtani i rozdwojenie tchawicy. Czułemi są także błona śluzowa gardła, dolnej powierzchni strun głosowych, tylnej ściany tchawicy, oskrzeli, wreszcie opłucna żebrowa. Błony śluzowej wejścia krtani, górnej powierzchni strun głosowych, jakoteż miąższu płucnego zaliczać tu nie można. Nerwem kaszlu dla krtani jest nerw krtaniowy górny, a dla tchawicy i oskrzeli nerw błędny poniżej oddzielenia się tamtego. Szereg miejsc, z których odruchowo można wywołać kaszel, odkrytych drogą doświadczeń na zwierzętach, doznał zwiększenia przez spostrzeżenia kliniczne, które wykazały, że punktem wyjścia dla kaszlu w danych warunkach mogą być inne jeszcze okolice ciała ludzkiego. Stąd powstały pojęcia o kaszlu nosowym, żołądkowym, macicznym i t. p. W miarę postępów nauki o chorobach nosa zapoznano się dokładniej z kaszlem nosowym. U wielu osobników już dotykanie błony śluzowej nosa, szczególnie w częściach tylnych, wywołuje kaszel. Najczęściej występuje ten odruch u osób ze zmianami chorobowemi w nosie i tłómaczy się podrażnieniem

włókien nosowych nerwu trójdzielnego. Zdania nie są zgodne, czy kaszel nosowy należy zaliczyć do odruchów fizyologicznych, czy też uważać go jako patologiczne zaburzenie w czynności odruchowej błony śluzowej. Naszem zdaniem słusznie skłania się autor do ostatniego zapatrywania. Natomiast uważa za dowiedzione, że kaszel, pochodzący z gardła, a dający się także wywołać doświadczalnie u zwierząt, należy do rzędu odruchów fizyologicznych. I na to nie wszyscy się godzą, jakoby opłucna żebrowa mogła być źródłem prawidłowego odruchu kaszlowego. Dawniejsi lekarze wierzyli w istnienie kaszlu żołądkowego. Dzisiaj bardzo poważne głosy oświadczają się stanowczo przeciw temu, a doświadczenia na zwierzętach, jak dotychczas, dały wyniki ujemne. Prawdopodobniejszem jest, że z wątroby może wyjść odruch kaszlu. Dawno znanym jest kaszel, pochodzący z narządów rodnych kobiecych, szczególnie przy zmianach położenia macicy i zrostach w miednicy małej. Wreszcie pojedyncze spostrzeżenia zdawałyby się przemawiać za możliwością kaszlu, pochodzącego z jąder, pęcherza moczowego, nerek, skóry, lub nawet z podrażnienia nerwów zmysłowych.

Niemniej dawno znaną jest wrażliwość w tym kierunku przewodu słuchowego zewnętrznego. Cassius Felix w r. 97 po Chr. wspomina już o tem. Obecnie powszechnie znanym jest objaw kaszlu wskutek wprowadzenia wziernika usznego, szczególnie zimnego, nawet wskutek samego dotykania się ścian przewodu. Taki sam skutek mogą mieć ciała obce. Najdawniejszem spostrzeżeniem pod tym względem jest przypadek Fabriciusa Hildanusa. Dziewczyna, u której przez lat 8 w lewym przewodzie zewnętrznym pozostawała kulka szklana, wielkości grochu, cierpiała z początku na uporczywe bole lewej połowy głowy i znieczulenie lewej połowy ciała. Do tych objawów przyłączył się wkrótce ustawiczny, suchy kaszel, a po 5 latach napady padaczkowe i zanik lewej kończyny górnej. Po usunięciu ciała obcego nastąpiło zupełne wyleczenie. Analogicznych przypadków dużo można spotkać w późniejszem piśmiennictwie. Nic dziwnego, że i nagromadzenie woskowiny, tworzące nieraz zbite czopy, może dać powód do kaszlu odruchowego.

Zdaje się jednak, że nie wszystkie okolice przewodu słuchowego zewnętrznego jednako w tym kierunku oddziaływają. Najczulszem miejscem ma być dolna tylna ściana przewodu, a autorowi wcale nie udało się dotykaniem przedniej części przewodu wywołać kaszlu. Czy drogi dośrodkowe tego odruchu mają początek w zakończeniach nerwu trójdzielnego, czy też błędnego, wielu badaczy nie uważa za rzecz rozstrzygniętą. Autor przekonał się, że miejscem, z którego ten odruch wywołać można, jest wyłącznie tylna górna część przewodu słuchowego kostnego i na tej podstawie twierdzi, że drogą tego odruchu jest gałąź uszna n. błędnego, która właśnie tę część w nerwy czuciowe zaopatruje. Kaszel pochodzenia usznego napotyka się często u ludzi ze zdrowym narządem słuchowym, jak i oddechowym tak, że uważać go należy za objaw fizyologiczny, który, według obliczeń rozmaitych autorów, występuje u 17—26% osobników badanych. Że nie występuje on stale u wszystkich, nie da się tłómaczyć nieprawidłowością w innerwacyi odruchowej, ale raczej mniej, lub więcej obfitem rozdzieleniem gałązek nerwowych. Autor w subtelny sposób dowodzi słuszności tego zapatrywania. Przekroczyłoby to jednak rozmiary tej oceny, gdybyśmy dowody te, zresztą wielce zajmujące, chcieli przytaczać.

Poprzednio opisane sposoby powstawania kaszlu usznego były znane. Nowem jest jednak spostrzeżenie autora, że i wskutek podrażnienia przyśrodkowej ściany jamy bębenkowej kaszel wystąpić może, że więc i to miejsce należałoby zaliczyć do rzędu t. zw. „regiones tussigenes.“ Dowodu na to mają dostarczyć 3 przypadki, opisane przez autora. W jednym z nich, najbardziej charakterystycznym chodziło o pacyenta z przewlekłym ropotokiem usznym, ze znacznem obrzmieniem błony śluzowej jamy bębenkowej i dużym ubytkiem błony bębenkowej. Po dłuższem leczeniu wypływ z jamy bębenkowej ustał, a błona śluzowa stawała się coraz cieńszą. Wtedy to spostrzegł autor, że gdy dotykał zgłębnikiem wzgórka jamy bębenkowej, występowało u pacyenta uczucie łechtania w krtani, silny kaszel i łzawienie oka po stronie ucha chorego. Ani dotykanie przewodu zewnętrznego, ani resztek błony bębenkowej, ani wreszcie drażnienie błony śluzowej nosa i gardła objawu tego wywołać nie zdołało. Gdy po kilku miesiącach pacyent doznał ostrego nawrotu w postaci ponownego ropienia, wraz ze znacznem obrzmieniem błony śluzowej jamy bębenkowej, wrażliwość okolicy wzgórka, względnie ściany przyśrodkowej na dotykanie zgłębnikiem znikła zupełnie, tak, że pomimo usiłowań autorowi w żaden sposób nie udało się wywołać odruchu kaszlu. Po kilku tygodniach w miarę leczenia obrzęk zaczął ustępować i wtedy ponownie można było wywołać kaszel przez dotykanie zgłębnikiem ściany przyśrodkowej jamy bębenkowej. Uderzającem było przytem, że w czasie, gdy jama bębenkowa była suchą, a błona śluzowa bladą i wątłą, najlżejszy dotyk wystarczał, by kaszel wywołać; obecnie wśród trwającego, aczkolwiek zmniejszającego się obrzmienia, trzeba było silniejszego ucisku zgłębnikiem, aby to samo osiągnąć. W drugim przypadku, prócz kaszlu, występował w tychże warunkach kłujący ból oka po stronie ucha chorego.

Możliwość zadrażnienia ośrodka kaszlu drogą nerwów jamy bębenkowej nie była dotychczas stwierdzoną. W pierwszej połowie ubiegłego stulecia opisywał Frank kaszel, występujący u osób nerwowych podczas przestrzykiwania ucha celem wydalenia ropy i tłómaczył ten objaw „drażnieniem nerwów jamy bębenkowej“. Zdaje się jednak prawdopodobnem, że w tych przypadkach część płynu, użytego do przestrzykania, dostała się przez trąbkę uszną do gardła i wywołała kaszel w sposób, dość często spostrzegany. Z drugiej strony Urbantschitsch opisał uczucie łaskotania i drapania w okolicy tylnej ściany krtani, występujące przy dotykaniu zgłębnikiem ścian jamy bębenkowej, uważając je za objaw rozpromieniania czuciowego. Autor w jednym ze swych przypadków podobną rzecz spostrzegał, nie zgadza się jednak z powyższem tłómaczeniem, ma raczej przekonanie, że przy drażnieniu zgłębnikiem dotyczących części błony śluzowej idzie zawsze o odruch, czy to w postaci szczątkowej, jako świadome uczucie łechtania w krtani, czy też w postaci motorycznej, jako akt kaszlu. W tej ostatniej, jako zupełnie rozwiniętej, obok wyraźnego kaszlu występuje równocześnie uczucie łechtania w krtani, które w miarę wzmagania się kaszlu coraz bardziej słabnie. Kaszel, pochodzący z jamy bębenkowej, podobnie jak i kaszel z przewodu zewnętrznego, bywa zawsze wtórorzędny, każdym razem wywołany nowem, obwodowem podrażnieniem, a nigdy nie bywa idyopatycznym. Autor zastanawia się nad drogą dośrodkową opisanego odruchu. Jamę bębenkową zaopatruje w nerwy czuciowe splot bębenkowy *(plexus tympanicus)*, który składa się z włókien nerwu językowo-gardłowego, nerwu trójdzielnego, a po części i nerwu współczulnego. Splot ten tworzy sieć najobfitszą w okolicy wzgórka jamy bębenkowej. Pokrywająca go błona śluzowa odznacza się szczególną cienkością i gładkością i ściśle jest zrośnięta z okostną. Uwzględniając jeszcze, że przez wzgórek przechodzi najgrubsza gałąź splotu, nerw Jacobsona, zrozumiemy, dlaczego właśnie to miejsce jest najczulsze na drażnienie. Obrzęk błony śluzowej jamy bębenkowej okazał się w przypadkach autora niejako ochroną dla jej nerwów czuciowych. Analogicznie możnaby tłómaczyć indywidualną wrażliwość różną budową anatomiczną, gdyż czasem nerw Jacobsona i inne gałązki splotu bębenkowego nie przebiegają w otwartych rowkach, ale w kanalikach częściowo, lub zupełnie zamkniętych.

Ze stosunków anatomicznych wynika, że część dośrodkowa łuku odruchowego mogłaby odpowiadać drodze nerwu trójdzielnego, albo też drodze nerwu językowogardłowego. Przypuszczając możliwość pierwszą, mielibyśmy typ kaszlu taki sam, jak nosowy. Autor twierdzi jednak, że przy ka-

szlu, pochodzącym z jamy bębenkowej, pośredniczyć może jedynie nerw językowogardłowy. Gdyby bowiem nerw trójdzielny był drogą tego odruchu, niezrozumiałem byłoby, dlaczego u tego samego osobnika, na ten sam bodziec włókna jego nosowe miałyby inaczej oddziaływać, niż włókna w jamie bębenkowej. Wreszcie znacznie dłuższa droga, którą przebyć musiałby odruch po nerwie trójdzielnym, w porównaniu do krótkiego przebiegu nerwu językowogardłowego, a także blizki stosunek tegoż do nerwu błędnego i jego ośrodków, utwierdzają autora w jego przekonaniu. Drażnienie błony śluzowej jamy bębenkowej zgłębnikiem przenosi się jednak pod innym względem także w kierunku nerwu trójdzielnego, czego dowodem równocześnie występujące łzawienie i ból oka, jako wyraz pobudzenia włókien czuciowych pierwszej gałęzi. Jak często zdarza się kaszel odruchowy na tej drodze, autor nie potrafi powiedzieć. Pomimo poszukiwań, prócz w opisanych przypadkach, objawu tego więcej nie napotkał. Tak więc kaszel, wywołany na drodze nerwu językowogardłowego, zalicza do odruchów patologicznych i nazywa „nerwowym", czyli „heterogen", w przeciwieństwie do odruchowego kaszlu, powstającego za pośrednictwem nerwu błędnego: „vagogen". Pierwszy przebywa bowiem taką drogę nerwową, która w prawidłowych stosunkach nie ma związku z ośrodkiem kaszlu.

W końcu zastanawia się autor nad warunkami, wśród których kaszel nerwowy występować może i przytacza różne zapatrywania, któremi usiłowano tłómaczyć istotę jego. Te tłómaczenia nie zadowalniają jednak autora, bo: „pomijając dośrodkowe i odśrodkowe neurony, znamy jedynie położenie komórek zwojowych, tworzących ośrodek kaszlu. O przestrzeniach odruchowych, pośredniczących między poszczególnemi znanemi stacyami, wiemy równie mało, jak o istocie, położeniu i budowie narządów odruch hamujących. Małe prawdopodobieństwo, byśmy obecnie wśród tego mroku doszli do poznania prawdy, uprawnia nas do poprzestania na doświadczeniach klinicznych". *Schoengut.*

V. Wyciągi.

CHIRURGIA. Alexander. **Leczenie chirurgiczne zapalenia opon pochodzenia usznego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 39, 1905). Leczenie operacyjne zapalenia opon ma jeszcze wielu przeciwników. A jednak wyniki pomyślne są częste. Operacya polegać może: 1) na natychmiastowem usunięciu sprawy chorobowej w samem uchu; 2) na odsłonięciu opony twardej; 3) na przecięciu jej i sączkowaniu przestworu podoponowego; 4) na wyssaniu płynu mózgowordzeniowego z otworu w oponie twardej i 5) na nakłuciu lędźwiowem. Zapalenie opon dzieli autor głównie na 3 grupy: ropne, gruźlicze i surowicze; po omówieniu patologii tych cierpień przechodzi on do wskazań i leczenia operacyjnego. Zapalenie gruźlicze autor wogóle wyklucza od operacyi. Zapalenie surowicze łączy się zwykle z zapaleniem tkanki mózgowej, jako surowicze zapalenie opon i mózgu. Znane są podobno przypadki wyleczenia, cierpienie to jednak wogóle dobrze zbadanem nie jest. W każdym przypadku nieropnego zapalenia opon (ale pochodzenia usznego) powinno się oponę twardą odsłonić, ewentualnie nawet sączkować przestrzeń podoponową. Często pewność co do rozpoznania dać nam może nakłucie lędźwiowe. Płyn wydobyty może być ropiasty, mętny od ciałek białych (bez drobnoustrojów), jasny z drobnoustrojami lub prawidłowy. Nakłucia lędźwiowego używają niektórzy jako czynnika leczniczego w zapaleniu opon pochodzenia usznego i wypuszczają w 3—8 dni po 5—20 cm.³ płynu. Autor takich wyleczeń nie widział; polepszenie występuje wybitne bezsprzecznie. Ropne zapalenie opon (z ucha) powinno się zawsze prawie operować. Niektórzy nie operują, gdy płyn przy nakłuciu lędźwiowem wychodzi mętny. Zdanie to jest jednak zupełnie niesłuszne, bo czasem i przy ropnym zajęciu błędnika lub ropniu mózgowym płyn może być także mętny. Rąk nie powinno się opuszczać nigdy. Sączkować najlepiej dwoma otworami (jeden nad jamą wyrostka sutkowego, a drugi z tyłu poza zatoką). Ewentualne wysunięcie się mózgu nie jest strasznem bardzo powikłaniem, ustępuje zwykle w gojeniu same. Haberor zastosował w ropnem zapaleniu opon rozległe odsłonięcie mózgu i usuwanie powierzchownych schorzałych części substancyi mózgowej. *Dr. A. Klęsk.*

Lorenz. **Skrzywienie kręgosłupa przy rwie kulszowej** (*scoliosis ischiadica*) **w teoryi i praktyce.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 39, 1905). Skrzywienie kręgosłupa przy rwie kulszowej tłómaczono różnie. Jedni uważają je za skutek porażenia mięśni, szczególnie wyciągacza grzbietu, wskutek zajęcia splotu lędźwiowo-krzyżowego. Inni nie uznają właściwego porażenia ruchowego mięśni, lecz raczej schorzenia gałązek czuciowych swego rodzaju. Nicoladoni uważa skrzywienie kręgosłupa za odruch w celu rozsuwania otworów międzykręgowych, przez co unika chory ucisku na nerwy. Lesser i Guse sądzą, że ucisk ten pochodzi od mięśnia gruszkowatego, opadnięcie zaś miednicy zwalnia napięcie tegoż mięśnia. Hoffa, który sam przebył to cierpienie, uważa skrzywienie za odruchowe przykurczenie w celu usunięcia bolu przy obciążaniu kończyny. Skrzywienie to kręgosłupa występuje zwykle typowo, t. j. zwrócone wypukłością ku stronie chorej w części lędźwiowej, (a w części piersiowej naturalnie na odwrót). Bardzo rzadko występuje skrzywienie ku stronie zdrowej. Oprócz tego występuje przytem mierne nachylenie ku przodowi i zgięcie w stawie biodrowym i kolanowym. Jeżeli badać będziemy schematy tych skrzywień, to dojść musimy do przekonania, że skrzywienie w rwie kulszowej pochodzi z tego, że chory nastawia w ten sposób szkielet, by punkty leżące między kością krzyżową, a stawem biodrowym leżały jak najbliżej, a to celem usunięcia naciągania i napięcia nerwów. Schematy wykazują, że w razie skrzywienia ku stronie chorej przy opuszczeniu miednicy punkta te leżą najbliżej. Staraniem naszem powinno być naśladować naturę, powinniśmy też w tem położeniu, jakie chory sam wybiera, założyć opatrunek gipsowy nawet na tygodnie i miesiące, a nie starać się przez powieszenie lub inne zabiegi przemocą skrzywienia wyrównywać. Wskutek procesów zapalnych to przykurczenie nerwu może pozostać dalej i wtedy trzeba w znieczuleniu po przejściu ostrego stanu znowu nerw (nie krwawo) wyciągnąć. *Dr. A. Klęsk.*

Lucas-Championnière. **Etyologia i leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 40, 1905). Redakcya powzięła szczęśliwy zamiar zasięgnięcia zdania w sprawie chorób wyrostka robaczkowego u zagranicznych operatorów i niniejsza praca jest właśnie krótkim poglądem wielkiego paryskiego chirurga na tę tak ważną chorobę. Autor zastanawia się w pierwszym rzędzie, czy tak często zdarzające się obecnie zapalenia wyrostka są rzeczywiście częstsze, niż dawniej, czy też może umiemy je lepiej rozpoznawać i częściej operujemy. Z doświadczenia swego przychodzi do przekonania, że i bezwzględnie liczba schorzeń na tę chorobę się wzmogła tak, że można powiedzieć śmiało, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest „nową" chorobą. Zdarzają się każdemu operatorowi chwile, w których spotyka tak wiele tych schorzeń, że wprost możnaby wtedy mówić o epidemii. To też pewnem jest, że w jednych okolicach choroba ta jest częsta, na porządku dziennym, w innych występuje znów bardzo rzadko. Zdarza się ona o wiele częściej po miastach, niż po wsiach. Zapalenie wyrostka występuje prawie zawsze w następstwie epidemii grypy tak, że niektórzy uważają nawet grypę za przyczynowy czynnik w zapaleniu wyrostka. Dalszym ważnym czynnikiem przyczynowym w chorobie, o której mowa, jest też bezwątpienia dyeta mięsna. W Ameryce i Anglii, gdzie ludzie odżywiają się głównie mięsem, grasuje ona silnie, podczas gdy n. p. w Algierze należy ona do rzadkości (pożywienie roślinne). W klasztorach o trybie życia roślinnym należy ona też do rzadkości, podobnie w więzieniach, podczas gdy w paryzkich liceach spotyka się ją u ludzi w tym samym wieku bardzo często. Tak zwane dziedziczne zapalenie wyrostka kładzie autor także na karb przeważającego pożywienia mięsnego. Niemało na rozwój choroby wpływa też nieregularne oddawanie stolca przy silnem odżywianiu. Czynniki wspomniane mogą zarazem wpływać zapobiegawczo przed tą chorobą. W leczeniu zapaleń wyrostka hołduje autor zasadzie jak najszybszego operowania każdego przypadku, z wyjątkiem, jeżeli zostaje wezwany już późno, n. p. 8—10 dnia choroby. Operuje i najbardziej zrozpaczone przypadki, nawet dające najgorsze rokowanie i uważa to za obowiązek każdego chirurga. Sączkuje tylko w razie ropy. Cięcie prowadzi nad mięśniem prostym, który potem odsuwa na bok, a przy szyciu zasuwa z powrotem na szew otrzewnej, by służył za naturalną pelotę przeciw tworzeniu się przepukliny. *Dr. A. Klesk.*

Hacker. **Dalsze uwagi w sprawie usuwania ciał obcych zapomocą ezofagoskopu.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 39, 1905). Autor rozporządza spostrzeganiem 38 przypadków ciał obcych przełyku. W przypadkach tych usunięto bez szkody dla chorego ciało obce zapomocą ezofagoskopu. Wogóle w literaturze opisanych jest dotąd 78 podobnych przypadków; z tych 78 przypadków w pięciu wykonano nacięcie zewnętrzne przełyku, trzy razy nacięcie żołądka, 16 razy zepchnięto ciało na dół, 46 razy wyjęto i 2 razy po wyjęciu ezofagoskopu chorzy zwymiotowali je. Przypadki nie

operowane wyszły wszystkie z wyjątkiem jednego, gdzie po wyjęciu rozwinęło się zakażenie i musiano także operować. Śmiertelność bez operacyi Stark oblicza na 5 prc.: są to przeważnie wszystko przypadki, gdzie lekarze przedtem niezręcznie manipulowali. Autor sądzi, że każdy chirurg powinien umieć ezofagoskopować, a uniknie się wielu nieszczęść. Nacięcie przełyku wykonywa autor przy bardzo dużych ciałach ostrych, które przez to już długo tkwią w przełyku; dalej w razie istniejącego zakażenia, i w końcu, gdy ciała innym sposobem usunąć nie można. Często spotyka się chorych, którzy twierdzą, że mają ciało obce w przełyku, a badanie ezofagoskopem nie wykazuje nic, lub czasem małą rankę jako pozostałość. Zwykle wtedy stan podmiotowy chorych po prześwietleniu poprawia się zupełnie. Trzy razy wsunął autor tubus do tchawicy, zamiast do przełyku i dopiero po cienkiej świeczce (*bougie*) udało się wsunąć tubus należycie. Gdzie Röntgen nic nie wykazuje, tam autor sonduje zawsze przedtem ostrożnie zgłębnikiem swojego pomysłu. Często spotyka się ciała obce ponad zwężeniem (n. p. rakowatej natury); autor wyjmował w podobnych przypadkach 11 razy, często nawet ciała miękkie, n. p. mięso. Najlepsze do użycia są: elektroskop Caspra, panelektroskop Leitera (daje duży dostęp do wyciągania), a w końcu najświeższej podane narzędzie firmy Reiniger-Gebbert-Schall, podług Görla. U dorosłych autor pędzluje gardło 2 prc. kokainą, u dzieci stosuje lekkie uśpienie chloroformowe. Technika po pokonaniu pierwszych trudności przy wkładaniu jest bardzo łatwą.

Dr. A. Klęsk.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. M. Reeb. **Badania drgawek porodowych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 40). R. przeprowadził dwojakie doświadczenia: 1) zbierał przez 8—10 dni mocz 2 chorych na drgawki porodowe i otrzymał małą ilość żółtawo-białego ciała, nierozpuszczalnego w wodzie, rozpuszczalnego w wyskoku, eterze i chloroformie. Żaby i świnki morskie, którym ciało to wstrzyknięto, ulegały porażeniu przez kilka godzin. Z moczu zdrowych położnic ciała tego otrzymać nie mógł; 2) mózg 2 chorych na drgawki porodowe wysuszył i sproszkował: $\frac{1}{2}$—1 gr. proszku tego w suchej postaci lub jako zawiesinę wprowadzał do opon mózgowych trepanowanych królików. Wszystkie zwierzęta zginęły po 16—52 godzinach wśród objawów porażenia. Ponieważ pomiędzy drgawkami a porażeniem zachodzi tylko różnica co do stopnia działania pewnego bodźca, więc R. ma nadzieję, że badania jego znajdują się na dobrej drodze. *B. Wojciechowski.*

O. Polano. **O własnościach wydzielniczych nabłonka owodni.** (*Zentralblatt für Gyn.* 1905, Nr. 40). Oprócz szczegółów stwierdzonych już przez innych autorów (Mandl, Bondi) odnośnie do siły wydzielniczej nabłonka owodni, zauważył P., że w nabłonku tej części owodni, która pokrywa łożysko, tworzą się wakuole w różnej ilości i różnych rozmiarów. Zjawiska tego nie spotyka się poza obrębem łożyska, ani też w owodni martwej płodu wymokłego. Pod względem wydzielniczym wyróżnia się część owodni pokrywającej łożysko w stosunku do reszty tej błony.

B. Wojciechowski.

L. Seeligmann. **W sprawie kazuistyki i techniki hebotomii. Nowa igła rowkowana dla wprowadzenia piłki Gigliego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 40). S. robi małe nacięcia przy górnym brzegu ramienia poziomego i dolnym ramienia zstępującego kości łonowej, wprowadza palec na tylną powierzchnię kości przy dolnym brzegu, drugą zaś ręką przeprowadza po tylnej powierzchni kości od góry ku dołowi igłę w postaci lekko wygiętej sondy rowkowanej, w której ukryta jest piłka Gigliego, zaczepiona oczkiem blizko końca igły. Przesuwając igłę, można obrać dowolny kierunek, w którym kość ma być przecięta, a ponadto chroni igła miękkie części od zetknięcia się z piłką, gdyż w czasie piłowania pozostawia się ją na swem miejscu. S. operował w ten sposób jeden przypadek z pomyślnym skutkiem dla matki, podczas gdy duży płód (4500 gr.) zmarł zdaniem S. wskutek dwukrotnego okręcenia się pępowiny około szyi. *B. Wojciechowski.*

O. Schaeffer. **Zmienna zbitość macicy wobec bodźców śródmacicznych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 40). Wobec szerokiej dyskusyi na ten temat w ostatnich czasach przypomina S. swe dawniejsze badania. Wynika z nich, że powolne lub szybkie rozszerzanie ujścia wewnętrznego macicy wywołują także w macicy nieciężarnej rozdęcie trzonu we wszystkich kierunkach, przez co macica przybiera kształt balonowaty; zbitość bywa wówczas średnia i odpowiada jednomiesięcznej ciąży, przyczem rogi stają się znacznie wiotsze od reszty trzonu; macica staje się gibszą w okolicy ujścia wewnętrznego, zupełnie jak podczas wczesnej ciąży; przy dalszem rozszerzaniu może macica zwiotczeć chwilami jeszcze bardziej, jak w IV. miesiącu ciąży, przy ciągłem zachowaniu kształtu balonowatego, a wtedy daje się ściana jej bez oporu sfałdować i łyżeczką daleko ku jamie otrzewnej wypuklić; wyższy stopień zwiotczenia jest w pierwszym rzędzie właściwością macicy po przebytej niedawno ciąży: długość jamy macicznej może przytem powiększyć się do 12 cm. Macica kobiety, która wcale nie rodziła, nie jest zdolną do zwiotczenia wysokiego stopnia, które natomiast łatwo zdarza się w następujących przypadkach: w niezupełnem zwinięciu się, niedokształceniu lub tyłozgięciu macicy, t. zw. *myometritis oedematosa* (przy niedokrewności), w stanie po poronieniu, po krwotokach macicznych, przy zmianach zapalnych w przydatkach. W tych zatem przypadkach wskazaną jest szczególna ostrożność przy skrobaniu. Przebicie macicy jest możliwem bez uczucia żadnego oporu nawet grubem narzędziem i powstaje bez wyjątku w rogu macicznym.

B. Wojciechowski.

R. Kossmann. **Jeszcze w sprawie porażenia macicy nieciężarnej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 41). Ponieważ doświadczenie autora i innych wykazuje, że po powolnem rozszerzaniu przygotowawczem szyi macicznej łatwo przychodzi do porażenia macicy nieciężarnej, stan ten zaś usposabia do przebicia macicy w czasie skrobanki, więc K. już oddawna nie przygotowuje wcale szyi, tylko posługuje się przy skrobance łyżeczką wązką 6 mm., która zawsze łatwo przez szyję przechodzi. Szerszych łyżeczek używa tylko po poronieniu. *B. Wojciechowski.*

R. Asch. **W sprawie zwiotczenia macicy nieciężarnej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 41). A. zwraca uwagę, że stan, jaki się spotyka niekiedy w czasie skrobanki, niewłaściwie nazywają porażeniem macicy nieciężarnej, gdyż chodzi tu raczej o przejściowe zwiotczenie, nie przedstawiające uszkodzenia narządu ruchowego. Dalej podnosi A., że stan ten spostrzegał sam tylko w uśpieniu chloroformowem i że nigdy szyi do skrobanki nie przygotowuje. W przypadkach dotąd ogłoszonych spostrzegano omawiane zjawisko albo w chloroformowem uśpieniu, względnie znieczuleniu szyi kokainą, albo po rozszerzeniu szyi. Należałoby zatem uzupełnić spostrzeżenia przypadkami, w których ani chloroformu nie stosowano, ani szyi nie rozszerzano. *B. Wojciechowski.*

Dirmoser. **Wymioty niepowściągłe ciężarnych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 41). Już dawniejsze badania anatomopatologiczne wskazywały na to, że przy uporczywych wymiotach powstają w ustroju zmiany podobne, jak w chorobach zakaźnych — późniejsze zaś wyniki badań zwracają uwagę na uderzające podobieństwo zmian, spotykanych przy uporczywych wymiotach i przy drgawkach porodowych. Co do strony klinicznej, to w roku 1890 spostrzegał D. pierwszy przypadek uporczywych wymiotów, zdradzający cechy choroby zakaźnej, a odtąd zebrał 20 takich przypadków i na podstawie dokładnych badań przemiany materyi i moczu oświadcza się za teoryą samozakażenia. D. widział też przypaddk drgawek porodowych obok uporczywych wymiotów z końcem 3. miesiąca ciąży, czego nie może uważać za czysty przypadek, a raczej za dowód, że przy uporczywych wymiotach tworzą się toksyny, zdolne wywołać drgawki porodowe. Toksyny te nie powstają zdaniem D. w jaju, lecz w przewodzie pokarmowym, gdzie podczas ciąży powstają odruchowo pierwsze zaburzenia. Zapewne chodzi tu nie o jedno ciało, lecz o cały szereg ciał, które wskutek nieprawidłowego rozkładu białka powstają i w przewodzie pokarmowym ulegają wessaniu.

B. Wojciechowski.

T. Landau. **Nowy sposób operacyjny dla wyleczenia zupełnego wypadnięcia macicy u kobiet w okresie przejściowym.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 43). Ściągnięcie macicy, cięcie przez przednią ścianę pochwy w linii środkowej od cewki prawie do ujścia zewnętrznego, okrojenie wargi przedniej, oddzielenie pęcherza, otwarcie przed jej jamy Douglasa, zwichnięcie macicy do tego stopnia, by uprzystępnić sobie dojście do zatoki tylnej Douglasa, przyszycie tegoż 2 szwami do przedniego kąta rany pochwy, t. j. tuż pod cewką, zachwytując zarazem miąższ szyi macicznej (przez co otrzewna zostaje zamkniętą), podwiązanie przydatków przy brzegu macicznym, wycięcie częściowe macicy z pozostawieniem części ściany tylnej pochwy, resekcya płatów ściany przedniej pochwy, zeszycie pozostałych płatów pochwy ponad kikutem macicy, *colpoperineorrhaphia*. Wyższość tego sposobu polega na podniesieniu zatoki Douglasa i wzmocnieniu blizny przez pozostawienie różnie dużej części miąższu macicznego. Technika prosta, a wynik w szeregu przypadków bardzo zachęcający. *B. Wojciechowski.*

O. Schaeffer. **Pierścień skurczowy a ujście wewnętrzne.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 38), S. przytacza dalsze dowody, że dolna część trzonu odgrywa podczas porodu rolę bierną, podobnie jak szyja. Pomiędzy t. zw. pierścieniem skurczowym a zwieraczem ujścia wewnętrznego daje się wybadać w pewnym okresie porodu i tuż po porodzie ów wiotki, łatwo zapadający się odcinek trzonu. *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. Beigel. **Przyczynek do etyologii pryszczykowych zapaleń oka.** (*Postęp okul.* Czerwiec, 1905). Jako

przyczynę pryszczykowych zapaleń oka uważano do niedawna wyłącznie skazę zołzową. W nowszych jednak czasach zwrócono uwagę na cały szereg innych wpływów etyologicznych, zaliczając do nich: 1. cierpienia miejscowe i skazy ogólne, jak gruźlica, kiła, rozległe schorzenia skóry i inne choroby, które przez swe długie trwanie znacznie osłabiają ustrój; 2. choroby zakaźne, jak płonica, odra, ospa i t. d.; 3. ostre i przewlekłe wypryski na twarzy; 4. wrzodziejące zapalenie brzegu powiekowego; 5. liche odżywienie i wilgotne, piwniczne mieszkania. W dalszym rzędzie badania bakteryologiczne uczyniły tło omawianego cierpienia bardzo prawdopodobnem. Prof. Wicherkiewicz zwrócił uwagę na rolę wpływów wewnętrznych przy powstaniu tej choroby, a autor okazał słuszność wyżej wyrażonego poglądu na podstawie statystycznego zestawienia przypadków, spostrzeganych w klinice krakowskiej. Stałe i coroczne powtarzające się wzmaganie się liczby przypadków choroby pryszczykowej do miesiąca maja przemawia za tem, że szkodliwe zewnętrzne wpływy, jakie idą zwykle w parze z częstymi opadami atmosferycznymi, sprzyjającymi rozwojowi wszelkich bakteryi, mogą odgrywać wybitną rolę przy powstawaniu zapaleń pryszczykowych oka.

Dr. W. Reis.

Wicherkiewicz. **Zapoznanie podstawy kiłowej lub dopatrywanie się jej niewłaściwe w chorobach ocznych.** (*Postęp okulistyczny* czerwiec i lipiec, 1905). Do bardzo częstych przyczynowych podstaw chorób ocznych należy niewątpliwie kiła, której stwierdzenie lub wykluczenie na podstawie zeznań chorego należy częstokroć do rzeczy dość trudnych. Staranne indywidualizowanie ustrzeże lekarza od pomyłek rozpoznawczych, które mogłyby mieć wpływ bardzo ujemny na wybór sposobu leczenia i na sprawę gojenia. Przypadki, należące do tej kategoryi, dzieli autor na: 1) takie, gdzie podstawa kiłowa ukryta wywołuje chorobę oczną; 2) takie, gdzie tej podstawy wcale niema, lecz jakaś inna ogólna istnieje, a jednak przypadki były długo leczone bezskutecznie przeciwkiłowo; wreszcie 3) takie, gdzie u osobnika, kiedyś dotkniętego kiłą, następują okoliczności, wywołujące objawy oczne, mogące uchodzić za kiłowe, lubo one z kiłą rzeczywiście związku nie mają. W. przytacza kilka spostrzeganych przez siebie przypadków, gdzie na pozór etyologia cierpienia wydawała się zupełnie odmienna, a dopiero szczegółowe badanie i dobry wynik leczenia potwierdziły tło kiłowe. Na odwrót jednak można upatrywać nieraz kiłę, jako przyczynę choroby ocznej tam, gdzie jej albo niema i nie było wogóle, albo gdzie była wprawdzie, lecz nie wywołała cierpienia, występującego na tle innej jakiej choroby ustroju, n. p. na tle zimnicy, tak mało, zdaniem W., w tym kierunku uwzględnianej. Największą jednak ilość przypadków zaliczyć wypadnie do trzeciej kategoryi, gdyż tam, gdzie chory sam do przebytej kiły się przyznaje, lekarz aż nazbyt jest skorym stosowne wyciągnąć wnioski i stosować leczenie z większym lub mniejszym skutkiem, nie oglądając się za innymi powodami choroby. W ocenianiu pochodzenia choroby powinien lekarz nadzwyczaj być oględnym, zwłaszcza tam, gdzie liczniejsze czynniki o pierwszeństwo etyologiczne się ubiegają i gdy chory, obarczony obawą przed kiłą (*syfilidophobia*), ulegając jakiejkolwiek chorobie ocznej, niewłaściwie wskazuje na kiłowy jej pierwiastek. Uwagi, skreślone przez autora, poparte są licznymi przykładami.

Dr. W. Reis.

Valude. **Kilka uwag o leczeniu promieniami radu raków skórnych.** (*Annal. d'oculist.* Sierpień, 1905). Autor przytacza cztery przypadki, leczone promieniami radu z rozmaitym skutkiem, zależnie od złośliwości nowotworu. W dwóch przypadkach nastąpiło wyleczenie, w jednym poprawa, w jednym zaś leczenie pozostało bez wpływu na niepomyślny przebieg choroby. Jeden przypadek leczony był równocześnie promieniami Röntgena. Na podstawie tych spostrzeżeń wnioskuje V., że stosowanie promieni radu i promieni Röntgena daje korzystne wyniki tylko w przypadkach lekkich, w których operacyjne doszczętne usunięcie nowotworu ten sam miałoby skutek. Leczenie radem zachować należy dla osobników, wzbraniających się poddać zabiegom operacyjnym.

Dr. W. Reis.

Chaillons. **Dwa przypadki zakażenia urazowego gałki ocznej drobnoustrojem beztlenowcowym** (*bacillus perfringens*). (*Annal. d'oculist.* Sierpień, 1905). Po urazie odłamkiem żelaza, powodującym drążącą w głąb ranę rogówki, przyszło w obu spostrzeganych przez autora przypadkach do ropnego zapalenia całej gałki ocznej. Oprócz objawów miejscowych wystąpiły także zaburzenia ogólne (podwyższenie ciepłoty ciała, bezsenność, wymioty). Badanie bakteryologiczne wyłuszczonych gałek ocznych wykazało w obu przypadkach ten sam czynnik chorobotwórczy (*bacillus perfringens*), po raz pierwszy opisany we Francyi przez Veillona i Zubera w 1898) i podobne zmiany anatomiczne. Znamiennem było ułożenie drobnoustrojów w środku zropiałej gałki, które tworzyły zbite masy, jak najdalej oddalone od podłoża naczyniowego, w okolicy zupełnie pozbawionej tlenu. Zdaniem autora badanie bakteryologiczne przypadków ropnego zapalenia gałki ocznej nie powinno się ograniczać tylko na badaniu bakteryi tlenowcowych, lecz także na poszukiwaniu drobnoustrojów beztlenowcowych. Dokładna znajomość bodźców chorobotwórczych posłużyć może do określenia wskazań dla odpowiedniego leczenia.

Dr. W. Reis.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dnia 18 października 1905 r.

Przewodniczy prof. Nowak. Obecnych członków 33.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący podnosi zasługi zmarłego członka ś. p. prof. Edwarda Korczyńskiego. Obecni przez powstanie uczcili pamięć zmarłego.

III. Następnie przewodniczący zawiadamia, że kol. dr. Pisarski, nie mogąc z powodu wyjazdu pełnić czynności sekreterza dorocznego, uprosił kol. dr. Cybulskiego, który tę czynność zastępczo spełniać się zgodził.

IV. Na członków czynnych przyjęto koll.: dr. Syropa i dr. Wyhowskiego.

V. Uchwalono wystosować pismo dziękczynne wdowie po ś. p. prof. Edwardzie Korczyńskim za dar na rzecz domu Towarz. lekar. krak.

VI. Uchwalono przez aklamacyę, aby Komisya słownikowa istniała stale w dotychczasowym składzie.

VII. Na wniosek kol. prof. Ludomiła Korczyńskiego Towarzystwo wzywa i upoważnia swoje Prezydyum do wystosowania pisma do Wys. Sejmu na ręce rektora Gluzińskiego, w którem podniesioną zostanie potrzeba gruntownego zbadania potrzeb zdrojownictwa krajowego przez zwołanie ankiety, w której skład weszliby przedstawiciele stanu lekarskiego i przedsiębiorstw zdrojowych.

VIII. Kol. doc. Gliński demonstruje rzadsze przypadki anatomopatologiczne. — W dyskusyi zabiera głos kol. Latkowski.

IX. Kol. prymaryusz Borzęcki przedstawia chorą, u której strumień woszczynowy (*favus*) zajął okolicę pośladków. W przypadku tym zasługuje na zaznaczenie ta okoliczność, że cierpienie nie zajęło zupełnie skóry na czaszce; źródła zakażenia nie można wybadać. — W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Reiss i podnosi fakt, że strupień po ciele bez zajęcia głowy jest bardzo rzadkiem zjawiskiem.

X. Kol. doc. Lemberger przedstawia szereg preparatów Manduka, zwracając się do Towarzystwa z prośbą, aby zechciało popierać rozszerzanie środków wyrobu Manduka.

W dyskusyi poruszono sprawę Komisyi przemysłowo-lekarskiej.— Kol. przewodniczący podnosi, aby dotyczących wniosków nie dawać pod głosowanie, gdyż ze śmiercią prof. Korczyńskiego nastąpią zmiany w tej Komisyi.

XI. Kol. docent Lemberger wygłosił zapowiedziany odczyt: „O istotach saponinowych“ (Rzecz przeznaczona do druku).

Po posiedzeniu odbyła się wspólna wieczerza koleżeńska.

Dr. Cybulski.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* *Otrzymujemy list następujący*:

Szanowny Panie Redaktorze!

Z okazyi odbytego niedawno „Kursu o cholerze“ dla lekarzy nastręczają mi się pewne uwagi, które chciałbym poddać pod dyskusyę.

Lekarze, którzy ukończyli przed 10 laty medycynę, prawie zupełnie nie są w możności zoryentować się w kwestyach, dotyczących zapobiegania chorobom zakaźnym, o ile dotyczą one odkryć lat ostatnich. A przecież właśnie w tych ostatnich latach dziesięciu dokonano najważniejszych badań w sprawie szerzenia się i zapobiegania: duru, czerwonki, cholery, moru, a nawet gruźlicy; dokonano doniosłych odkryć w biologii wielu zarazków z grupy pierwotniaków; odkryto niektóre nowe zarazki i szczepionki ochronne. Cała dziedzina aglutynacyi i precypitacyi, takiej doniosłości w medycynie obecnej, toć to przecie

zdobycz lat ostatnich. Starszy lekarz praktykujący wobec tego powinien koniecznie postarać się odnowić i uzupełnić swoje wiadomości. Szczególnie lekarz prowincyonalny, zajęty ciężką pracą zarobkową, nieraz mimo szukania w literaturze, nie stoi na współczesnem stanowisku, jeżeli tych braków nie postara się uzupełnić.

Jeśli jednak lekarz praktykujący odpowiada za te braki sam tylko, to odpowiedzialność za istniejące braki u lekarza urzędowego spada w znacznej mierze na jego władzę. Zajęty pracą urzędową nieraz niewystarczająco wynagradzaną w stosunku do koniecznych potrzeb, nie może lekarz urzędujący na własny koszt przedsiębrać wydatków na podróż, w celu uzupełnienia wiadomości, niezbędnych do należytego pełnienia jego obowiązków. Wprawdzie na kursa, odbywane w Wiedniu, corocznie 3 lekarzy jedzie z Galicyi na koszt c. k. Rządu; ale jeżeli przyjmiemy liczbę lekarzy urzędowych na 300, to ledwie za 100 (!) lat wszyscy zdołają uzupełnić swoje wiadomości. Jestto termin stanowczo za długi i należy poczynić kroki na jego skrócenie, co da się uskutecznić wtedy tylko, gdy conajmniej 50 lekarzy urzędowych z Galicyi rocznie otrzyma urlop i dyety przynajmniej na dwutygodniowy kurs do jednego z naszych miast uniwersyteckich.

W tym kierunku oświadczam z własnej strony gotowość do dwukrotnego corocznie urządzania takich kursów na wzór tego, jaki w początku października b. r. urządziłem w Krakowie.

Jeszcze jedno. We Lwowie odbywają się obecnie kursa dla dezynfektorów, na których kandydaci słuchają, krótko wprawdzie, bo tylko w ciągu 5 dni wykładów z najnowszych odkryć o chorobach zaraźliwych w zastosowaniu do dezynfekcyi. Dezynfektor po odbytym egzaminie będzie oczywiście pod kierunkiem lekarza. Zapytuję co się stanie, jeżeli zajdzie wypadek, że dezynfektor będzie praktycznie wiedział coś, o czem nie wie jeszcze jego kierownik? A przecie taki przypadek łatwo zajść może. Dlatego to uważam za konieczne, aż by kursa dla lekarzy mogły co rychlej wejść w życie obok kursu dla dezynfektorów.

Bujwid.

Z zarządu Towarzystwa Samopomocy lekarzy otrzymaliśmy następujące doniesienie:

Pan Stanisław Gurgul, właściciel fabryki biszkoptów i pierników w Jarosławiu, zobowiązał się nalepiać znaczki jednohalerzowe na puszkach z mączką odżywczą swego wyrobu.

Wydział Towarzystwa przesyła Panu Gurgulowi za wspomaganie funduszu dla niezaopatrzonych wdów i sierót po lekarzach podziękowanie i wzywa kolegów, by mączkę odżywczą wyrobu krajowego popierać zechcieli tem bardziej, że według badania chemicznego mączka ta w niczem nie ustępuje podobnym fabrykatom zagranicznych firm, które kraj nasz nimi zasypują.

Kraków, 14 listopada 1905.

Sekretarz: *Dr. Langie.* Prezes: *Dr. H. Jordan.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 23 listopada.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło d. 15 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Droba wyłożył w dalszym ciągu swój odczyt p. t. „Wyniki badań nad epidemią opon mózgowordzeniowych w Galicyi w r. 1905“.

* Na posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego w dniu wczorajszym odbyła się dyskusya nad odczytem kol doc Droby, poczem nastąpił wykład kol. dr. Rydla p. t. „O czuciu wibracyi na podstawie obcych i własnych badań“.

* Ukonstytuowanie się nowowybranej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej nastąpi dnia 2-go grudnia.

* Prezes Towarz. lekarskiego krakowskiego prof. nadzwyczajny Dr. Julian Nowak mianowany został profesorem zwyczajnym U. J.

* W tych dniach otwarte zostało w Krakowie bezpłatne ambulatoryum uniwersyteckie dla chorób nerwowych i umysłowych. Mieści się ono w gmachu kliniki okulistycznej przy ul. Kopernika. Przyjęcie chorych trwa od godziny 8 do 10 rano codziennie. Na czele tej instytucyi stoi prof. dr. Piltz. Życzyć tylko należy, ażeby tak ważna gałąź medycyny co najrychlej posiadła własny, odpowiednio urządzony i zaopatrzony zakład, a to tak dla dobra uczących się, jak i dla uzupełnienia klinicznego wykształcenia młodzieży, poświęcającej się zawodowi lekarskiemu.

* Na zaproszenie fizyka m. Lwowa doc. dr. Kučera urządził między 6 a 11 listopada bezpłatne wykłady z demonstracyami o etyologii cholery azyatyckiej i o bakteryologicznem jej rozpoznawaniu. Wykłady odbyły się w pracowni prof. Obrzuta; pierwotnie przeznaczone one były wyłącznie dla lekarzy miejskich, lecz wobec szerszego zainteresowania się lekarzy praktycznych został rozszerzony tak, iż wzięło w nim udział 25 lekarzy (1 z Sanoka). Ćwiczenia praktyczne obejmowały rozpoznanie mikroskopowych preparatów szkiełkowych i w wiszącej kropli, badanie płyt żelatynowych, agarowych i roczczynów peptonowych, zakładanie czystych hodowli i ich badanie zapomocą objawu aglutynacyjnego i odczynu Pfeiffera.

* D. 12 grudnia rozpocznie się w pracowni dr. Serkowskiego w Łodzi dwutygodniowy kurs bakteryologii cholery dla lekarzy, farmaceutów i studentów. Plan zajęć praktycznych jest następujący: metody wyosobniania mętwików (wibryonów) cholerycznych; różniczkowanie ich hodowlane i biologiczne; aglutynacya, serodyagnostyka, objaw Pfeiffera, hemolizyny, precypityny i t. d., przygotowania szczepionek i szczepienia przeciwcholeryczne, wreszcie metody praktycznej dezynfekcyi.

* Wiceprezydentem Izby wschodnio-galicyjskiej wybrany został dr. Jan Papée. Do wydziału Izby powołany został dr. Jakób Moszkowicz.

* Komisya złożona z profesorów wiedeńskich Schröttera i Neussera, zaproponowała na katedrę, opróżnioną przez śmierć prof. Nothnagla, następujące terno: prof. Krehla z Strassburga; prymaryusza Minkowskiego z Kolonii i prof. Romberga z Marburga. Prof. Krehl dał już odpowiedź odmowną.

* W r. 1895 stopień doktora wszechnauk lekarskich otrzymało w Austro-Węgrzech 1011 kandydatów, a w roku 1904 tylko 561. Liczby te dowodzą, jak zarządzenia społeczne ostatnich lat wpłynęły na stan lekarski.

* (c) Szesnasty rocznik Kalendarza lekarskiego krakowskiego wyjdzie w tych dniach z druku pod redakcyą dr. T. Cybulskiego. Bieżący rocznik zawiera: Spis środków leczniczych; nowsze środki lecznicze; tablice najwyższych dawek środków leczniczych i dawek przeciętnych dla dzieci; tablice brzemienności, rozwoju płodu, oznaczenie okresu ciąży i wyżynania się zębów; wody mineralne prof. Jaworskiego; podręcznik terapeutyczny wraz z chorobami oczu i uszu; postępowanie w przypadkach otruć; badanie moczu; wskazówki o kąpielach mineralnych; skorowidz miejsc kąpielowych; uwagi sądowo-lekarskie, wymiary należytości i szematyzm lekarzy krajowych. Na zaznaczenie zasługuje obfitość treś i przy małej objętości tego niezbędnego dla lekarza praktyka vademecum.

* W sprawie stopniowego spolszczenia warszawskiego uniwersytetu prof. dr. Przewóski złożył opracowany przez siebie projekt na ręce zarządu uniwersyteckiego

* Z pierwszego statystycznego sprawozdania o przebiegu duru w południowej Afryce można nabrać gruntowniejszego już przekonania o wartości szczepień zapobiegawczych przeciw durowi. Szczepienia wykonywano metodą Pfeiffer-Kolle i stosowano je raz, dwa lub trzy razy. Wszystkich przypadków spostrzegano 424, z których 100 było zaszczepionych od 1 do 3 razy Z 324 nieszczepionych zmarło 36 (=11,1%), ze 100 szczepionych — 4 (=4%); z tej ostatniej kategoryi jeden uległ posocznicy, a inni 3 byli szczepieni tylko po jednym razu. Wszystkie powikłania były bez porównania złośliwsze u nieszczepionych i tylko w tej kategoryi wydarzyły się nawroty.

* Profesor Czerny z Heidelbergu ustępuje z katedry w zamiarze poświęcenia całego swego czasu na badanie raka. Następcą jego ma być prof. Garré z Wrocławia.

* Między 29—X a 4—XI zaszły w Galicyi 2 przypadki ospy: jeden w Chrzanowie i jeden w Moskałówce (powiat kosowski). W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: brodzkim (1 gm.) kałuskim (2 gm.), kołomyjskim, przemyskim, przemyślańskim, śniatyńskim (po 1 gminie), stryjskim (4 gminy).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Ludwik Bąkowski, lat 73, w Królestwie Polskiem.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 11: Z powodu kart wizytowych szpitalnych. Pręgowski: W sprawie nowych badań psychologicznych (dok.). Grünbaum: Jaką właściwie postać chorobną należy rozumieć pod nazwą biblijną „zoraath“?

— *Gazeta lekarska* Nr. 42. Gabszewicz: Z kazuistyki chirurgicznej chorób żołądka. Starkiewicz i Koelichen: Przypadek porażenia Landryego zbadany anatomicznie (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 22 zawiera: Switanie nowej ery dla polskiej nauki lekarskiej. — Próba upaństwowienia pomocy lekarskiej w Austryi (c. d.). — Stan szpitali w Galicyi w r. 1905 (c. d.). — Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.). — Historya sporu lekarzy z technikami dentystycznymi w Austryi (c. d). — Protokoły. — Odcinek.

— *Medycyna* Nr. 43. Flatau i Koelichen: O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (c. d.). Róbin: Stan obecny dyagnostyki chorób kiszek (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 46. Lederer: Pneumonia „cerebralis“ v dětském věku. Haškovec: Neuropathologické príspěvky (dok.). Heryng: Therapie inhalační a nové inhalační methody (dok.).

— *Lékařské rozhledy* Nr. 10. Haškovec: Poznamký k tabes dorsalis.

— *La Presse médicale* Nr. 90. Courmont: Rokowanie na podstawie surowicy w zapaleniu gruźliczem opłucnej. Jayle: Posocznica ran przez samozakażenie i jej leczenie surowicą końską ogrzaną. Nr. 91. Lermoyez. Badanie czynnościowe nosa. Rynometrya. Olfaktometrya. Rynometrya kliniczna. Paris i Dobrovici: Adrenalina w leczeniu krwotoków płucnych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 46. Bashford, Murray i Cramer: Niektóre wyniki doświadczalnego badania raka. Pick: Rak gruczołu tarczowego salmonidów (*Edelfische*). Doll: Dalsze przyczynki do nauki o istotnej dwubitności serca. Neisser: Osobniczość a psychoza (c. d.). Roscher: Badania nad znachodzeniem się krętków bladych w kile (dok.). Hoffmann: Krętek blady wykazany u „macacus rhesus“, zaszczepionego krwią.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 46. Tiegel: Technika szwu płucnego Bergell i Liepmann: O fermentach zawartych w łożysku. Herxheimer i Löser: Budowa krętka bladego. Roith: Znieczulenie skombinowane skopolanino-morfino-chloroformowe. Danielsen: Polikliniczne badanie nowego miejscowo znieczulającego leku „nowokainy“. Schmidt: O nowokainie. Saar: Wartość lecznicza gonosanu w rzeżączce mężczyzn. Adler: Torbiele krezki Hahn: Dalsze obserwacye dyagnostycznie zajmujących torbieli krezki. Keppler: Leczenie chorób zapalnych głowy i twarzy zapomocą przekrwienia zastoinowego (c. d.). Conradi i Kurpjuweit: Znaczenie bakteryologicznych substancyi tamujących dla fizyologii i patologii kiszek (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 46 Pieniążek: Uwagi nad dychawicą oskrzelową Bail: Działanie jadu prątków gruźliczych na morskie świnki. Sternberg: Rozmiękniemie chłonnych gruczołów zaoskrzelowych i jego następstwa. Schmeichler: Zdemaskowanie udawanego jednostronnego osłabienia wzroku. Urbach: Wytwarzanie się modzelów w mięśniu podłopatkowym.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 46. Quincke: Rozpoznawcze i lecznicze znaczenie nakłucia lędźwiowego. Bickel: Doświadczalne badania nad wpływem afektów na wydzielanie soku żołądkowego. Schumm: Chemia krwi białaczkowej. Lipschütz: Badanie nad krętkiem bladym Schaudinna. Ringleb: Cystoskopia i litotrypsia w rozmaitem położeniu ciała. Witzel: Ostre zatrucie błony śluzowej ust zapomocą pędzlowania nalewką jodową.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 46 (od dnia 12/XI do 18/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 29, dziew. 21; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 17, kob. 15; zamiejscowych: męż. 11, kob. 2.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 1. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 4. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. 2, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 8, ob. 1. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 13.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 29 b. m., o godzinie 6 wieczorem, w ***„Domu Towarzystwa“*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem prof. dr. Marchlewski mówić będzie „O wynikach najnowszych badań nad barwikiem krwi i chlorofilem“.

Po odczycie odbędzie się wspólna kolacya.

ALFRED BIASION

OPTYK C. K. KLINIKI OKULISTYCZNEJ UNIW. JAG.

w Krakowie, plac Szczepański 1.

Magazyn założony w roku 1801. Odznaczony 10. medalami złotymi i srebrnymi i Dyplomem honorowym Ministerstwa handlu. Instrumenta optyczne, fizyczne i matematyczne. Główny skład na Galicyę oczów sztucznych ludzkich. Fabryka narzędzi chirurgicznych, ortopedycznych i bandaży. Środki opatrunkowe do pielęgnowania chorych. Dzwonki, przyrządy elektryczne, aparata elektryczne lekarskie. Pończochy gumowe patentowane belgijskie na żylaki. 210

Ceny zniżone, konkurencyjne. — Ekspedycya dokładna.

172

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ"

PIOTRA MIKOLASCHA we LWOWIE

wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy

i

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2·00 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca:

ustalonej sławy

WINA LECZNICZE

przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy.

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.

LOTERYA GWIAZDKOWA

na rzecz funduszu wdów i sierót austryackiego związku towarzystw lekarskich.

1500 wygranych — **wartości 50.000 K.**

3 główne wygrane 25,000, 5000 i 1000 K.

wypłacane być mogą na żądanie 110

w gotówce

Cena Losu 1 Korona. — Nabyć można we wszystkich kantorach wymiany, trafikach i biurach loteryjnych.

Ciągnienie 4 stycznia 1906.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety.

Odznaczone kilkakrotnie. — **Przeszło 3500 orzeczeń lekarskich.** — Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki. 21

J. Serravallo * Triest-Barcola.



PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

VICHY

VICHY ETAT

Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organow żółć wydzielających.

VICHY-HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ETAT Wydające wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Rok XLIV. Kraków 2 Grudnia 1905. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki laryngologicznej prof. Pieniążka w Krakowie.

Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny

Asystent kliniki.

Przez nazwę *tracheoscopia* i *bronchoscopia directa* rozumiemy oglądanie tchawicy i oskrzeli wprost bez użycia zwierciadełka (optycznych narzędzi). W tym celu używamy rur prostych najrozmaitszej długości i szerokości, które wprowadzamy albo przez jamę ustną. albo też przez otwór w tchawicy wprost do niższych części dróg oddechowych: pierwsza metoda zwie się tracheo- i bronchoskopią górną, druga dolną. Tracheoskopia i bronchoskopia dolna znana jest już od roku 1884, wynalazcą jej jest Pieniążek; wynalazcą tracheo- i bronchoskopii górnej Killian. Pośrednie stanowisko zajmuje Kirstein, którego tak zw. autoskopia krtani i tchawicy zachęciła Killiana do obmyślenia tracheo- i bronchoskopii górnej.

Wynalazek tracheoskopii dolnej nie był rzeczą przypadku; wytworzyła go konieczna potrzeba dokładnego oglądnięcia i odpowiedniego leczenia zwężeń tchawicy. Najczęstszą przyczyną, wywołującą zwężenia tchawicy, była przed wynalazkiem surowicy — błonica. Błony krupowe, pokrywające ściany tchawicy i przechodzące na oskrzela, następowe zwiotczenie błony śluzowej tchawicy, ziarniny i t. d., wymagały w celu odpowiedniego leczenia przedewszystkiem, aby można dokładnie obejrzeć miejsca zmienione chorobowo. Metoda ta, użyta początkowo w błonicy, rozszerzoną została i do innych spraw chorobowych, w szczególności zaś do usuwania ciał obcych, zwężeń na tle twardzieli, operowania nowotworów i t. d. Wogóle poza kliniką Prof. Pieniążka mało jej używano. Ważność jej podniósł znowu Killian; od tego czasu używaną jest ona już ogólnie, wskazania tylko do jej użycia zostały ścieśnione na korzyść tracheo- i bronchoskopii górnej. Pieniażek wprowadzał rury tracheoskopowe tylko do tchawicy; przy tym sposobie badania obejrzeć można było nietylko tchawicę, ale także i oskrzela, po prawej stronie nawet drugorzędne, a mianowicie rozgałęzienia oskrzela głównego na ramię średnie i dolne. W jednym przypadku powiodło mu się widzieć także trzeci podział, t. j. podział oskrzela prawego dolnego na gałęzie boczne. Metodę tę Killian rozszerzył o tyle, iż wprowadza on rury wprost do głębi oskrzeli; dotarł on w ten sposób po stronie prawej 5 cm., po lewej $4^1/_2$ wgłąb oskrzeli i to nietylko przy bronchoskopii dolnej, lecz także i górnej. Tracheo- i bronchoskopię górną stosowano do tego czasu głównie przy wydobywaniu ciał obcych. Tracheo- i bronchoskopię wykonujemy albo w celach rozpoznawczych, lub też leczniczych.

Rozpoznawcza *tracheo-* i *bronchoscopia directa superior* wskazana jest w takich przypadkach, w których badanie lusterkiem krtaniowem nie daje zupełnie dokładnego obrazu zmian chorobowych, potrzebnego do następowych zabiegów leczniczych, tak ogólnych, jak miejscowych. W tych przypadkach używana odda nam nieraz znakomite usługi, nadużywana niejednokrotnie zaszkodzić może choremu, czasem nawet wywołać wprost śmierć.

Do przeciwwskazań tracheo- i bronchoskopii górnej zaliczam: *a*) znaczne osłabienie lub też wyniszczenie ustroju, podeszły wiek, znaczne zmiany miażdżycowe tętnic, niewyrównane wady serca. W przypadkach tych należy oszczędzać sił chorego i w razie zwężenia tchawicy lub oskrzeli należałoby wykonać wprost tracheotomię, oraz w razie potrzeby tracheo- i bronchoskopię dolną. Ponieważ zaznaczyłem tu jako przeciwwskazanie podeszły wiek, to trzeba, zdaniem mojem, rozstrząsnąć także pytanie, od jakiego najniższego wieku począwszy tracheo- i bronchoskopia górna byłaby dozwolona. Z własnego doświadczenia sądząc, przypuszczam, iż chyba tylko w pierwszych kilku miesiącach życia metoda ta byłaby przeciwwskazaną. Wprowadzenie bronchoskopu wywołuje w każdym razie pewien odczyn zapalny błony śluzowej tak krtani, jak i tchawicy, które, choć bardzo nieznaczne, wobec małego światła krtani i tchawicy dziecięcej mogą wywołać następowe zwężenie. Z powodu wązkości światła tchawicy, szczególnie zaś oskrzeli w pierwszych miesiącach życia dziecka, wprowadzane rury mogłyby być tylko bardzo cienkie tak, iż nietylko nie przepuszczałyby dostatecznej ilości światła, a tem samem nie dozwalałyby dokładniej oglądnąć dróg oddechowych, ale tem bardziej uniemożliwiałyby przeprowadzenie przez nie jeszcze i odpowiednich narzędzi. Najmłodsze dziecko, tracheo- i bronchoskopowane kilkakrotnie przezemnie, liczyło 9 miesięcy; złych skutków po tem nie widziałem. Podnieść tu wogóle muszę, iż u dzieci do jakiego piątego lub szóstego roku życia tracheo- i bronchoskopia jest stosunkowo bardzo łatwa, o wiele łatwiejsza, niż u dorosłych. Dzieci, które siedząc przy wprowadzaniu tracheoskopu bez żadnego znieczulenia zwykle się rzucają, to potem, gdy je położymy na stole, zwykle leżą zupełnie spokojnie.

Za dalsze przeciwwskazania uważam:

b) znaczne zmiany gruźlicze w płucach, obawa krwotoku płucnego;

c) garb i to ku tyłowi, w tych przypadkach bowiem chory wogóle nie zdoła odgiąć w ten sposób głowy ku tyłowi i wyprostować kręgosłup, by można wsunąć narzędzie;

d) zwężenie tchawicy lub oskrzeli na tle ropni opadowych z powodu próchnienia kręgów, szczególnie kręgów szyjnych; wyprostowanie kręgosłupa groziłoby tu obsunięciem się i zwichnięciem kręgów;

e) sprawy czysto zapalne błony śluzowej i podśluzowej, powstające już to samoistnie, już też następowo z powodu ropienia w otoczeniu; tracheoskopia może bowiem wywołać zwiększenie się obrzmienia i potrzebę następowej tracheotomii, której może bez tego udałoby się uniknąć;

f) tętniaki ugniatające tchawicę. Wzrost parcia krwi podczas tracheoskopii może, jeżeli ściany tchawicy już są ścieńczałe, wprost wywołać pęknięcie tętniaka ku światłu tchawicy, następowe zaś obrzmienie błony śluzowej przy wązkiej już szparze oddechowej może pociągnąć za sobą potrzebę natychmiastowej tracheotomii;

g) owrzodzenia tchawicy lub oskrzeli z wyjątkiem przypadków, w których sprawy te powinny być leczone miejscowo chirurgicznie w tracheoskopie. Sama chęć dokładnego ich obejrzenia nie powinna być nigdy motywem do tegoż zabiegu;

h) przypadki znacznych zwężeń, szczególnie tam, gdzie podczas samego zabiegu choremu grozić może uduszenie, tracheotomię zaś z góry uważamy za niezbędną;

i) zmiany krtani, a mianowicie wrzody krtani gruźlicze, kiłowe, durowe i t. d., sprawy zapalne, jak zapalenie ochrząstnej, róża, obrzmienia podwięzadłowe tak na tle zapalnem, jak i twardzielowem, — wogóle obrzmienia przyrody zapalnej, gdzie wprowadzenie tracheoskopu wywołuje odczyn zapalny, a forsowne przepychanie rur przez zwężone miejsce może niekorzystnie wpłynąć na zmiany chorobowe i wywołać potrzebę tracheotomii, którejby można uniknąć.

Technika.

Tracheo- i *bronchoskopia directa superior.* Metoda Killiana: Killian używa do tracheoskopii rur o średnicy 9 mm. dla dorosłych, dla dzieci od 5—6 mm., długość ich wynosi od 10—26 cm. Jako źródło światła tak do badania, jak i przy zabiegach leczniczych, służy lampka Kirsteina, dla celów demonstracyjnych elektroskop Kaspera. Najodpowiedniejszem jest badanie chorych w godzinach rannych na czczo. Szyja chorego powinna być zupełnie wolną, sztuczne zęby musi chory przedtem wyjąć. Do znieczulenia służy kokaina. Killian znieczula najpierw korzeń języka, podniebienie miękkie, tylną powierzchnię nagłośni, wreszcie krtań kokainą 10%, potem 25% w roztworze wyskokowym z dodatkiem 1—2 kropli 1‰ roztworu adrenaliny *(adrenalinum hydrochloricum)*. Osobom bardzo wrażliwym wstrzykuje się na 15—20 minut przed zabiegiem morfinę. Chory siada na niskim stołeczku; trzeba go nadto pouczyć, by o ile możności unikał kurczowego napięcia mięśni i żeby się poddawał każdemu uciskowi ze strony tracheoskopu. Ruchy głowy i górnej połowy ciała, potrzebne przy badaniu, mają być powolne; miarkować je może asystent, stojący poza chorym. Pierwotnie wprowadzał Killian rurę wprost przy pomocy palca, obecnie wprowadza najpierw szeroką rurę Kirsteina do górnej części tchawicy, przez nią zaś dopiero rury tracheoskopowe. Rury Kirsteinowskie są najrozmaitszej długości i szerokości, odpowiednio do wieku; rury te mają być tak długie, iżby wchodziły do górnej części tchawicy. Podobnych zupełnie rur, tylko krótszych, używał pierwotnie Kirstein do swojej autoskopii. Rura taka kończy się rynienkowato, posiada trzonek, przytwierdzony pod kątem prostym. Rurę tę wprowadza się pod kontrolą światła do krtani; gdy już rura znajduje się poza nagłośnią, podnosi się z łagodnym uciskiem trzonek, przyczem koniec rury porusza się od tyłu ku przodowi, następnie zaś, obniżając rurę, wprowadzamy ją do krtani. Przez rurę tę dopiero wsuwamy tracheoskopy, osadzone na rączce również pod kątem prostym. Tak rury Kirsteinowskie, jak i tracheoskopowe, przed wprowadzeniem ogrzewa się nad płomieniem gazowym i powleka płynną parafiną. Rury tracheoskopowe wprowadza się pod nadzorem wzroku aż do rozdziału tchawicy.

Bronchoscopia superior directa. Wykonać się ona daje według Killiana tylko na niewielu chorych bez uśpienia. U chorych tych obok siły panowania nad sobą muszą być i szczególnie korzystne warunki anatomiczne. Uśpienie powinno być głębokie, gdyż odruch kaszlu ze strony krtani, a mianowicie nagłośni i tylnej ściany krtani, znika bardzo późno. Najpierw wprowadza się rurę Kirsteinowską, która pozostaje stale, przez nią dopiero wsuwa się bronchoskopy odpowiedniej długości i szerokości. Po zakokainowaniu oskrzeli wprowadzamy do nich bronchoskop, przyczem oskrzele przesuwa się ku linii środkowej, wyrównując kąt zagięcia pomiędzy tchawicą, a oskrzelami. Długość bronchoskopów dosięga 32 cm., szerokość ich odpowiadać musi szerokości oskrzeli.

Pole widzenia oczyszcza się albo przy pomocy wacika, umocowanego na długim pręcie metalowym, lub też zapomocą pompki ssącej, połączonej z długą prostą cienką rurą, którą wsuwa się przez bronchoskop. Przy bardzo obfitej wydzielinie używa Killian podwójnej rury bronchoskopowej.

Tracheo- i bronchoskopia dolna, szczególnie pierwsza, nie sprawiają prawie żadnych trudności; z małymi tylko wyjątkami nie wymagają one ogólnego uśpienia, znieczulenie kokainą jest tu wystarczające. Chorzy muszą przy tych zabiegach siedzieć z głową, silnie ku tyłowi odchyloną; szczególnie przy bronchoskopii musi być nietylko głowa, ale czasem i górna połowa ciała zwrócona na bok.

Rury, do tego celu używane, są proste, w górnym końcu lejkowato rozszerzone; wprowadzamy je albo wprost, albo przy pomocy przetyczki (mandrynu).

Tracheo- i bronchoskopię górną wykonywamy w naszej klinice w sposób następujący: Rury Kirsteinowskiej, przez którą Killian wprowadza tracheo- i bronchoskopy, używamy tylko wyjątkowo. Narzędzia tego używamy czasem w rozpoznawaniu chorób krtani u dzieci, u których zbadanie krtani lusterkiem okazuje się niemożliwe. Tak w celu badania, jak i leczenia, używamy rur prostych, pomysłu Pieniążka. Rury te są w górze lejkowato rozszerzone, w środku ich przebiega drut metalowy (przetyczka), kończący się u dołu stożkowatym kauczukowym czopem, wystającym poza brzeg rury i ściśle rurę wypełniającym, w lejkowatem zaś rozszerzeniu tkwi główka z kauczuku, wystająca ponad rurę i dająca się w lejkowatem rozszerzeniu ustalić. Rur tych używamy do tracheoskopii. Długość ich jest różną zależnie od wieku, tak samo i szerokość.

U dorosłych wprowadza się tracheoskopy te chorym siedzącym po znieczuleniu krtani. Znieczulenie tylnej ściany gardła, podniebienia miękkiego, korzenia języka uważamy

za zbędne. Do znieczulenia używamy kokainy w rozczynie wodnym w stosunku 1:3. Chory musi niżej siedzieć, niż lekarz, kręgosłup musi być wyprostowany, głowa przechylona ku tyłowi. Chory wyciąga sobie sam język lewą ręką; wprowadzenie tracheoskopu następuje teraz przy pomocy lusterka krtaniowego i przy oświetleniu zwykłym reflektorem. Tracheoskop, trzymany w ten sposób, iż palec wielki uciska na główkę przetyczki (mandrynu), dłoń zaś ujmuje górną jego część, wprowadza się do tchawicy, usiłując podczas głębokiego wdechu wprost przejść krtań i wejść odrazu do tchawicy. U niektórych chorych, niemogących już to wyprostować kręgosłupa, już to szeroko otworzyć ust, już to wreszcie nieodpowiednio się trzymających, staramy się dojść do krtani od strony zatoki gruszkowatej *(sinus piriformis)* lewej. Po wprowadzeniu tracheoskopu do górnej części tchawicy wyjmujemy szybko przetyczkę; dalsze badanie prowadzimy już przy oświetleniu lampką Kirsteinowską. Tracheoskop wsuwamy w głąb aż do klina podziałowego tchawicy, bacząc przytem na istniejące w danym razie zmiany; jeżeli spostrzeżemy zwężenia lub jakieś inne zmiany patologiczne, zatrzymujemy tracheoskop ponad niemi. Chorzy siedzą nietylko przy badaniu, lecz zwykle także i przy zabiegach leczniczych. Jeśli nam chodzi tylko o rozpoznanie, to zwykle nie znieczulamy tchawicy; czynimy to dopiero przy zabiegach leczniczych. Tchawica wogóle mało oddziaływa na przedmioty, do niej wprowadzane, dopiero klin podziałowy tchawicy i oskrzela oddziaływają silnie. Znieczulenie oskrzeli przed wprowadzeniem do nich bronchoskopów jest konieczne. Do znieczulania tchawicy i oskrzeli używamy wacików, przytwierdzonych na odpowiednio długim pręcie metalowym. Do oczyszczania zaś pola widzenia z zalegającego śluzu, ropy lub krwi, używamy pręcików lub też pompki, podanej przez Killiana. Ogólnego uśpienia u dorosłych nie używamy.

Metoda ta, przy pewnej oczywiście wprawie, nie sprawia większych trudności; nie zdarzyło się do tego czasu, iżby nas zawiodła.

Dopiero przez opisane właśnie tracheoskopy wsuwamy w razie potrzeby rury bronchoskopowe Killiana.

Obok rur bronchoskopowych Killiana używamy rur prostych, odpowiednio długich, opatrzonych przetyczką (mandrynem), które albo przy pomocy przetyczki wprowadzamy wprost do tchawicy i oskrzeli, lub też bez przetyczki przez rurę tracheoskopową. Rury te odpowiadają bronchoskopom Killiana, a dadzą się wsunąć w głąb oskrzeli drugorzędnych. Wprowadzenie ich wprost pod kontrolą lusterka krtaniowego, podobnie jak tracheoskopów, sprawia z powodu znacznej ich długości czasem znaczne trudności, zwykle też wprowadzamy najpierw tracheoskop, dopiero przez niego bronchoskopy. Bronchoskopy te przy końcu mają owalny otwór, aby przezeń mogło przejść powietrze z oskrzela drugiego w razie zatkania badanego oskrzela.

Tracheo- i *bronchoscopia directa superior* u dzieci odbywa się w podobny sposób z małą tylko odmianą. Rur używamy tylko prostych, odpowiednio cienkich i długich, opatrzonych przetyczką. Pierwotnie nawet przy tracheo- i bronchoskopii rozpoznawczej używaliśmy uśpienia ogólnego, obecnie nawet przy zabiegach leczniczych niezawsze do tego środka się uciekamy. Przekonaliśmy się bowiem, iż nawet niesforne dzieci nietylko bez uśpienia ogólnego, ale czasem i bez znieczulenia miejscowego zabieg ten znoszą bardzo dobrze i skoro już tracheoskop, czy bronchoskop, został włożony, zachowują się prawie zupełnie spokojnie.

Uśpienie ogólne nie byłoby pożądane w tych przypadkach, w których tracheoskopia wskazana jest kilkakrotnie w kilkudniowych odstępach czasu; w takich razach zaczęliśmy się uciekać najpierw do znieczulenia miejscowego kokainą, potem zaś, przekonawszy się, iż znieczulenie kokainą łączy się u dzieci z trudnościami, zaczęliśmy wykonywać w niektórych przypadkach tracheo- i bronchoskopię wprost bez znieczulenia, ani ogólnego, ani też miejscowego. Odruch kaszlu, wywołany wprowadzeniem tracheoskopu, nie jest silniejszy, niż przy intubacyi metodą O'Dwyera, a nawet po wprowadzeniu tracheoskopu bywa zwykle kaszel mniej wybitny i trwa krócej.

Killian wykonywa tracheoskopię u dzieci w uśpieniu ogólnem, ułożywszy chorego na wznak, wprowadzając tracheoskop i bronchoskop pod nadzorem wzroku. Pieniążek postępuje o tyle odmiennie, iż rury tracheoskopowe wprowadza u dzieci tylko pod kontrolą palca, posadziwszy je z tułowiem, nachylonym naprzód, z głową, przegiętą ku tyłowi i to zarówno u dzieci nie znieczulonych zupełnie, jak i u znieczulonych miejscowo, jak też i przy uśpieniu ogólnem.

Jeśli tracheoskopię, czy też bronchoskopię górną wykonywamy tylko w celu rozpoznawczym, to dzieci nienarkotyzowane pozostawiamy w siedzącej postawie; postępujemy tak nadal przy mniejszych zabiegach leczniczych, jak np. usuwanie ziarniny z tchawicy. Jeżeli tracheoskopia ma trwać dłużej, lub też przy złożonych zabiegach leczniczych, układa się dziecko na wznak, co czyni się zawsze u dzieci uśpionych. Podnieść tu muszę, że o ile dzieci jeszcze siedzące czasem zachowują się niespokojnie, to na wznak prawie zawsze leżą spokojnie. Ułożenie na wznak z głową zwieszoną ku dołowi jest potrzebne tak u dorosłych, jak i u dzieci w razie krwawienia z tchawicy lub oskrzeli; krew przez tracheoskop spływa wtedy na zewnątrz, nie zalewając dróg oddechowych i łatwiej zostaje wykrztuszoną. Obok tego ułożenie takie zapobiega spływaniu silnie wtedy się wydzielającej śliny z jamy ust i śluzu z gardła do tchawicy.

Tracheo- i bronchoskopię u dzieci przeprowadzamy w naszej klinice tylko pod kontrolą palca. Przeciwwskazaniem do niej byłyby zmiany w krtani, w szczególności atoli ciała obce, usadowione tak w krtani, jak i na granicy krtani i tchawicy.

Wady i zalety metody Killiana i Pieniążka przy tracheo- i bronchoskopii górnej przedstawiałyby się w oświetleniu krytycznem, jak następuje: Killian używa obecnie tak do tracheo-, jak i bronchoskopii górnej jako przewodnika rury rynienkowato zakończonej, przez którą dopiero przesuwa się tracheo- i bronchoskopy. Postępowanie to było wynikiem trudności, na które napotykało wprowadzenie tracheoskopów, tem bardziej zaś bronchoskopów, wprost do tchawicy. Pierwotnie wprowadzał Killian narzędzia te, opatrzone przetyczką, pod kontrolą palca na ślepo, potem pod kontrolą światła i to w ten sposób, że uciskając korzeń języka palcem, czy też tracheoskopem, powoli wsuwał tracheoskop. Albo też, chcąc ułatwić przejście przez krtań, używał Killian jako przewodnika rury, złożonej z kilku cienkich ramion, w którą wprowadzono krótki tracheoskop i które, jako krótkie, łatwiej już dały się przeprowadzić przez krtań;

krótki tracheoskop wyjmowano, pozostawiając widlastą rurę, tkwiącą w górnej części tchawicy i przez nią dopiero wsuwano tracheo- i bronchoskopy. Jako dalszego ulepszenia używa Kilian kopystki uniwersalnej Kirsteina, wreszcie obecnie używa rury rynienkowatej. Ustawienie głośni, ta najtrudniejsza część całego zabiegu, ma być przez to znacznie ułatwiona. Dawniejsze sposoby Killiana nie mogą znaleźć zwolenników. jak z jednej bowiem strony wprowadzanie narzędzi na ślepo wogóle nie jest wskazanem, tak też i wprowadzanie tracheo-, czy też bronchoskopów pod kontrolą światła lub też kopystki Kirsteina natrafia na bardzo znaczne trudności w przesunięciu korzenia języka ku przodowi. Toteż ostatni sposób (rura rynienkowata) okazał się wogóle najlepszym ze sposobów, podanych przez Killiana. Nastawienie krtani jest przy pomocy tej rury stosunkowo łatwe. Do ujemnych stron zaliczyłbym następujące: rurę tę po wprowadzeniu musi we właściwem położeniu utrzymywać dobrze do tego wprawiony asystent; przy nieodpowiedniem zachowaniu się chorego może rura jeszcze przed wprowadzeniem tracheo- i bronchoskopów wyślisnąć się z krtani; a ponieważ uciska ona głównie ku przodowi, przeto stosunkowo łatwo może wywołać pod więzadłami obrzmienie; wreszcie przesuwane przez rurę tracheoskopy muszą być cienkie, tamują przeto w znacznym stopniu dostęp światła.

Niedogodności te usuwa rura Pieniążka. Rura ta, raz wprowadzona do tchawicy, już się stamtąd nie wysunie, tak iż nawet pozostawić ją możemy wolno w krtani tkwiącą, i nie potrzebujemy rury przytrzymywać rękami; ucisk na krtań rozdziela się więcej jednostajnie, rura ta nie posiada bowiem brzegu, wciskającego się w przedni kąt krtani; wreszcie dzięki znacznej szerokości pozwala nam ta rura nie częściowo, lecz w całości oglądać ściany tchawicy, jej klin podziałowy i wejście do oskrzeli; oświetlenie jest wskutek większej szerokości rury silniejsze, tak iż nie jesteśmy wyłącznie ograniczeni do silnego oświetlenia lampką Kirsteinowską, lecz użyć możemy światła odbitego, a tracheoskopować możemy nietylko w zakładach z urządzeniem elektrycznem, ale nawet w domach prywatnych, przy zwykłej nawet lampie naftowej.

Oznaczenie zaś, co jest trudniejsze, czy wprowadzenie tylko do krtani kopystki Killiana, czy też wprost do tchawicy tracheoskopu Pieniążka, jest rzeczą względną. Jeden i drugi zabieg wymaga znaczniejszej już wprawy i zręczności; niewprawnemu, jak sądzę, obie metody sprawiać będą prawie jednakowe trudności.

Przewagę miałaby metoda Killiana w pewnych warukach i tak: u takich chorych, u których krtani, a tem bardziej niżej położonych części nie zdołalibyśmy zbadać, rura Kirsteina pozwoli nam dostrzedz istniejące w danym razie zmiany krtani; czasem więc badanie to dać nam może przeciwwskazanie do tracheoskopii. Przypadki te będą chyba nadzwyczajnie rzadkie, ale możliwe; przy zmianach w górnej części tchawicy, a mianowicie na przejściu krtani w tchawicę, przy ciałach obcych, usadowionych wysoko. W takich atoli przypadkach jest przeciwwskazana tracheoskopia nietylko sposobem Pieniążka, ale i sposobem Killiana; dozwolona jest tylko pierwsza część sposobu Killiana, tj. wprowadzenie rury Kirsteinowskiej. Obrzmienia podgłośniowe stanowić mogą przeciwwskazanie i do użycia rury Kirsteinowskiej.

Zresztą dokładne wskazania i przeciwskazania do tracheo- i bronchoskopii omówię jeszcze w ustępie, dotyczącym poszczególnych chorób.

Tracheo- i bronchoskopia dolna u chorych tracheotomowanych nie sprawia prawie żadnych trudności i nie grozi niebezpieczeństwem. Bez ważniejszych powodów nie będziemy jej wykonywać tylko u osób bardzo osłabionych. Zresztą znoszą ją chorzy bardzo dobrze. Wprawdzie wywołuje ona pewne zmęczenie chorego, nie trwa to jednak długo.

(D. c. n.)

II. Uodpornianie czynne przeciw cholerze.

Podał

Dr. Stanisław Serkowski.

Zarządzający Laboratoryum sanitarnem miejskiem w Łodzi.

(Ciąg dalszy.)

Głównym sprawdzianem uodpornienia zwierzęcia lub człowieka jest badanie bakteryobójczych własności jego krwi przed szczepieniem i w 5—8 dni po każdem szczepieniu. Takie badania mają na celu zarówno sprawdzić wartość każdej z wyżej podanych i innych metod, jak i porównać własności bakteryobójcze surowicy osób szczepionych z surowicą ozdrowieńców. Istnieją dwa sposoby badania bakteryobójczych własności krwi — *in vitro* i *in vivo*.

Badanie *in vitro* polega na tem, że z różną określoną ilością badanej surowicy miesza się w probówkach stałe określone ilości hodowli swoistych bakteryi i stałe określone ilości normalnej surowicy (t. zw. „*complement*“), następnie mieszaninę po 4—6-godzinnem przebywaniu w cieplarce z każdej probówki rozlewa się na płytki agarowe i stawia na 24 godziny do cieplarki. Przez obliczenie wyrosłych kolonii bakteryjnych stwierdza się, czy i w jakim stopniu dana absolutna ilość badanej surowicy zdołała zniszczyć swoiste bakterye. Koniecznem jest dodawanie „*komplementu*“, t. j. normalnej surowicy, bez której nie można otrzymać substancyi bakteryobójczej.

W mojej pracowni posługuję się koledzy następującą, przezemnie opracowaną tablicą do badań substancyi bakteryobójczej *in vitro:*

Tablica I.

Bactericid. titr.

Surowica { *A* = 0.1 surowica + 0.4 NaCl = 0.5
B = 0.05 *A* + 0.2 NaCl = 0.25
C = 0 05 *B* + 0.2 NaCl = 0.25

Nr. probówki	Surowica	Fizyol. rozczyn NaCl	Komplement	Bakterye	Titr. = serum quant. absolut.
1	0.1 surowica	1.6	0.3	1 uszko + 3 krople bulionu	0.1
2	0.3 *A*	1.4	"	" "	0 06
3	0.1 *A*	1.6	"	" "	0.02
4	0.05 *A*	1.65	"	" "	0.01
5	0.15 *B*	1.55	"	" "	0.006
6	0.05 *B*	1.65	"	" "	0 002
7	0.15 *C*	1 55	"	" "	0.0012
8	0.05 *C*	1 65	"	" "	0 0004
9	0.02 *C*	1.68	"	" "	0.00016
10	0.1 surowica	1 9	0	" "	Kontrola
11	0	1.7	0.3	" "	Kontrola
12	0	2.0	0	" "	Kontrola
13	0 1 surowica	1.7	0.3	0	Kontrola

A—B—C są to trzy małe wyjałowione szklane buteleczki z szerokiemi szyjkami, zamkniętemi wacikiem; do każdej buteleczki wprowadza się jałową pipetą oznaczona w tablicy ilość (w ctm. sześć.) surowicy i fizyologicznego rozczynu NaCl. Do każdej z 9 jałowych probówek wprowadza się oznaczona ilość surowicy badanej, surowicy normalnej, fizyol. rozczynu NaCl, 1 uszko swoistych bakteryi i 3 krople bulionu; 4 ostatnie probówki służą dla kontroli surowicy, komplementu i bakteryi. Ostatnia rubryka wskazuje odrazu miano badanej surowicy, absolutną jej najmniejszą dawkę, potrzebną do zniszczenia 1 uszka swoistych bakteryi: jeżeli 0.006 (5 probówka) daje nam rozwój kolonii w płytkach, a przy użyciu 0.01 (4 probówka) kolonii na płytkach niema, to mówimy, że bakteryolityczne miano badanej surowicy = 0.01. Wynik moich badań według tego sposobu podam poniżej.

Badanie *in vivo* polega na t. zw. objawie Pfeiffera.

R. Pfeiffer zakaził czynnie uodpornioną morską świnkę zjadliwymi mętwikami (wibryonami) cholerycznymi, następnie co 5 minut zapomocą szklanego kapilaru dostawał część wysięku z otrzewnej i przekonał się, badając w kropli wiszącej, że mętwiki, które u kontrolowego zwierzęcia są żywo ruchliwe i powodują śmierć jego, rozpadają się w ustroju uodpornionego zwierzęcia na ziarnka i kulki i giną szybko. Ten sposób, zwany objawem Pfeiffera, służy do jakościowego i ilościowego badania własności bakteryobójczych surowicy, dalej do określania swoistości czyli różniczkowania badanych bakteryi: w pierwszym przypadku używamy badaną surowicę zwierzęcia lub człowieka i określoną hodowlę swoistych bakteryi o pewnej stałej zjadliwości, w drugim zaś wiadomą wysokowartościową surowicę z wiadomem określonem mianem i badaną hodowlę wyosobnionych bakteryi. Objaw Pfeiffera i odczyn surowiczy są bardziej stałymi i pewnymi, niż nawet określanie zjadliwości bakteryi: bakteryolityczne i aglutynacyjne właściwości występują nawet wtedy, gdy zginęła zjadliwość danych swoistych bakteryi. Podstawą tych doświadczeń jest otrzymanie wysokowartościowej surowicy, której 0.0002 grm. wystarcza, aby przy równoczesnem wprowadzeniu 1 norm. uszka (= 2 mg.) 18-godzinnej hodowli agarowej o pewnej stałej i określonej zjadliwości z 1 ctm. sześć. bulionu — do otrzewnej morskiej świnki, — wszystkie choleryczne przecinki w ciągu 20 do 40 minut rozpadły się na ziarnka i twory kuliste, t. j. używa się surowicy, której miano (titr) odpowiada 0.0002 grm. Z surowicy otrzymujemy rozcieńczenie 1:10, na 100 i 1000; ilość wziętej 18-godzinnej hodowli stale wynosi 1 uszko, a więc dziesięciokrotnie śmiertelną dawkę, zmieszaną z 1 ctm^3 bulionu (nie peptonu i nie rozczynu soli); mieszaninę wprowadza się tępą igłą 2 morskim świnkom: pierwszej 1 ctm. sześć. rozcieńczenia 1:100 (t. j. 10 mg. surowicy), drugiej 1 ctm. sześć. rozcieńczenia 1:1000 (t. j. 1 mg. surowicy), a trzecia i czwarta służą dla kontroli (mianowicie trzecia dostaje 10 mg. normalnej homologicznej surowicy, a czwarta — $^1/_4$ uszka hodowli bez surowicy). Po 20—40 minutach zapomocą szklanych naczyń włoskowatych systemu Pasteura lub Issajewa wyciągamy cokolwiek wysięku z otrzewnej i jedną kropelkę tego wysięku badamy w wiszącej kropli: 10 mg. surowicy zwykle wystarcza, by wszystkie mętwiki choleryczne zamienić na ziarna. Przy badaniu bakteryobójczych własności krwi osoby uodpornionej zapomocą objawu Pfeiffera, zamiast wysokowartościowej bierzemy surowicę krwi danego osobnika i ściśle mianujemy.

Co do objawu Pfeiffera to stosuje się to, co powiedziałem powyżej o metodach czynnego uodpornienia: objaw ten jest zupełnie pewnym, doskonałym sprawdzianem (przy prawidłowej technice i kontroli, przeprowadzonej według wskazówek Pfeiffera i Issajewa) bakteryolitycznej sprawności badanej krwi, daje zupełnie ściśle, matematycznie pewne dane co do własności bakteryobójczych surowicy, ale istota tego objawu nie jest ostatecznie wyświetlona. Istnieją wprawdzie bardzo liczne hipotezy, jak n. p. plazmoliza i plazmoptyza Fischera[12], fiksatory Bordeta, makro- i mikrocytazy i stymuliny Miecznikowa[13], substancye bakteryotropowe Neufelda i Töpfera[14], glabrificyny Grubera[15], aggresyny Baila[16], wreszcie tak wszechstronna teorya Ehrlicha. Tem się właśnie tłómaczy sceptycyzm niektórych krytyków, którzy nie widząc nigdy tak jaskrawego, tak widocznego sprawdzianu bakteryobójczych własności uodpornionego zwierzęcia, jakim są powyższe metody i zwłaszcza objaw Pfeiffera, a słysząc jedynie o różnych metodach szczepienia i różnych hipotezach w zupełności stwierdzonego zjawiska, — odmawiają szczepieniom czynnym praktycznego znaczenia i zastosowania.

Z pośród przytoczonych dwóch metod określania bakteryobójczości krwi pewniejszym jest objaw Pfeiffera, ponieważ w probówce przy zmieszaniu żywej hodowli z surowicą choleryczną bakteryobójcza własność albo nie zjawia się wcale, albo występuje w nieco silniejszych stężeniach, aniżeli w żywym ustroju; dla złagodzenia tej różnicy wprowadza się jeszcze i surowicę normalną, bo — według doświadczeń Ehrlicha — dany objaw wymaga dwóch czynników, mianowicie działania uodpornionego ustroju i działania „komplementu"; ani pierwszy, ani ostatni sam przez się nie działa bakteryolitycznie, dopiero przy współdziałaniu obydwóch czynników możliwem jest zjawisko rozpuszczenia bakteryi.

Jakkolwiek krew ozdrowieńców po cholerze zawiera swoiste ciała bakteryobójcze, podobnie jak krew zwierząt lub ludzi czynnie uodpornionych przeciw cholerze, to jednak między jedną a drugą zachodzi pewna różnica. Mianowicie u ludzi nieszczepionych miano surowicy wynosi przeciętnie 0.6, a u odpornionych żywemi lub zabitemi hodowlami po 5—8 dniach po szczepieniu = 0.001 do 0.005; u ludzi zaś, którzy przebyli cholerę, siła surowicy nigdy nie przekracza 0.01 ctm. sz., czyli przy sztucznem uodpornianiu surowica zawiera nawet więcej bakteryobójczych substancyi niż surowica osób, które przebyły cholerę. Prócz tego u ozdrowieńców pierwsze swoiste zmiany krwi zaczynają się zwykle dopiero na 14—20 dzień od początku choroby, osiągają stopień najwyższy w 4—5 tygodniu i następnie szybko giną tak, iż po 2—3 miesiącach we krwi nie można stwierdzić

[12]) Zeitschr. f. Hygiene: 1900, XXXV, 1. Porównaj Serkowski: O kryoskopii. 1901.

[13]) Niewospriimcziwość w infekcjonnych bolieźniach: 1903, str. 230 etc.

[14]) Centr. f. Bakteriologie: I. 1905. Orig. Nr. 4, str. 456.

[15]) München. med Wochenschr. i Deutsche med. Wochenschr. 1896, Nr. 15.

[16]) Arch. f. Hygiene: t. 53, 3, str. 272.

ciał bakteryobójczych, gdy natomiast przy sztucznem uodpornianiu takowe zjawiają się znacznie wcześniej, na 5—8 dzień, i trwają od 6—14 miesięcy. Krwiotwórcze narządy są miejscem wytwarzania się bakteryolizyn, które dopiero po 5—8 dniach przechodzą stąd do soków całego ustroju (Pfeiffer i Marx [17]).

W początku roku bieżącego, częściowo w Charkowie, częściowo w Łodzi, wykonalem szereg określeń miana bakteryolitycznego i miana aglutynacyjnego u lekarzy, studentów i innych osób. Otrzymane wyniki są ciekawe i doniosłe, dają bowiem wskazówkę do dawkowania, ilości, czasu i wyboru szczepionek; 7 osób szczepiłem metodą wolnych chwytników (receptorów), resztę — według Kollego. Z ogólnej liczby szczepionych u 18 określiłem miano po 2-em szczepieniu (trzeciego wskutek różnych przyczyn nie było); u 4 po drugiem i trzeciem i u 19 osób w 5 dni po trzeciem szczepieniu. Miano bakteryolityczne określałem podług powyższej tablicy u wszystkich szczepionych, prócz tego wykonałem dla kontroli 8 określeń bakteryobójczej zdolności *in vivo*.

Tablica II.

Nr. rejestru	Metoda	Miano bakteryolit. przed 1-szem szczepieniem	Miano bakteryolit. w 5 dni po 2-em. szczep
5. Dr. Faw.	Kolle	0.5—0.1	0.012
1. Dr. Si.	"	0.01	0.002
26. Sz.	"	>0.02	0.0012
27 St Pos.	"	0.06	0.002
28. Ol.	"	0.01	0.006
29. Ni.	"	0.06—0.1	0.0012
30. L. Ag.	"	0.01	0.0012
31. M-w.	"	0.02	0.002
32. To.	"	0.01	0.002
33. S-n.	"	0.01	0.002
34. W-i.	"	0.01—0.02	0.002
35. K-an.	Neisser-Shiga	0.01	0.012
36. O.	"	0.02	0.006
37. T. Ger.	"	0.06—0.1	0.002 - 0.006
38. A. Ger.	"	0.02	0.006
39. Sad.	"	0.01	0.0012—0.002
40. S. Awg.	"	>0.1	0.002
41. Nosk.	"	0.01	0.002

Z powyższej tablicy widzimy, że w wynikach niema właściwie różnicy między metodą Kollego, a metodą wolnych chwytników (receptorów); natomiast w samej technice przygotowania i stosowania szczepionek zachodzi znaczna różnica na niekorzyść metody Neisser-Shiga.

Następująca tablica wskazuje stopniowy wzrost miana bakteryolitycznego po drugiem i trzeciem szczepieniu.

Tablica III.

Nr. rejestru	Metoda	Miano bakteryolit.		
		przed 1 szcz.	w 5 dni po 2 szczep.	w 5 dni po 3 szcz.
3. S-w.	Kolle	0.02—0.06	0.006	0.0004
7. Mrz.	"	0.06	0.0012	0.0004—0.00016
8. Bak.	"	0.01	>0.002	0.0012
14. Kost.	"	>0.1	0.002	0.006

[17]) Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskrankh. 1898, t. XXVII, str. 272.

Wogóle wzrost miana był bardzo znaczny, z wyjątkiem Kost., u którego miano wynosiło 0.006 po drugiem, pozostało bez zmiany i po trzeciem szczepieniu. Tu jednak należy zaznaczyć, że być może miano byłoby większe, gdyby krew była wziętą nie po pięciu, ale po dziesięciu dniach i że termin pięciodniowy nie jest kresem największego wzrostu swoistych ciał; lecz w moich doświadczeniach chciałem stale krew mianować w jednakowych odstępach czasu.

W dalszym ciągu badań miano było określane przed pierwszem i po ostatniem, t. j. trzeciem szczepieniu z uwzględnieniem dawki szczepionki; wszystkie dalsze badania wykonałem metodą Kollego.

Tablica IV.

Nr. rejestru	Dawkowanie szczepionki w ctm. sześć przy 1—2 i 3 szczep.	Miano bakteryolit.	
		przed 1-em szczepieniem	w 5 dni po 3 szczepieniu
2. N.	½—1—1½	0.02	0.0012
4. Sk.	½—1—1	>0.1	0.0004
6. Gold.	½—1—1	0.1	0.01 !
9. Awg.	½—1—1½	0.06—0.1	0.0012
10. K S.	¾—1—1½	0.02	0.0004
11. Sik.	½—1—1	0.01	0.0004—0.00016
12. Lew.	½—¾—1	0.02—0.06	0.0012
13. B.	½—1—1	0.02	0.002
15. Kol.	½—1—1½	>0.1	>0.002
16. Szer.	½—1—1½	0.06—0.1	0.0004
17. Raś.	½—1—1½	0.01	0.0004—0.0012
18. Ber.	½—1—1	0.01—0.02	0.0004—0.0012
19. Las.	½—1—1	0.01—0.02	0.0012
20 Wa.	½—1—1	0.01	0.0012
21. Mo.	½—1—1½	0.01	0.0004
22. Rap.	½—1—1½	0.01	0.0004—0.0012
23. L.	½—1—1	0.02	0.0012
24 A. G.	½—1—1	0.01	0.002
25. Cyb.	½—1—1	0.06—0.1	0.0012

Wogóle po 2-giem szczepieniu bakteryolityczne miano wzrastało 10—15 razy, a po 3-ciem 20—25 razy w porównaniu z bakteryobójczą siłą krwi przed pierwszem szczepieniem. Wyjątek stanowił kol. Gold., u którego po trzeciem szczepieniu stwierdziłem miano tylko 0.01, wskutek czego kol Gold. z Ozorkowa, po zawiadomieniu przezemnie o takim wyniku, sam sobie zastosował szczepionkę czwarty raz w ilości 2½ ctm. sześć., ale krwi do ponownego badania mi nie nadesłał. Siła uodpornienia znajduje się w prostym stosunku do dawki; trzykrotne szczepienia mają więc wyższość nad dwukrotnemi nietylko przez uzyskanie wyższego miana, ale także, — co również jest ważne, — przez możność stosowania małej dawki przy pierwszem szczepieniu, wskutek czego ustrój nawet po 1 i 2 ctm. nie oddziaływa tak silnie, jak to ma miejsce po wprowadzeniu odrazu dużych dawek.

Równocześnie z badaniem bakteryobójczości określałem we wszystkich przypadkach miano aglutynacyjne przed szczepieniem i w przebiegu uodparniania, co przedstawiam w następującem zestawieniu. (Patrz tabl. V na str. 763).

Z powyższego zestawienia można wnioskować, że nie istnieje prosty stosunek ani między dawką szczepionki a mianem aglutynacyjnem, ani między tem ostatniem a mianem bakteryolitycznem; wreszcie nawet ilość szczepień nie znajduje się w ścisłym związku z siłą aglutynacyjną krwi.

Tablica V.

Nr. regestru	Miano bakteryolit.			Miano aglutynac.		
	przed szczepieniem	5 dni po 2-giej wakcynie	5 dni po 3-ciej wakcynie	przed szczepieniem	5 dni po 2-giej wakcynie	5 dni po 3-ciej wakcynie
1. Si	0.01	0.002	—	1 : 10 —	1 : 10 —	—
2. N.	0.02	—	0.0012	1 : 10 —	—	1 : 80 +
3. S-w.	0.02—0.06	0.0012	0.0004	1 : 10 +	1 : 10 +	1 : 80 +
4. Sk.	>0.1	—	0.0004	1 : 10 —	—	1 : 160 +
5. Faw.	0.5—0.1	0.012	—	1 : 10 +	1 : 80 +	—
6. Gold.	0.1	—	0.01!	1 : 10 —	—	1 : 10 +
7. Mrz.	0.06	>0.002	0.0004—0.00016	1 : 10 —	1 : 160 +	1 : 160 +
8. Bak.	0.01	0.002	0.0012	1 : 10 +	1 : 80 +	1 : 500 +
9 Awg.	0.06—0.1	—	0.0012	1 : 15 +	—	1 : 500 +
10. K. S.	0.02	—	0.0004	1 : 10 —	—	1 : 320 +
11. Sik.	0.01	—	0.0004—0.00016	1 : 10 —	—	1 : 80 +
12. Lew.	0.02—0.06	—	0.0012	1 : 10 —	—	1 : 160 +
13. B.	0.02	—	0.002	1 : 10 +	—	1 : 160 +
14. Kost	>0.1	0.006	0.006	1 : 10 —	1 : 10 +	1 : 80 +
15. Kol.	>0.1	—	>0.002	1 : 15 —	—	1 : 160 +
16. Szer.	0.06 – 0.1	—	0.0004	1 : 10 —	—	1 : 500 +
17. Raś	0.01	—	0.0004—0.0012	1 : 10 —	—	1 : 500 +
18. Ber.	0.01 – 0.02	—	0.0004—0.0012	1 : 10 —	—	1 : 500 +
19. Las	0.01—0.02	—	0.0012	1 : 10 —	—	1 : 320 +
20. Wa.	0.01	—	0.0012	1 : 10 —	—	1 : 500 +
21. Mo.	0.01	—	0.0004	1 : 10 —	—	1 : 500 +
22. Rap.	0.01	—	0.0004—0.0012	1 : 10 +	—	1 : 500 +
23. L.	0.02	—	0.0012	1 : 10 +	—	1 : 500 +
24. A. G.	0.01	—	0.002	1 : 10 —	—	1 : 80 +
25. Cyb.	0.06—0.1	—	0.0012	1 : 10 —	—	1 : 500 +
26 Sz.	>0.02	0.0012	—	1 : 10 —	1 : 160 +	—
27. St. Pos.	0.06	0.002	—	1 : 10 —	1 : 500 +	—
28. Ol.	0.01	0.006	—	1 : 10 —	1 : 80 +	—
29. Ni.	0.06—0.1	0.0012	—	1 : 10 +	1 : 500 +	—
30. L. Ag.	0.01	0.0012	—	1 : 10 —	1 : 80 +	—
31. M-w.	0.02	0.002	—	1 : 10 —	1 : 250 +	—
32. To.	0.01	0.002	—	1 : 10 —	1 : 500 +	—
33. S n.	0.01	0.002	—	1 : 10 —	1 : 320 +	—
34. W i.	0.01—0.02	0.002	—	1 : 10 +	1 : 80 +	—
35. K an.	0.01	0.012	—	1 : 10 —	1 : 320 +	—
36. O.	0.02	0.006	—	1 : 10 —	1 : 250 +	—
37 F. Ger.	0.06—0.1	0.002—0.006	—	1 : 10 —	1 : 80 +	—
38. A. Ger.	0.02	0.006	—	1 : 10 ±	1 : 80 +	—
39. Sad.	0.01	0.0012—0.002	—	1 : 10 —	1 : 250 +	—
40. S. Awg	>0.1	0.002	—	1 : 10 —	1 : 500 +	—
41. Nosk.	0.01	0.002	—	1 : 10 —	1 : 500 +	—

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. A. Schmidtmann: **Handbuch der gerichtlichen Medizin.** Unter Mitwirkung von Prof. Dr. Haberda Wien, Prof. Dr. Kockel Leipzig, Prof. Dr. Wachholz Krakau, Prof. Dr. Puppe Königsberg, Prof. Dr. Ziemke Halle, Prof. Dr. Ungar Bonn, Prof. Dr. Simerling Kiel. Neunte Auflage des Casper-Liman'schen Handbuches. Erster Band. Mit 40 Abbildungen im Text. Berlin 1905. Verlag von August Hirschwald.

Brak obszernego podręcznika, któryby nietylko pod względem teoretycznym, lecz i praktycznym wyczerpywał całość nauki medycyny sądowej, a w którym równocześnie znalazłyby pomieszczenie najnowsze zdobycze naukowe, był przyczyną, dla której pod redakcyą Schmidtmanna podjęto opracowanie w tytule wymienionego podręcznika. Dzieło to ma być dziewiątem wydaniem podręcznika Caspra i Limana, którego ósme wydanie pojawiło się w r. 1889. W rzeczywistości jednak jest to zupełnie oryginalnie opracowany podręcznik, który jedynie formą zewnętrzną, tu i owdzie zachowanym podziałem, lub ciekawszym przyczynkiem kazuistycznym przypomina poprzednie wydanie.

Tom pierwszy wspomnianego dzieła obejmuje część ogólną, opracowaną przez Prof. Schmidtmanna, rozdziały o zdolności płciowej, o zaspokojeniu popędu płciowego w sposób ustawie przeciwny, o dochodzeniu ciąży i porodu i o spędzeniu płodu, pióra Prof. Haberdy; o uszkodzeniach cielesnych i ogólną część rozdziału o śmierci gwałtownej przez Prof. Kockela; wreszcie śmierć gwałtowną przez otrucie, opracowaną przez Prof. Wachholza. Każdy z rozdziałów, obok objaśnień ustawowych, odnoszących się do ustawodawstwa niemieckiego oraz austryackiego, doskonałej treści, której zresztą rękojmią są nazwiska współpracowników, uwzględniającej wyczerpująco piśmiennictwo przedmiotu, obfituje w liczne i pouczające przypadki kazuistyczne, stanowiące dla lekarza sądowego nieoceniony materyał pomocniczy przy ocenie trudniejszych przypadków z praktyki sądowo-lekarskiej.

Tom drugi ukaże się wkrótce na półkach księgarskich.

Horoszkiewicz.

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Lüdke. **O cytotoksynach ze szczególnem uwzględnieniem toksyn jajnikowych i toksyn gruczołu tarczowego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 30 i 31, 1905). Autor stawia nową teoryę patogenezy błednicy. Zwiększona czynność wydzielnicza jajników w okresie pokwitania ma sprowadzać wytwarzanie w ustroju ciał, niszczących te produkta, sprowadza zatem wytwarzanie się w ustroju autotoksyn jajnikowych. Trudno wykazać ich obecność we krwi ustroju, można jednak wnosić o ich istnieniu, wykazawszy równolegle zwykle występujące chwytniki (receptory) drugiego rzędu aglutyniny. Otóż z badań autora wynika, że aglutyniny bakteryjne i hemaglutyniny znajdują się we krwi chorych na błednicę w znacznie większem stężeniu (1: 50 nawet 1: 200, podczas gdy surowica prawidłowa aglutynuje

tylko w stosunku 1: 1 — 1: 20). Autotoksyny jajnikowe nie dosięgają jednak według autora swem działaniem jajników, lecz ich chwytniki wiążą się z ciałkami czerwonemi krwi. Twierdzenie to autor popiera doświadczeniem, że wstrzyknięcie wyciągu jajników do żyły królika sprowadza zmniejszenie ilości ciałek krwi czerwonych i zmniejszenie ilości hemoglobiny do 25 prc. Z drugiej zaś strony za teoryą autora przemawiałby fakt, że surowica, działająca spermotoksycznie, działa także hemolitycznie, że tak samo hemolitycznie działa surowica, zabijająca przybłonki migawkowe i przez ich szczepienie otrzymana również surowica nefrotoksyczna. Może zatem i surowica, działająca toksycznie na jajniki, uwidoczniać swe działanie głównie na krwinkach czerwonych. Autor starał się dalej otrzymać surowicę tyreotoksyczną przez szczepienie królików i innych zwierząt gruczołem tarczowym wołów i psów. Surowica, wzięta z tych zwierząt doświadczalnych, zaszczepiona psom, spowodowała rzeczywiście obraz, klinicznie podobny do charłactwa po usunięciu gruczołu tarczowego (*cachexia thyreopriva*), z upadkiem wagi zwierząt i zmianami nerwowemi, jako objawami przeważającymi. Po kilku dniach obraz kliniczny ustępował. Zmian anatomopatologicznych, jakie po stosowaniu takiej surowicy znachodzili inni autorowie w gruczole tarczowym zwierząt doświadczalnych, autor nie znalazł; wyraża on nadzieję, że stosowanie takich tyreotoksycznych surowic w małych dawkach mogłoby działać podniecająco na podupadłą czynność gruczołu tarczowego (cachexia strumipriva), podobnie jak w małych dawkach stosowana hemolityczna surowica działa podniecająco na odrodzenie krwi. W dużych zaś dawkach stosowana mogłaby ta tyreotoksyczna surowica przeciwdziałać wygórowanej czynności gruczołu tarczowego, która to zmiana jest zdaje się podstawą choroby Basedowa. *Mostowski.*

Bergell i Dorpinghaus. **Chemia nowotworów rakowych.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 36, 1905). Autorowie badali stosunki ilościowe kwasów aminowych, otrzymanych przez hydrolizę białka nowotworów rakowych i mięsakowych. Dla oddzielenia kwasów używali metody Fischera, t. j. przeprowadzenie westry i oddzielenie tych ostatnich przez cząstkową destylacyę. Białko rakowe zawiera dużą ilość czterech kwasów aminowych: alaniny, kwasu glutaminowego, asparaginowego i fenylaleniny; każdy z nich obecny w ilości 5—10 prc. Zawiera ono nadto dużą ilość kwasów diaminowych, na które przypada trzecia część azotu zawartego w białku. Mało natomiast znajduje się leucyny, w białku rakowem 5—6 prc., podczas gdy w innych białkach zwierzęcych ilość leucyny dochodzi do 20 prc. i powyżej. Wogóle ilość estrów, wrzących poniżej 100° przy silnie zmniejszonem ciśnieniu, jest mała, w największej ilości zawarta jest w tej frakcyi alanina. Co do właściwości białka rakowego w całości, autorowie potwierdzili dawne spostrzeżenia, tyczące się zachowania tkanki rakowej względem fermentów. Białko rakowe jest odporne na działanie pepsyny, a bardzo mało odporne na działanie pankreatyny. Jeżeli fermenty tryptyczne ustroju posiadają podobną swoistość działania, jak fermenty rozkładające cukry złożone, to możliwem jest, że tryptyczne fermenty, mogące trawić białka normalne ustroju, nie mogą trawić równie szybko białka nowotworów, chemicznie od innych białek ustroju różnego i że to warunkuje nadmierne bujanie nowotworu. *Mostowski.*

Doc. Bergell. **O promieniotwórczości.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 35, 1905). Autor streszcza dotychczasowe badania nad wpływem radu na przebieg procesów fermentacyjnych. Najciekawszem dla lekarza jest działanie emanacyi, gazu, dającego się skroplić przy nizkich ciepłotach 145—150°, który można wydzielić z roczczynów soli radowych, n. p. przez przekroplenie takich roztczynów, przyczem emanacya uchodzi z parą wodną. Emanacye znajdują się w wielu używanych leczniczo wodach mineralnych. Dodanie wody, zawierającej emanacyę, przyspiesza działanie fermentu trzustkowego *in vitro*, podobnie pepsyny. Także w żołądku przyspiesza trawienie woda mineralna, gdy do niej dodano poprzód emanacyi. Czy i ta ilość emanacyi, która naturalnie znajduje się w wodach mineralnych, przyspiesza procesa fermentacyjne, nie zbadano dotychczas. Aby zbadać wodę mineralną, czy zawiera emanacyę, można tę ostatnią oddzielić przez poddanie wody mineralnej przekropleniu w kolbie, połączonej z pionowo stojącą chłodnicą, przyczem para wodna skrapla się i odpływa do kolby, a emanacya uchodzi i daje się zebrać w odbieralniku, ochładzanym płynnem powietrzem. Między 50—65° emanacya bardzo szybko się ulatnia, poniżej 50° powoli. Przez szybkie ochładzanie wielu wód mineralnych możnaby było przeszkodzić uchodzeniu ich emanacyi. Długotrwałe jednak przeprowadzenie powietrza przez roztwór soli sodowych pozbawia te roztwory wszelkich własności promieniotwórczych. *Mostowski.*

Bloch. **Przyczynki do poznania przemiany ciał purynowych u człowieka.** (*Deutsches Archiv für klin. Med.* Tom 83, Z. 5 i 6, 1905). Autor badał, jakim zmianom ulega wydzielanie kwasu moczowego przy dyecie, nie zawierającej ciał purynowych, a następnie po podaniu 10·0 kwasu nukleinowego, w porównaniu ze stosunkami wydzielania się kwasu nukleinowego w warunkach zwykłego odżywiania. Badania te wykazały, że po spożyciu kwasu nukleinowego ilość kwasu moczowego znacznie się zwiększa; to wzmożenie ilości kwasu moczowego jest dowodem, że ciała purynowe, w kwasie nukleinowym zawarte, utleniają się w ustroju na kwas moczowy. Badania te potwierdziły zdanie Buriana, że ilość kwasu moczowego, pochodzącego z pokarmów (*exogen*), ściśle zależy od ilości ciał purynowych w pokarmach zawartych, a mało od indywidualnych warunków osobnika. Natomiast ilość kwasu moczowego, powstającego z tkanek ustroju (*endogen*), jest ilością u różnych osobników różną, indywidualnie jednak stałą, od pokarmów prawie niezależną, zupełnie zaś niezależną od całkowitej przemiany azotu; przy znacznych wahaniach tej ostatniej ilość ciał purynowych pozostaje stałą w moczu. Po spożyciu kwasu nukleinowego ustrój do 3 dni pozbywa się całego nadmiaru kwasu moczowego, powstałego z doprowadzonych ciał purynowych. Znajdują się jednak osobniki zresztą zdrowe, u których to wydzielanie kwasu moczowego odbywa się tak wolno, że przy podawaniu pokarmów, obfitujących w ciała purynowe, można zwiększyć nadmiernie ilość kwasu moczowego we krwi (do 6 mg. w 200 sz. cm. krwi), można zatem wywołać objaw, który uważamy za patognomoniczny dla skazy moczanowej. Czy teraz w skazie moczanowej jest także zwolnienie wydzielania się kwasu moczowego przyczyną choroby, czy ten kwas moczowy, we krwi nagromadzony, pochodzi z tkanek ustroju, czy z pokarmów, czy dalej przez podanie dyety wolnej od ciał purynowych można uwolnić krew od nadmiaru kwasu moczowego, te kwestye, nader ważne dla leczenia, nie były jeszcze poruszone, a przy użyciu metody badania autora można je rozświetlić. W cukrzycy ilość wydzielonego kwasu moczowego jest wogóle małą; zarówno ilość kwasu moczowego, z tkanek ustroju powstającego, jak i ilość kwasu moczowego, z pokarmów pochodzącego, znacznie się zmniejsza. Ilość innych ciał purynowych w moczu nie zwiększa się zastępczo. Coś innego zatem musi się z temi ciałami purynowemi dziać, niż w ustroju fizyologicznym. W marskości wątroby odwrotnie, ilość kwasu moczowego po pobraniu kwasu nukleinowego znacznie się zwiększa w stosunku do ustroju zdrowego, a czas wzmożonego wydzielania się kwasu moczowego znacznie się przedłuża. Po naświetlaniu promieniami Roentgena ilość wydzielanego kwasu moczowego wzmagała się, równocześnie wzmagała się ilość fosforanów, ilość zaś ciałek czerwonych i białych we krwi malała. Dowodziłoby to, że promienie Roentgena powodują i u zdrowego osobnika (podobnie jak w białaczce) rozpad tkanek nukleinowych, t. j. ciałek białych lub ich ośrodków wytwórczych. *Mostowski.*

PEDYATRYA. Marfan. **Kilka uwag, tyczących się przypadłości seroterapeutycznych.** (*Revue des maladies de l'enf.* — Sierpień, 1905). 1) Pirguet i Schick wystąpili z prawem ogólnem, że po wprowadzeniu do ustroju jakiejkolwiek istoty chorobotwórczej (drobnoustroju, toksyny, surowicy obcej) objawy chorobowe zjawiają się wtedy, gdy rozwiną się ciała ochronne i gdy ich oddziaływanie na istotę chorobotwórczą osiągnie pewien stopień. Przy powtórnem wprowadzeniu istoty chorobotwórczej ciała ochronne wytwarzają się szybciej i obficiej, dlatego objawy chorobowe pojawią się wcześniej. Po wstrzyknięciu surowicy końskiej człowiekowi przypady pojawiają się między 7 a 11-tym dniem, wraz z pojawieniem się precypityn. Powtórne wstrzyknięcie podskórne surowicy, jeżeli precypityny jeszcze nie ustąpiły po pierwszem wstrzyknięciu, wywołuje odczyn bardzo szybki i przypadłości głównie miejscowe; późniejsze, gdy precypityny już ustąpiły, objawy wczesne (między 1-szym, a 5-tym dniem po wstrzyknięciu), bardziej nasilone, ale krócej trwające. Autor przytacza fakta, będące w niezgodzie z tą teoryą, n. p. bardzo wczesne, w pierwszym dniu pojawiające się pokrzywki po pierwszem zaraz wstrzyknięciu; z drugiej strony jednak i spostrzeżenia, przemawiające za bardzo znacznem skróceniem „okresu wylęgania“ objawów przy drugiem wstrzyknięciu, wykonanem w 3 lata po pierwszem.

2) Polemika z Widalem, który wystąpił przeciw teoryi zakrzepów włosowatych, mających powstawać w ustroju skutkiem działania wytworzonych precypityn na istoty strącalne surowicy końskiej.

3) Przeciw Cournmontowi, który zalecał wstrzykiwania śródżylne surowicy przeciwbłoniczej w tej myśli, że wtedy można być prawie zupełnie zabezpieczonym przed przypadłościami posurowiczemi, zaznacza autor, że sprawa wymaga dalszych badań i doświadczeń, że przytem wstrzykiwanie śródżylne, mianowicie u dzieci młodszych z grubą podściółką tłuszczową, a cienkiemi żyłami, może być bardzo trudne do wykonania, a często nawet wyćwiczonemu się nie udać. *Lewkowicz.*

Vitry. **Studyum nad fizyologią karmiącej, w szczególności co do odporności przeciw chorobom.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.* — Wrzesień, 1905). Stan, w którym się znachodzi osoba karmiąca, uważa autor za półchorobowy, a przynajmniej przedstawiający pewne usposobienie chorobowe, pewną skazę czasową. Zboczenia, które dają się stwierdzić u karmiących kobiet, względnie zwierząt, są następujące. Ilość tłuszczu wątroby jest powiększona; Sinéty twierdził nawet, że tłuszcz ten gromadzi się w zrazikach głównie koło żyły środkowej, w przeciwieństwie do tego, co się widzi przy zwyrodnieniach lub nacieczeniach tłuszczowych. To nagromadzenie zależy zapewne od mniejszego zużytkowania tłuszczu. Karmiące okazują często laktozuryę ,mianowicie zawsze wtedy, gdy wydalane mleka z jakiegokolwiek powodu zostanie powstrzymane (odstawienie, ropień sutka, dłuższe niekarmienie). Glikemia, której objawem jest laktozurya, może tak samo zmniejszać odporność ustroju, jak cukrzyca. U karmiących często stwierdza się niedokrewność (oligocytemią), pewien stopień leukocytozy z przewagą jednojądrzastych, obniżenie alkaliczności krwi. Jak wykazuje współczynnik azotowy, wymiana pierwiastków jest obniżona. Doświadczalnie można wykazać, że po podaniu wewnętrznem lub wstrzyknięciu podskórnem cukru gronowego łatwiej pojawia się glikozurya. Zdolność antytoksyczna (nikotyna) wątroby jest obniżona, podobnie odporność ustroju na zatrucie strychniną. Zwierzęta karmiące łatwiej ulegają zakażeniu prątkiem ropy niebieskiej, pneumokokiem i prątkiem gruźliczym. Klinicznie ma autor wrażenie, że karmiące są bardziej podatne zakażeniom, co ma się okazywać przy sprawach połogowych, błonicy, kile nabytej podczas karmienia, gruźlicy. Co do ostatniej choroby, to autor twierdzi, że istnieją niezliczone spostrzeżenia, dowodzące pojawienia się gruźlicy podczas karmienia u osób tylko usposobionych, albo pogorszenia się zmian, jeżeli te już istniały. Przypadki, w których można było mniemać, że karmienie było bez wpływu, miałyby być nieliczne i prawie wszystkie wątpliwe. *Lewkowicz.*

Giliberti. **Wymioty powracające z acetonemią.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.* Wrzesień, 1905). Autor podaje dokładny opis tej, jak z ostatnich prac różnych autorów wynika, dobrze określonej i należącej wyłącznie do wieku dziecięcego jednostki chorobowej. Odosobnione opisy przypadków, do niej odnieść się dających, spotykamy już dawno, nawet w wieku XVIII. Dopiero jednak od roku 1890 zwrócono na nią baczniejszą uwagę. Marfan w r. 1901 podnosi acetonemię jako jeden z objawów najstalszych. Choroba zdarza się u dzieci w wieku od 2—12 lat, częściej u dziewcząt. Wymioty pojawiają się napadami, trwającymi zwykle parę dni i powtarzającymi się co kilka dni do kilku miesięcy, niekiedy z pewną regularnością, n. p. co miesiąc. Napad występuje nagle, bez objawów zwiastunowych i bez widocznej przyczyny. Wymioty odbywają się bez nudności, bez wysiłku, bez bólów, jak wymioty mózgowe. Powtarzają się one co 10 minut do $^1/_2$ godziny. Wymiociny początkowo są treścią pokarmową, potem cieczą wodnistą. W końcu mimo ruchów wymiotnych chory nie może wyrzucić żadnej treści: wtedy może się pojawić ból skurczowy. Napadowi towarzyszy nieco gorączki, zwykle około 38·0°, rzadziej do 39·0°. Stan ogólny jest niepokojący: twarz blada, oczy i policzki zapadłe, powieki przypuchnięte, zupełna obojętność, gwałtowne pragnienie, brzuch nieckowato zapadły. Łaknienie jest jednak zachowane. Z ust czuć woń acetonu; to samo ciało można wykazać w moczu, jednak nie zawsze przez cały czas trwania napadu. Napad kończy się, jak przyszedł, nagle, bez okresu ozdrawiania. Autor przechodzi różne tłómaczenia choroby i wyraża przekonanie, że zachodzi przy niej jakieś zaburzenie w przemianie pierwiastków, będące przyczyną dwóch głównych objawów: wymiotów i acetonemii. Rozpoznanie nie byłoby trudne: rokowanie, mimo alarmującego stanu, jest zawsze korzystne, ale trzeba zaznaczyć, że niektórzy autorowie przecież spostrzegali przypadki śmiertelne. Leczenie polega na ścisłej dyecie; można także za radą Edsalla i Marfana podawać dwuwęglan sodowy w dawce 0,25 co godzinę. Przy znacznej utracie wody: sztuczna surowica podskórnie w ilości 40—60 cm.³, dwa razy w ciągu dnia. *Lewkowicz.*

Preisich. **Zołzy.** (*Jahrbuch für Kinderh.* tom 62 Wrzesień, 1905). Autor jest za utrzymaniem terminu: zołzy, a występuje przeciw wprowadzeniu nowych terminów, n. p. usposobienia wysiękowego (Czerny). Zołzy nie miałyby nic z gruźlicą wspólnego. Należałoby je pojmować jako chorobę układu chłonnego, powstającą przy zaburzeniach w odżywianiu (nieodpowiednie żywienie, przekarmianie) i innych zewnętrznych szkodliwych wpływach (wilgoć, zimno, brud) skutkiem zakażenia różnorodnemi bakteryami. Anatomiczną podstawą jest rozrost gruczołów chłonnych szczególnego rodzaju, prowadzący do rozszerzenia przestrzeni i naczyń chłonnych. Jako skutki tych zmian należy za Virchowem uważać większą uraźność (*vulnerabilitas*) tkanek i uporczywość (*pertenacitas*) zaburzeń. Do zbioru objawów należałyby zmiany niezapalne, jak cienka, niedokrewna, przeźroczysta skóra, obrzęk górnej wargi i skrzydeł nosowych, nadmierne uwłosienie, język geograficzny, ognik (*strophulus*), strup mleczny — ale także i zapalne: wypryski, nieżyty błon śluzowych. Choroba byłaby zawsze nabytą, choć łatwiej rozwijałaby się u osobników słabszych od urodzenia. Zapobieganiem możnaby wiele osiągnąć. W leczeniu uregulowanie karmienia w myśl przepisów Czernego byłoby najważniejszym czynnikiem. *Lewkowicz.*

Génévrier, Duchet-Suchast i Haas. **Statystyka odry w szpitalu „des Enfants-Malades" (Paryż), w roku 1904.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.* Wrzesień, 1905). Chorych odrowych było 724; śmiertelność wyniosła 16,2 prc. Wysoka śmiertelność tłómaczy się tą okolicznością, że często chodziło (212 przyp.) o odrę nabytą w szpitalu przez dzieci, leczone na inne cierpienia, lub o dzieci, które przybyły do szpitala już z powikłaniami, n. p. zapaleniem płuc zrazikowem. Powikłania błonicą nie spostrzegano, gdyż u wszystkich dzieci stosowano zapobiegawczo surowicę przeciwbłoniczą. *Lewkowicz.*

DENTYSTYKA. Dr. Bertel. **Przyczynek do trujących własności adrenaliny.** *Österr.-ungar. Vierteljahrschr. f. Zahnheilkunde* Z. III, lipiec, 1905). Przeglądając odnośne piśmiennictwo, widzi się, że adrenalina działa miejscowo i ogólnie. Jej działanie miejscowe polega na zwężaniu naczyń krwionośnych i to nie zapomocą porażenia zakończeń nerwów rozszerzających naczynia, ale wprost na mięśnie gładkie ścian. Skutkiem zwężenia ścian na pewnem miejscu jest brak w niem krążenia krwi i to jest właśnie głównem działaniem adrenaliny, a nie znieczulenie, jak kokainy. Adrenalina jest zatem trucizną, działającą na mięśnie, kokaina na nerwy czuciowe. Niedokrwistość sama przez się nie sprowadza znieczulenia, ale je może razem n. p. z kokainą ułatwić, spotęgować. Ta bowiem według teoryi Preyera wiąże na jakiś czas pierwiastki nerwowe tak, że te nie mogą działać fizyologicznie, dopóki nie mają odżywczych składników krwi, jak tlenu, który je przyprowadza do normy. Znieczulenie to, czyli przygłuszenie wrażliwości nerwowej trwa tem dłużej, im dłużej trwa bezkrwistość w danem miejscu; a tę właśnie ostatnią znakomicie sprowadza i podtrzymuje adrenalina. Według Hildebrandta przetwory nadnercza działają miejscowo daleko silniej na skórę, niż na błonę śluzową; albowiem nawet w rozcieńczeniu 1: 5000 już kilka kropel użytych powoduje na skórze obumarcie jej i następowy krwotok. Co do działania zwężającego na ściany naczyń, to spermina działa antagonistycznie, a brenzkatechina równorzędnie; przyczem tak adrenalina, jak i brenzkatechina działa chemicznie redukująco i wstrzyknięte podskórnie lub wśródżylnie wywołują cukrzycę i zmiany zwyrodnienia w ścianach naczyń. Zatem tu się zaczyna już działanie ogólne adrenaliny, której kombinacye z kokainą, eukainą, tropakokainą i t. d. tak chętnie przyjęto, obiecując sobie wiele, a mianowicie to, że ona będzie ich działanie potęgować i zarazem niejako więzić ich trujące działanie. Z kokainą poszła sprawa najlepiej, bo o ile się zapomina o działaniu tak miejscowem, jak i ogólnem samej adrenaliny, to zatrucie kokainą było mniej groźne, bo jej mniej używano i rzeczywiście ją adrenalina miejscowo więziła. Kombinacya zaś z eukainą okazała się daleko gorszą, albowiem tu oba środki omal, że się nawzajem nie wykluczają, gdyż jeden zwęża, a drugi rozszerza naczynia i działanie ogólne adrenaliny przychodzi tem szybciej do skutku. Jednak w gruncie rzeczy adrenalina nie jest tak niewinnym środkiem, jak myślano, patrząc tylko na jej miejscowe działanie. Ona dostaje się też do krwiobiegu i ulega wessaniu tem szybciej, im się dostanie w miejsce więcej obfitujące w krew, względnie do samego naczynia. Fischer, wstrzykując adrenalinę w roztworze 1: 1000 śródżylnie królikowi, począwszy od 0,2 do 1·50, wywołał stopniowo: zapad, kilkorazowe kurcze, ciężką chorę i następnie śmierć. Sekcya wykazała zmiany zwyrodnienia daleko posunięte w tętnicach, podobne do miażdżycy. Do podobnych wyników doszedł i Kronfeld. Głównem działaniem ogólnem adrenaliny jest podwyższenie ciśnienia krwi wskutek zwężenia naczyń i podrażnienia serca, a następnie zmiany w warstwie środkowej tętnic, podobne do miażdżycy. Zmiany te spotyka się najczęściej w aorcie (Josué, Erb, Rzętkowski). Jakie dawki adrenaliny zmiany te są w stanie wywołać, trudno na razie określić. U zwierzęcia (królika) wystarcza dawka adrenaliny 0,00015 do wywołania zmian zwyrodnienia, wstrzyknięta wśródżylnie. Ponieważ adrenalina u różnych gatunków zwierząt działa rozmaicie, raz silniej, raz słabiej, przeto tem trudniej określić jej działanie na ustrój ludzki; przytem nadmienić wypada, że śródżylnie użyta działa daleko silniej, niż wśródmiąższowo. Że jednak działa szkodliwie i na ustrój ludzki, łatwo się można przekonać, choćby z tego, że po użyciu jej występują różne objawy zatrucia u takich chorych, u których inne środki znieczulające ani przedtem, ani potem

podobnych objawów nie wywoływały (Mayerhofer). Z tego wniosek, że adrenalinę należy stosować bardzo ostrożnie i wykluczyć przypadki ze zmianami naczyniowemi. Meyerhofer podaje do miejscowego znieczulenia 1: 10,000, kokainy 1: 100 na 1 cm. sz. Dawka kresowa adrenaliny według Luniatschka i Mayerhofera, której się bezkarnie przekraczać nie powinno, jest 0,0005. *Dr. A. Kozaczka.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Arhovinę uważa za postęp w leczeniu wiewióra Rudnick (*Wykład na 77 Zjeździe lek. i przyr. niem. w Meranie* 24—30 IX. 1905, *Wiener klinische Rundschau* 1905, 41). Do podjęcia prób leczenia zapomocą tego środka zachęciły autora stwierdzone fizyologicznemi doświadczeniami następujące własności leku: 1) arhovina nie działa szkodliwie na żołądek, jelita, ani nerki; 2) działa wybitnie zabójczo na dwoinki wiewiórowe; 3) zapobiega amoniakalnemu kiśnieniu moczu. Opisawszy 12 własnych spostrzeżeń, dochodzi autor do następujących wniosków: *a*) Arhovina jest wskazaną w ostrem i przewlekłem zapaleniu cewki moczowej i pęcherza (nawet na tle niewiewiórowem) u obu płci i w białych upławach. *b*) Lek ten stosować można wewnętrznie i miejscowo; wewnętrznie podaje się go w kapsułkach żelatynowych po 0,25, 3 razy dnia 1—3 kapsułek. Miejscowo stosuje się w cewce moczowej pręciki arhovinowe (0,05 na 1,0 *ol. Cacao*); wstrzykiwania oliwy arhovinowej 2—5 prc. nadają się u chorych inteligentniejszych. W pochwie stosuje się gałki arhovinowe, zawierające po 0,1 leku; u dziewic używa się natomiast pręcików, które wsuwa się przez błonę dziewiczą do pochwy. *c*) Pod działaniem arhoviny przebieg wiewióra skraca się, powikłania są rzadsze i mniej bolesne i rzadziej także zdarzają się wiewiórowe zapalenia stawów. *d*) Wyleczenie da się osiągnąć zapomocą samej tylko arhoviny; tylko niekiedy trzeba przy końcu leczenia użyć także środków ściągających (*Kal. hyp. Zinc. sulf.*), do których jednak sam R. ani razu uciekać się nie potrzebował. *e*) Arhovina nie działa szkodliwie ani na zdrowy, ani na chory żołądek; znosiło ją doskonale 2 chorych, z których jeden cierpiał na niedowład, a drugi na nieżyt żołądka. Autor przekłada wogóle arhovinę nad używane leki balsamiczne, od których zresztą różni się ona zasadniczo swym składem; wytwarza się ją według Horowitza przez połączenie difenylaminu z zestryfikowanym kwasem thymylbędźwinowym. *Hr.*

Powierzchowne zakażenia oka leczyć można silnymi środkami przeciwgnilnymi tylko dopóty, dopóki mikroby nie wniknęły głębiej w tkankę; gdy zaś to już nastąpi, są takie środki bezużyteczne, a nieraz i szkodliwe. Dlatego używa Godts (*Ann. de la Soc. med. chir. d'Anvers* 1905, 1—3) od 2 lat w takich razach kolargolu, jako wkraplań roztworu 1—2 prc., uzyskując dobre wyniki w zakaźnych zapaleniach spojówki, w wiewiórowem zapaleniu oczu u noworodków, wobec wrzodów rogówki i zapaleń woreczka łzowego. *H.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XIII. Posiedzenie naukowe z dnia 14 października 1905 r.

Obecnych członków 58. Przewodniczy kol. Wechsler.

Przewodniczący przedstawia jako gościa dr. Jakorowicza z Poznania.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. doc. Wiczkowski przedstawia polipa jelitowego, wielkości pięści, który odszedł dobrowolnie. Chora od kilku lat cierpiała na nieżyt jelitowy, gdy nagle wystąpiły bole w brzuchu i objawy niedrożności. Bolesność była ograniczona do okolicy jelita ślepego, nad *S-romanum* zaś wyczuwano większy opór, który po kilku dniach dał się wybadać jako guz ograniczony, idący raz na poprzek, raz na podłuż jelita, czasami chowający się. Jednak objawy niedrożności nie ustępowały i miano przystąpić do operacyi, gdy nagle wśród parcia guz odszedł sam przez kiszkę. Badanie histologiczne wykazało tłuszczaka włóknistego (*fibrolipoma*).

Kol. Mahl przedstawiał podobny przypadek przed 12 laty. I wtedy chory miał przypadłości jelitowe, z powodu których wysłano go do Karlsbadu, po którym mu się pogorszyło; rozpoznano nowotwór, miano operować, gdy również odszedł guz wielkości jabłka, będący tłuszczakiem włóknistym.

III. Dr. Heryng z Warszawy (jako gość) mówi o leczeniu miejscowem krtani ze stanowiska lekarza internisty. Prelegent wychodzi z założenia, że wśród lekarzy panuje przesąd, niczem nie uzasadniony, jakoby laryngoskopia i leczenie krtani było rzeczą bardzo trudną i dostępną tylko specyalistom. Cierpi na tem często pacyent, cierpi i lekarz, który nie przyswoił sobie tych metod badania i leczenia, które powinien znać i stosować i o których pożytku jest przekonany. Do celów ćwiczenia się w badaniu i wykonywaniu mniejszych zabiegów operacyjnych podaje prelegent fantom swego pomysłu, który kosztuje dziesięć kopiejek i zupełnie wszystkim wymaganiom odpowiada. Następnie opisuje wszystkie zabiegi lecznicze i sposób, w jaki winny się odbywać. Płukanie gardła było dotąd zabiegiem, którego działanie i znaczenie było nierozstrzygnięte. Gdy jedni, jak Makenzie, twierdzili, że płyn użyty nie dochodzi dalej, jak do przednich części łuków, inni dowodzili, że sięga znacznie dalej, a Fowel, Wine i Robinzon twierdzili, że przez odpowiednią metodę, którą nazywa „glouglourisme", można wprowadzić płyn aż na więzadła głosowe. Warunkiem ku temu jest, aby ów płyn był letni i w ilości nie większej jak 10 cm. Tegoż sposobu można zarazem użyć do płókania nosa od tyłu. Dalej omawia prelegent wartość różnych środków, używanych do płókania. Wiele z tych środków, które sam badał, nie ma najmniejszej wartości dezynfekcyjnej. Np. tak głośno reklamowany „odol", jest alkoholem, zaprawionym sacharyną i olejkami eterycznymi i w 50% rozczynie nie wstrzymuje jeszcze rozwoju zarazków ropnych i gruźliczych. Zresztą jamy ustnej niczem nie da się wyjałowić. Miler, który twierdził, że pięciominutowem płukaniem sublimatem można tego dokonać, później to twierdzenie cofnął. — Celem płukania jest, aby rozpulchnić śluz i usunąć go z jamy ustnej i migdałków, do czego się przyczynia ruch mięśni, pobudzanych do krztuszenia, poczem dopiero lek może wywrzeć swoje działanie. Najlepszym środkiem okazała się prelegentowi mieszanina, którą nazywa „salibenzol", którego roztwór pięcioprocentowy zabija zarazek ropny, błoniczy i gruźliczy; zaś roztwór trzyprocentowy wstrzymuje ich rozwój w jednej minucie. Więc płucząc usta przez pięć minut, można uzyskać względne ich odkażenie, płyn jednak powinien być ciepły.

Do badania gardła w razie błonicy, jak również w zapaleniu gardła bolesnem, ropowicy krtani lub we wrzodach, poleca prelegent łopatkę Kirsteina, którą prawie u każdego chorego można oglądnąć nagłośnię. Co się tyczy leczenia błonicy, to stosuje się tu rozpylanie proszków lub spray, przyczem opisuje modyfikacyę sprayu Rajcherta i Trencza, który mu pozwala łatwo i w dowolnym kierunku zwrócić prąd w głębi. Płyn musi być ciepły, wówczas można go wprowadzić aż do podziału tchawicy. Z proszków można stosować tą drogą weronal, antipirynę i inne i doświadczenie poucza, że jedna trzecia dawki tą drogą wystarcza do wywołania takiego skutku, jaki otrzymujemy po wprowadzaniu przez usta. Proszek, którego się używa, winien być lekki, suchy i łatwo rozpuszczalny; rurka przyrządu rozpylającego powinna być metalowa aby się dała wyjałowić. Z proszków najlepszym środkiem kojącym jest ortoform i to w połączeniu z zasadowym azotanem bizmutu, który, przylegając dłuższy czas, bo przez dwie godziny, do błony śluzowej, umożliwia dokładne działanie leku. Do pędzlowania używa prelegent swego pędzelka z watą, którą się napaja wyskokiem i zapala i w ten sposób wyjaławia; dawniejsze pędzelki pomimo najdokładniejszego oczyszczania nie dawały się uwolnić od zarazków. Co do wstrzykiwań do płuc, to doświadczenie pokazało, że tchawica i oskrzela znoszą wielką ilość płynów leczniczych. Płyn ogrzewa się do 60°, który po wyjściu z przyrządu ma 40°. Technika jest prosta, strzykawka winna być wysterylizowaną. Wprowadza się naraz około 10 sz. cm. leku.

Kol. Mahl zapytuje prelegenta, jakie ma zapatrywanie co do przestrzykiwań nosa w nieżycie, te bowiem, nadużywane przez lekarzy, prowadzą często do zajęcia trąbki Eustachego i ucha środkowego.

Kol. prof. Szymonowicz stwierdza, że te przypadki zdarzają się często na prowincyi. Dlatego otyatrzy podają termin półgodzinny, w którym nie należy siąkać; podczas zabiegu należy unikać połykania i mówienia. We Francyi używają płukania nosa od tyłu, która to metoda jest milszą, bo śluz wypłukany nie przechodzi do gardła.

Kol. Stachiewicz sądzi, że należy unikać przestrzykiwań konewczkami Hegara i balonikami, tylko stosować przepłukiwania czółenkowe, które można robić nawet w pozycyi leżącej. Do znieczulań przy przyżeganiu używa roztworów 20% kokainy i to w alkoholu i sądzi, że tu głównie chodzi o znieczulenie łuków i podniebienia, a gdy się to osiągnie, można potem operować w niższych częściach.

Dr. Heryng sądzi, że następstwa, jakie się zdarzają po przepłukiwaniach, polegają na fałszywej technice, bo chorzy rzadko kiedy przestrzegają przepisu. Należy im dać takie wskazówki: płyn używany musi być przegotowany, nigdy czysta woda, lecz z dodatkiem soli lub sody. Przedtem należy zbadać, która strona jest drożną i zaczynać zawsze od strony zatkanej, aby nie podnosić ciśnienia w jamie nosowogardłowej, bo wówczas trąbka się otwiera. Należy się również przekonać, czy podniebienie się podnosi (podczas wymawiania litery *e*). Po wstrzyknięciu nie powinno się ściskać nosa i silnie go wycierać. Wreszcie gdy chory poczuje ból, winien się zaraz zwrócić do lekarza.

Kol. prof. Rydygier zapytuje prelegenta, czy sądzi, że przez dwuminutowe płukanie jamy ustnej można ją zdezynfekcyonować. Dla chirurga wydaje się to rzeczą niemożliwą, który wie, że rąk nawet po dziesięciominutowem myciu nie można uważać za jałowe. Zresztą działania jakiegoś środka w próbówce nie można porównywać z działaniem jego w ustach, gdzie są warunki zupełnie inne. Wreszcie żaden chory nie będzie płukał przez dwie minuty, gdyż nie umiejąc ocenić czasu, zawsze znacznie krócej to będzie robił.

Dr. Heryng zastrzega się przeciw temu pojmowaniu rzeczy, wszak Miler nawet po pięciominutowem płukaniu ust sublimatem nie uzyskał jałowości. Ale trzeba odróżnić toaletę ust od płukania leczniczego. Chory n. p. z ropniem chętnie będzie płukał i pięć minut, bo mu to sprawia ulgę i jeżeli takie płukanie będzie robione co pół godziny, to wiele pomoże, bo wywołuje ono dopływ krwi do błony śluzowej, przez co wzmaga się wydzielanie gruczołów i zostają wypłukane zarazki i ich toksyny. Prócz tego ruch mięśni przy płukaniu mechanicznie wyciska zawartość gruczołów.

Kol. Obtułowicz, nawiązując do fantomu, opisanego przez prelegenta, podaje, że używał do wprawiania się w operacyach laryngologicznych wysuszonej krtani ludzkiej i osiągał przez to dobre wyniki.

Kol. Pisek przypomina sobie, że jeszcze około roku 1879 przy doświadczeniach z wlewaniami płynów do oskrzeli, widział go w oskrzelach drugorzędnych. Co do kwestyi przepłukiwań nosa, to unika złych następstw, dając proste polecenie pacyentowi, aby nie siąkał nosa, tylko czekał, aż płyn sam wycieknie.

Kol. prof. Gluziński wyraża zapatrywanie, że nie może się pogodzić teoretycznie z wprowadzaniem płynów do płuc. Doświadczenia jego bowiem z wprowadzaniem płynu tak obojętnego, jak krew, i to wprost z naczynia do oskrzeli, wykazały, że płyn ten dostaje się do najdrobniejszych oskrzelków i wywołuje tu zapalenie odczynowe, dając obraz podobny do zapalenia płuc złuszczającego (deskwamatywnego). Tembardziej powinny to wywoływać płyny oleiste, które się trudno wsysają. Sądzi więc, że metoda ta nie ma przyszłości.

Dr. Heryng stwierdza, że w ostatnich czasach pojawiło się wiele prac w tym kierunku i wszystkie godzą się na to, że ujemnych następstw zabieg ten nie wywołuje. Brano zwykle ol. migdałowy z mentolem; Rajchert np. dodawał kwasu salicylowego; sam prelegent wprowadzał 10 cm. rozczynu solweolu, u zwierząt nawet 50 i 100 cm.; głównie jednak używa rozczynów wodnych. Po doświadczeniach tylu badaczy należy się spodziewać dodatnich wyników po tej metodzie; niemniej jednak jest pewna ostrożność zawsze wskazaną.

Przewodniczący dziękuje prelegentowi imieniem kolegów za wygłoszenie odczytu. *Zawadzki.*

VII. Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1900.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

6. Higiena szkolna.

Sprawozdanie podnosi ponownie liczne braki i niedostatki budowlane naszych szkół ludowych i średnich. Można zrozumieć i wytłómaczyć sobie, że niepodobieństwem jest w kraju, przez cały szereg lat zaniedbanym, żądać równej liczby i równie dobrych szkół, jak w innych zamożniejszych krajach Austryi. Czego jednak kraj i społeczeństwo przez swe organa, a więc i przez Radę zdrowia, ma prawo się domagać, to żeby przy budowie nowych szkół z urzędu lekarz miał głos stanowczy — zarówno co do wyboru miejsca pod budowę, jak też planów budowy, rozmieszczenia okien, umieszczenia wychodków i t. d. Tymczasem w Sprawozdaniu znajdujemy tablicę, wykazującą szczegółowo, iż w roku 1900 przy budowie 59 nowych, a przebudowie 44 starych, a więc razem przy budowie 103 szkół ludowych, tylko w 63 przypadkach zażądano opinii lekarza, przyczem wcale pewnem nie jest, że rady udzielone przez tych lekarzy zostały należycie uwzględnione. Sprawozdanie przytacza bowiem i z tego roku przypadki, gdzie budowano nowo budynki szkolne wprost przeciwnie, niż brzmiała opinia lekarza.

W Sprawozdaniu z roku poprzedniego podnieśliśmy z prawdziwą przyjemnością samorzutną działalność lekarzy w kierunku podniesienia poziomu naszego kraju pod względem sanitarnym, wskutek czego ludność zapoznaje się z potrzebą badania wielu urządzeń przez lekarzy i zyskuje do nich zaufanie. I w obecnem Sprawozdaniu znajdujemy oprócz powtórzenia badań szkół przez Dra Gawlikowskiego w powiecie kamioneckim, dalej zbadania stanu szkół powiatu limanowskiego przez Dra Piotrowskiego, lekarza powiatowego, — zbadanie szkół powiatu strzyżowskiego przez lekarza powiatowego Dra Kurasiewicza i t. p. Wyniki tych badań są wogóle nie wesołe, a czasem wprost zastraszające, jak n. p. w szkole ludowej w Przemyślanach, a więc mieście powiatowem, są klasy, w których na 13·9 m² powierzchni, a 62 m³ pojemności pomieszczono 50 dzieci, czyli że na jedno dziecko wypada 0·27 m² podłogi, a 1·24 m³ powietrza. To też w klasach tych musi być okno latem i zimą stale otwarte. Wyniki badań są i pod tym względem pouczające, gdyż dowodzą, jakie pojęcie o dobrej lub nieodpowiedniej budowie szkoły mają nasze lokalne władze szkolne. Kiedy bowiem szczegółowe obliczenia powierzchni, ilości światła i powietrza, uczynione na podstawie norm ogólnie przyjętych, kazały lekarzowi uznać prawie wszystkie szkoły powiatu strzyżowskiego za mniej lub więcej nieodpowiednie, to zdaniem Rady szkolnej krajowej, polegającej na raporcie c. k. inspektora szkolnego okręgowego, ma być w tym powiecie 11 szkół bardzo dobrych, 9 dobrych, 4 odpowiednich, — a tylko 8 nieodpowiednich.

Dodać wreszcie należy, że nawet najlepsze szkoły mają zdaniem lekarzy urzędowych tę wadę, że są za szczupłe i wobec ogromnego napływu uczących się dzieci za ciasne i stale przepełnione.

O postępach i wynikach nauki higieny w seminaryach nauczycielskich, — o usiłowaniach wprowadzenia instytucyi lekarzy szkolnych, — o choćby próbach nadania powagi i posłuchu opiniom lekarskim przy budowie szkół, — o tem nie znajdujemy w Sprawozdaniu żadnej wiadomości. Nie chcąc się powtarzać, odsyłamy czytelnika do naszych sprawozdań z roku 1898, a zwłaszcza z r. 1899.

Wreszcie podnosimy z całą przyjemnością za Sprawozdaniem, że nauka gimnastyki i wogóle ćwiczenia cielesne, gry i zabawy na wolnem powietrzu, wycieczki i t. p. coraz to częściej wprowadzane bywają w szkołach ludowych i średnich.

7. Zakłady lecznicze.

a) Szpitale powszechne i prywatne.

Z końcem roku 1899 było w kraju szpitali publicznych 29, — prywatnych 58. W 1900 roku zamieniono szpital powiatowy gorlicki na publiczny, — zwinięto szpital straży skarbowej w Skale, — zezwolono na otwarcie nowego sanatoryum Dra E. Wajgla we Lwowie. Tak więc w r. 1900 było szpitali publicznych 30, a prywatnych 57. Liczba łóżek w szpitalach publicznych zwiększyła się przez rozszerzenie dawnych szpitali i przybycie nowego w Gorlicach o 147 tak, że z końcem 1900 roku publiczne szpitale mają 3747, zaś prywatne 1659 łóżek. W Sprawozdaniu za rok 1899 wykazem takim nie były objęte łóżka klinik uniwersyteckich, gdyż c. k. Namiestnictwo do daty wydania Sprawozdania nie otrzymało wykazów o ruchu chorych w tych Zakładach (!). Zdaje się, że w tym roku stosunki te się nie zmieniły; gdyż w całym, 20 stron 8vo obejmującym rozdziale znajdujemy raz tylko krótką wzmiankę na str. 91, że „c. k. Rząd wybudował nowy budynek na pomieszczenie kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie z osobnym oddziałem dla chorób zakaźnych“. Zresztą w całem Sprawozdaniu niema, — jak i w latach poprzednich, — ani słowa, ile klinik było w ruchu, iloma łóżkami rozporządzały, ile łóżek było zajętych i przez jaki czas, jakie były wyniki leczenia, jakie koszta, jakie prace naukowe i t. d.

Zrozumieć trudno, dlaczego c. k. Namiestnictwo nie może od szeregu lat otrzymać odpowiednich wykazów, choćby pośrednio przez Ministerstwo, tem więcej, że n. p. Sprawozdanie Rady zdrowia z roku 1900 pojawiło się w druku z końcem 1904 r., a więc zarządy klinik brakiem czasu tłómaczyć się nie mogą. Tak zaś nic niewiadomo, czy kliniki wogóle składają i komu jakie sprawozdania, — czy te sprawozdania dostępne są dla ogółu i t. p. Przeciwnie: odnosi się wrażenie, że to zakłady, pozostawione bez żadnej

odpowiedzialności, żadnych obowiązków, o których w kraju nikt nie wie, nawet c. k. Namiestnictwo. A zważyć należy, że kliniki uniwersyteckie są przecież o wiele lepiej wyposażone od zwykłych szpitali. Ileżby więc zyskało Sprawozdanie Rady zdrowia, gdyby odpowiedniemi datami wzbogaconem zostało. To też mamy nadzieję, że dotkliwy ten brak w latach następnych zostanie usunięty, a tymczasem wróćmy do liczb objętych Sprawozdaniem.

W stosunku do ludności wypadało jedno łóżko szpitalne w 1900 roku na 1341 mieszkańców (w r. z. na 1353). A więc Galicya zajmuje i w tym roku najgorsze miejsce w szeregu krajów monarchii. Dowodzi tego także i ta smutna okoliczność, że jeszcze w 34 powiatach z ludnością 2½ miliona nie było w roku 1900 żadnego, nawet najmniejszego szpitala. A potrzeba szpitali wzrasta znacznie i to nietylko ze względu na naturalny przyrost ludności, lecz także wskutek tego, że ludność — dzięki Bogu, — nabiera coraz większego do nich zaufania, o czem świadczy dowodnie znacznie zwiększona liczba osób leczonych w szpitalach, która z 51.668 osób w roku 1890 wzrosła w ciągu 10 lat do 75.502 osób w roku 1900. Jest to wzrost o 46 prc., który oczywiście musiał wywołać przepełnienie szpitali, zwłaszcza publicznych, czego objawem liczbowym jest fakt, że przeciętnie we wszystkich szpitalach galicyjskich publicznych jedno łóżko zajęte było przez 349 dni, — a w 18 szpitalach było jedno łóżko zajęte przez więcej dni, niż rok liczy, czyli że przyjmowano więcej chorych, niż było miejsce dla nich tak, że w szpitalu zaleszczyckim jedno łóżko było zajęte przez 529 dni, w przemyślańskim przez 511 dni, w drohobyckim 509 dni i t. p. W tych warunkach trudno jest wprost o utrzymanie należytego ładu i czystości, t. j. głównych warunków dobrego leczenia.

Na 75.502 osób, leczonych we wszystkich szpitalach (publicznych i prywatnych), zmarło 8·15 prc., wyszło wyleczonych 75 prc., z polepszeniem 11·55 prc., a niewyleczonych 5·3 prc. Liczby te nie różnią się prawie wcale od liczb Sprawozdania zeszłorocznego.

Największą liczbę leczonych i wypuszczonych ze szpitali stanowili chorzy na choroby weneryczne, bo 13·16 prc; — dalej na choroby dróg oddechowych 11·65 prc., — na gruźlicę i zołzy 6·87 prc. ogółu leczonych i t. d. Ciekawym jest objaw, widoczny z tablicy umieszczonej na str. 92, z której wynika, że liczba leczonych na choroby weneryczne od lat dziesięciu stale się zmniejsza i to z 20 prc. ogólnej ilości leczonych w roku 1890 do 13·16 prc., w roku 1900. Natomiast wzmaga się ilość leczonych na choroby oczu z 5·6 prc. do 8·31 prc., — na choroby układu nerwowego z 2·5 prc. do 3·32 prc. i t. p. Notujemy to spostrzeżenie razem ze Sprawozdaniem, uważając to za objaw dość ważny; ale też sądzimy, iż Sprawozdanie bardzo słusznie czyni, notując tylko ten fakt bez wyciągania z niego daleko idących wniosków, na które jest jeszcze zawcześnie.

Co do budowy nowych szpitali, to przybył w roku 1900 nowy i bardzo dobrze urządzony szpital publiczny w Sokalu na 80 łóżek, wraz z pawilonem dla chorych zakaźnych; — w Śniatynie nowy budynek dla istniejącego tam już szpitala; budowa osobnego pawilonu izolacyjnego tamże ma być wykończoną w roku 1904. Uchwała Sejmu, tycząca budowy szpitala w Samborze, uzyskała już sankcyę. Prócz tych nowych szpitali zaprowadzono w wielu dawniejszych liczne ulepszenia, co do których odsyłamy czytelnika do samego Sprawozdania, gdzie znajdzie także wyliczone liczne braki po innych szpitalach prowincyonalnych.

b) Zakłady dla obłąkanych.

Mimo, że w krajowym Zakładzie w Kulparkowie przybyło 92 łóżek tak, że w 1900 roku mamy w Kulparkowie 652, w Krakowie 115, a w dwóch zakładach prywatnych 24, — razem przeto w całym kraju 791 łóżek dla obłąkanych, przecież stan ten, jak i w roku 1899, nazwać trzeba opłakanym. Toż w całej Austryi jedno łóżko dla obłąkanych wypada na 1889 mieszkańców (gdybyśmy zaś wyłączyli Galicyę, to liczba jeszcze znaczniejby się zmniejszyła), w Galicyi zaś jedno łóżko wypada na 9159 mieszkańców. Więc choć Zakłady nasze tak są przepełnione umysłowo chorymi, że na owych 791 łóżkach przebywa przeciętnie 858, czasem aż do 900 chorych, przecież pozostaje u nas niepomieszczonych w Zakładach 70·1 prc. obłąkanych, — zaś w Austryi niższej tylko 18·7 prc., w Tryjeście 28·4 prc., na Śląsku 29·7 prc. i t. d. Jakie szkody chorzy ci, pozostający po największej części bez żadnej opieki, ponoszą sami, a jakie sprowadzają klęski na kraj, tego obliczyć nie można. Rozumieją to w pierwszej linii doskonale izraelici, którzy, — jak Sprawozdanie słusznie i to nie po raz pierwszy podnosi, — niestosunkowo znacznego dostarczają zawsze kontyngentu chorych naszym zakładom.

W roku 1900 leczono we wszystkich naszych zakładach (publicznych 2032 i prywatnych 65) razem 2097 umysłowo chorych. O wynikach leczenia, trwaniu choroby, jej przyczynach i t. d. podaje Sprawozdanie dość szczegółowe daty, wyjęte z relacyi pojedynczych Zakładów. Dla braku miejsca wypuszczano prawie połowę chorych niewyleczonych, ażeby nowo napływającym zrobić miejsce.

c) Zakłady położnic.

W lwowskim Zakładzie położniczym przebywało w 1900 roku 875 matek, przeciętnie dziennie 33·8. Porodów wykazano 759, przeciętnie dziennie 2·11. W krakowskim oddziale położnic szpitala św. Łazarza było w 1900 roku 815 matek, przeciętnie po 22·3 dziennie: porodów wykazano 545, zaś 146 ciężarnych przeniesiono już przed porodem do kliniki położniczej uniwersyteckiej.

Działy następne, a mianowicie:

d) Zdrojowiska,

e) Zakład ubezpieczenia robotników od wypadków,

f) Kasy chorych, kasy gwareckie i

g) Ambulatorya bezpłatne

pomijamy, gdyż, — o ile mogłyby interesować lekarza, — zawierają znacznie mniej szczegółów, aniżeli n. p. Sprawozdania, rozsyłane lekarzom przez zarządy zdrojowisk. Inne zaś, jak n. p. Kasy chorych, obejmują głównie obrót kasowy i ruch chorych; nie podają zaś ani ilu lekarzy zatrudniały, ani jak ich honorowały, jakie były przeciętne koszta leczenia i t. p.

Podobnie pominąć musimy cały rozdział p. t.:

8. Zakłady i urządzenia dobroczynności,

jako zostający tylko w luźnym związku ze sprawami sanitarnemi, a w dodatku traktowany tak zwięźle i krótko, że nie mogąc go już streścić, odsyłamy czytelnika do samego Sprawozdania. Tu podajemy tylko tytuły pojedynczych ustępów, mianowicie:

a) Zakłady zaopatrzenia,

b) „ sierot i ochronki,

c) Stacye ratunkowe,

d) Kolonie wakacyjne dla młodzieży szkolnej,

e) Korpusy „ „ „ „

f) Bursy dla uczniów,

g) Kuchnie ludowe i herbaciarnie i

h) Domy ubogich i przytuliska. (Dok. nast.).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Czy lekarz ma obowiązek postarać się o zastępcę, jeśli chwilowo porzuca praktykę?

Pytaniem tem zajmował się wyższy sąd honorowy lekarski pruski (*Ehrengerichtshof*) i jako odpowiedź czytamy wyrok, podany wraz z całym przebiegiem sprawy w „Med. Ref.“ Lekarz w pewnem miasteczku, Dr. X., leczył w sąsiedniej wiosce chorego N., który doznał powikłanego złamania w stanie skokowym. Lekarz odwiedzał chorego w ten sposób, że pacyent posyłał po niego swoje konie. Niespodzianie musiał lekarz wyjechać. Przy ostatniej wizycie powiedział on choremu, żeby posłał znowu konie za trzy dni. Lekarz, odjeżdżając, nie postarał się jednak o zastępcę, polecił tylko swojej kucharce, żeby każdemu zgłaszającemu się powiedziała, że on wyjechał i żeby pacyent wezwał innego lekarza. Dr. X. nie chciał prosić swoich kolegów zawodowych w miasteczku o zastępstwo, bo z nimi źle żył. N., powiadomiony o wyjeździe Dra X., nie posłał po innego lekarza. Aż w kilka tygodni później zdecydował się wezwać pomocy innego lekarza i wtedy się pokazało, że stan chorej nogi znacznie się pogorszył i że potrzebną jest amputacya. N. zaskarżył Dra X. do sądu; sąd go jednakowoż z pretensyą oddalił. Natomiast lekarski sąd honorowy (*Ehrengericht*), który się tą sprawą zajął, uznał Dra X. winnym; skazał go na 500 marek grzywny, utratę czynnego i biernego prawa wyborczego do Izby na jeden okres wyborczy i ponoszenie kosztów. Dr. X. odwołał się do wyższego sądu honorowego (*Ehrengerichtshof*), który jednak potwierdził wyrok sądu niższego i tak go uzasadnił:

„Ocena postępowania oskarżonego zależy od odpowiedzi na zasadnicze pytanie, czy lekarz praktyk, sumiennie wykonujący obowiązki swojego zawodu, jak mu to każe ustawa sądu honorowego (§. 3), jest obowiązany na przypadek porzucenia swych czynności zawodowych, jak n. p. w czasie podróży dla odpoczynku i t. d., postarać się o to, by chory, dotąd pozostający na jego opiece, miał zapewnioną nadal odpowiednią pomoc? Na to pytanie musimy, podobnie jak pierwszy sędzia, odpowiedzieć: „tak“. Czy z punktu widzenia prawa formalnego lekarz może zerwać zawartą z chorym umowę służbową, nie jest rzeczą w danym przypadku miarodajną dla sądu honorowego, który opiera się na etycznych zasadach; dla

niego sprawę rozstrzyga to, że lekarz, który chorego, poruczonego jego pieczy, porzuca, działa niesumiennie i że obowiązek sumiennego wykonywania swego zawodu wymaga zajęcia się chorym nawet ze szkodą dla własnej osoby. Skoro oskarżony był obowiązany przed swym wyjazdem postarać się o dalszą odpowiednią pomoc lekarską dla swojego chorego, to teraz zachodziłoby jeszcze pytanie, czy oskarżony dopełnił tego obowiązku przez to, że, jak dalej twierdzi, polecił swej kucharce powiadamiać zgłaszających się pacyentów o jego wyjeździe. I to pytanie musimy zaprzeczyć. Bo jeśli nawet kucharka, niedokładnie sobie sprawę przypominająca, jako świadek słuchacza w poprzednim procesie cywilnym synowi pacyenta powiedziała, że lekarz wyjechał, to oskarżony tem wobec swego chorego obowiązku zawodowego nie spełnił, lecz przeciwnie zaniedbał go, jeśli chorego, którego bezsprzecznie leczył przez 19 tygodni i którego w tym czasie uznał za potrzebne odwiedzić 51 razy, pozostawił bez zapewnienia mu dalszej pomocy lekarskiej. Że chory mógł się zwrócić do innego lekarza, to oskarżonego nie usprawiedliwia". *Stahr.*

Ordynacya lekarska przez telefon. Ministeryum pruskie odniosło się z okazyi regulacyi taryfy za czynności lekarskie do wydziału Izb lekarskich z zapytaniem, czy zachodzi potrzeba uwzględnienia w taryfie, jako osobnego punktu, sprawy zasięgania porady przez pacyentów drogą telefoniczną i jak wysokie należy za taką poradę policzyć honoraryum? Pomorska Izba lekarska odpowiedziała, że należytość za taką telefoniczną poradę trzeba ustanowić w wysokości honoraryum za ordynacyę w domu u lekarza. *E. S.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 30 listopada.

* *Otrzymujemy następujące pisma:*

I. „Wobec żądań wyrażonych przez różnych kolegów zamiejscowych ogłaszam niniejszem drugi kurs praktyczny dla lekarzy „O cholerze" od 10 do 20 grudnia b. r. Kurs będzie bezpłatny. Program wykładów: 1) Rzut oka na przebieg dawniejszych epidemii. 2) Sposoby badania zarazka. 3) Odróżnianie mętwika cholery od innych. 4 Wykrywanie jego poza ustrojem i zapobieganie. 5) Dezynfekcya. 6) Szczepienie czynne i bierne. 6) Porównanie z innymi zarazkami zakażającymi tą samą drogą" *Prof. Bujwid.*

II. „Kolegów z Galicyi, którzy należą do wiedeńskiego stowarzyszenia pod nazwą „*Wiener Doktorem Collegium*", proszę uprzejmie o przysłanie mi swego adresu, celem zasięgnięcia u nich pewnych informacyi" *Dr. Adam Langie.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem prof. dr. Marchlewski mówił „O wynikach najnowszych badań nad barwikiem krwi i chlorofilem".

* Prof. tytularny dr. Winc. Łepkowski mianowany został profesorem nadzwyczajnym dentystyki w Uniw. Jagiell.

* Ministeryum oświaty zatwierdziło uchwałę Wydziału lekar. Uniw. lwowskiego, dopuszczającą dr. Józefa Markowskiego do wykładów z zakresu anatomii opisowej w charakterze docenta prywatnego.

* Otrzymaliśmy pierwszy numer miesięcznika p. t. „Przegląd chorób skórnych i wenerycznych", wychodzącego w Warszawie pod redakcyą dr. Feliksa Malinowskiego. Każdy zeszyt obejmować będzie 3 do 4 arkuszy druku; cena roczna wynosi w Warszawie 6 rb., poza Warszawą 7 rb. Główne działy nowego czasopisma są następujące: prace oryginalne, sprawozdania z posiedzeń specyalnych towarzystw i referaty ważniejszych prac obcych. Nr. 1 szy zawiera 2 prace oryginalne dr. Krzyształowicza i dr. Szadka; papier dobry, nadający się do tablic i rysunków, druk ozdobny, słowem nowy miesięcznik robi najlepsze wrażenie. Z prac oryginalnych zdamy sprawę.

* Dr. Leopold Glück kierownik szpitala krajowego w Sarajewie i dr. Roman Wodyński prosektor tego szpitala i przewodniczący Rady sanitarnej krajowej, otrzymali order Franciszka Józefa.

* Czeska Komisya krajowa przedstawiła Sejmowi ustawę emerytalną dla lekarzy okręgowych i gminnych, którym tem samem przyznaje charakter publicznych urzędników. Ustawa ta obejmuje też wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach okręgowych i gminnych. W budżet na rok 1905—6 wstawiono kwotę 49,360 K na emerytury i 30,000 K na wsparcia dla wdów.

* W celu przekonania się, jak długo żyją bakterye w ciele, pogrzebanem w ziemi, robił dr. Klein doświadczenia na zwierzętach i przekonał się, że *bac. prodigiosus* i *staphylococcus aureus* żyją dni 28, a po 6 tygodniach nie wydają żadnej hodowli; prątek cholery i duru żyją po 19 dni, a po 28 dniach już się nie rozwijają; prątek moru żyje dni 17, a po 3-ch tygodniach już się nie rozwija; najkrócej żyją prątki gruźlicze i bardzo mało przeżywają swoje ofiary.

* W Paryżu istnieje stowarzyszenie lekarzy, uprawiających pod przewodnictwem prof Bouchard a naukę języka „esperanto". W niedalekim czasie ma wyjść w tym języku „Słownik anatomii".

* Zarząd m. Berlina mianował lekarzem miejskim dr. Natalię Ferchland i jej poruczył badanie kobiet publicznych i podejrzanych.

* Śmiertelność z gruźlicy w Prusiech stopniowo się zmniejsza: kiedy w r. 1883 na 715,169 wszystkich zmarłych przypadało na gruźlicę 88,837 osób, a w 1886 na 742,733 — 88,283, to w r. 1893 na 746,478 wszystkich zmarłych 76,977, w r. 1900 na 754,423 — 70,602, a w r. 1904 — na 702,147 — 69,326.

* W Ameryce poddano badaniu kurz z wagonów tak z przedmiotów jak i z powietrza; wykryto w nim najwięcej pneumokoków, gronkowców i prątków posocznicy; prątki gruźlicze znaleziono tylko 2 razy, pomimo że w wagonach tych jechało wiele osób chorych na piersi, udających się na pobyt do zakładów leczniczych. Badanie kubka w wagonie pulmanowskim wykazało oprócz słabojadowitych pneumokoków i paciorkowców, wysokojadowite prątki błonicze.

* Akademia nauk w Paryżu przyznała profesorowi Calmette, dyrektorowi Instytutu pasteurowskiego w Lille nagrodę Audiffreda, wynoszącą 15,000 fr.

* Między 5 a 11 listopada stwierdzo dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: buczackim, dobromilskim (po 1 gminie), kałuskim (2 gm.), kamioneckim, kołomyjskim (po 1 gm.), peczeniżyńskim, rawskim, śniatyńskim (po 1 gm.), stryjskim (3 gm.), żółkiewskim (1 gm.)

Nekrologia. Zmarli: Dr. Józef Lewandowski zmarł w Tłuczani (powiat wadowicki). Dr. Magranez, prof. medycyny wewn., zmarł we Walencyi. Dr. Maryan Siedlewski, b lekarz miejski w Chęcinach, zmarł w Warszawie, licząc lat 46. Dr. Aleks. Taraniecki, prof. i prezydent Akademii wojskowo-lekarskiej, zmarł w Petersburgu, licząc lat 61.

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. Croom — profesorem położnictwa w Edymburgu. Dr. Laren — profesorem farmakologii — w Glasgowie. Dr. Sperino — prof. nadzw. anatomii w Modenie.

Omyłki druku. W „Ocenie" doc. dr. Biernackiego (Nr. 46 „Przegl. lek."), na str. 728, w szpalcie 2-giej, wiersz 34 z góry, zamiast „ulotne" ma być „istotne".

Bibliografia:

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr 1. Krzyształowicz: Grzyby chorobotwórcze włosów. Szadek: Przyczynek do kazuistyki zgorzeli samoistnej pochodzenia przymiotowego.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 195—200. Biernacki: Zarys patologii krwi.

— *Przegląd felczerski* Nr. 21 i 22 zawiera: Zdobycze seroterapii (podług Blumsteina).

— *Medycyna* (Nrów 44 i 45 nie otrzymaliśmy) Nr. 46. Róbin: Stan obecny dyagnostyki chorób kiszek (c. d.). Flatau i Koelichen: O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 43. Flaum: Władysław Biegański. Weisberg: O zatrzymaniu się w macicy martwego płodu Gabszewicz: Z kazuistyki chirurgicznej chorób żołądka (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 47. Frankenberger: Vrozená atresie hrtanu. Babák: Výzkumy o proměnlivosti zažívací roury vlivem potravy. Zahradnický: Zprava o chirurgické činnosti všeobecné okresní nemocnice v Nem. Brodě za r. 1904 (c. d.).

— *Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalní a diaetetické therapii* Nr. 11. Schrutz: O Hippokratovské diaetetice v nemocech, zvláště prudce probíhajících. Velich: Studie o vlivu soustavy nervové na tep Mourek: Vzácný případ náhlé duševní infekce šesti sourozenců (c. d.).

Liečnički Viestnik Nr. 11. Zirovčić: Dvojbeno duševno stanje otcoubojice. Herzog: Prilozi dentalnoj neurozi. Mirković: O zaraźljivim bolestima.

— *La Presse médicale* Nr. 92. Roger: Kurs patologii doświadczalnej i porównawczej. Przewód pokarmowy. Comby: Żywie-

nie dzieci w przebiegu ostrego zapalenia żołądka i jelit. — Nr. 93. Faure: Technika wyłuszczenia gozów złośliwych szczęki górnej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 47. Uhthoff: Uszkodzenia oka po wstrzyknięciach parafiny dla poprawy kształtu nosa siodełkowatego. Schütze: Wykazanie prątków Eberth-Gaffkyego w cieczy mózgowordzeniowej chorych na dur brzuszny. Rehfisch: Kliniczne i doświadczalne badania nad drażnieniem sercowej gałęzi n. błędnego. Posner: Przerost gruczołu krokowego a cukrzyca. Neisser: Osobniczość a psychoza (dok.). Pick: Rak gruczołu tarczowego u salmonidów (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 47. Scholz: Zapalenie rakowate opon mózgowych. Frischauer: Odziedziczone porażenie splotu barkowego z osobliwym zbiorem objawów, oraz uwagi nad symptomatologią porażenia n. przeponowego. Polland: Znajdowanie krętka bladego w zgorzeli szpitalnej i wrzodzie stawu biodrowego. Marcovich: Cztery przypadki duru plamistego. Oesterreicher: Wewnętrzna uretrotomia. Bauer: Zastosowanie przekrwienia metodą Biera w ginekologii. Geiringer: Przypadek zatrucia weronalem. Fürth: Nowego pomysłu stół operacyjny.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 47. Riedel: Skręcenie guza sieci z poprzedzającą przepukliną lub bez niej. Mayer: O przenoszeniu chorób durowych przez mrówki i o chorobotwórczości dla człowieka mysich durowych prątków Löfflera. Jodlbauer i Tappeiner: Stosunek działania istot fotodynamicznych do ich stężenia. Eschenburg: Przyczynek do nauki o wydzielaniu kwasu moczowego w przebiegu dny. Hofer: O sprawach samoczyszczenia się w wodzie. Harnack: Przypadek rzekomego otrucia weronalem w Holzminden. Sippel: Zmiany w klinicznym poglądzie i operacyjnem leczeniu mięśniaków macicy. Witthauer: Tyłozgięcie a mięsienie wibracyjne. Schilling: Nawykowe zaparcie stolca w następstwie rozszerzenia i opadnięcia jelita ślepego. Amberger: Powikłania przy rozszerzeniu się ropienia, wynikłego z zapalenia wyrostka robaczkowego. Markus: Niedomykalność zastawki dwudzielnej po urazie. Keppler: Leczenie chorób zapalnych głowy i twarzy zapomocą przekrwienia (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 47. Koch: Tymczasowe wiadomości o wynikach naukowej podróży do Afryki wchodniej. Quincke: Rozpoznawcze i lecznicze znaczenie nakłucia lędźwiowego. Krehl: O chorobowem podniesieniu parcia tętniczego. Krause: Chirurgiczne leczenie chorób mózgowych. Garrè: Wskazania do zachowawczego a operacyjnego leczenia gruźlicy stawów. Fritsch: Położnicze leczenie łożyska przodującego. Döderlein: Objawowe znaczenie krwotoku z kobiecych narządów płciowych i zasady jego leczenia. Axenfeld: Doświadczalne i kliniczne badania dyoniny jako leku miejscowo chłonącego, kojącego ból i przydatnego w okulistyce. Urbantschitsch: Leczenie przewlekłego zapalenia ucha środkowego. Hochsinger: Zasadnicze rysy leczenia ostrych zaburzeń w przewodzie pokarmowym osesków.

Redakcya otrzymała. Brühl: Grundriss und Atlas der Ohrenheilkunde.

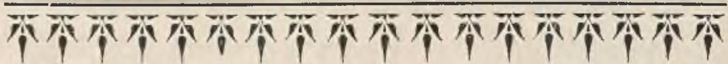
Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

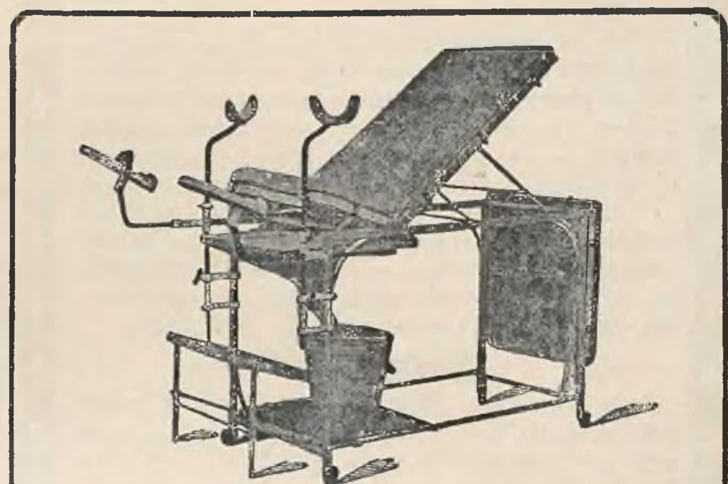
W tygodniu 47 (od dnia 19/XI do 25/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 31, dziew. 30; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 18; zamiejscowych: męż. 7, kob. 3.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 13, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. 1, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. —. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 3, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 36, obcych 10.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**







Rok XLIV. Kraków 9 Grudnia 1905. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie dyety karlsbadzkiej.

Podał

Dr. W. Moraczewski.

W numerze 46 „Przeglądu lekarskiego“ omawia E. Biernacki inowacye, wprowadzone w dyetetyce i zajmuje stanowisko zachowawcze, uważając słusznie, że nie należy rządzić się racyonalizmem i wnioskami, wysnutymi w laboratoryach, a tylko ufać empiryzmowi. — Chcę sprawę, założoną bardzo szeroko, umyślnie zacieśnić. Nie wdaję się w krytykę tego, ile nauka zawdzięcza doświadczeniom, robionym w laboratoryach, ani nie będę oceniać tego, o ile to, co przynoszą nam ustalone zasady, jest przesądem, czy prawdą. W wielu punktach trzeba Biernackiemu przyznać racyę i prawdopodobnie sam się domyśla, w których to punktach: wszędzie tam, gdzie Biernacki powiada, że nieudowodniono ani tego, że tylko czystość powietrza działa w górach, ani, że tylko ciepłota wody sprawia ulgę w cierpieniach dnawych (podagrycznych); miałbym ochotę dodać: ani tego, że czarne mięso szkodzi w dnie.

Poza tem zaprotestowałbym jaknajenergiczniej przeciwko przepisom Biernackiego i, nie owijając w bawełnę, — ponieważ do kolegów mówię, a nie do publiki, — powiem, że niema wcale dyety karlsbadzkiej, tak jak niema dyety szczawnickiej, krynickiej, kissingeńskiej, czy maryenbadzkiej. Są tylko dyety w chorobach i te obowiązują zarówno w domu, jak i w miejscu kąpielowem.

Że wielu ludziom więcej pomaga głodzenie, niż leczenie w miejscu kąpielowem, o tem nie wątpię, ale niechże Biernacki powie to wyraźnie. Dlaczego winić owoce, zamiast winić niepowściągliwość? Że wielu ludzi wymaga wielkiego aparatu, ostrożności, mierzenia kroków i t. p. dziwactw, o tem także nie wątpię, więc mówmy o poddawaniu (sugestyi), ale nie o owocach. Że wreszcie obawa może wywołać zmiany w trawieniu i ruchu robaczkowym, o tem nawet nielekarze wiedzą, ale cóż tu owoce winny?

Biernacki uważa ser za rzecz szkodliwą. Przypomina mi to rozmowę jednego z najlepszych dyetetyków Europy, — właściciela sanatoryum, ze swoim trwożliwym pacyentem. Pozwolono choremu jeść ser; chory się przestraszył. Na to powiedział mu Pariser: mój panie, ser jest szkodliwy lub nie, to zależy od formy, w jakiej go pan jada. Ser tarty, jedzony na bułce z masłem, jest nieszkodliwy; ser źle gryziony i twardy może zaszkodzić. Oto wszystko. Nie jakość, ale ilość i forma stanowią o szkodliwości pokarmów. Tym, którzy skłonni są do odęcia i bolów, w domu i poza domem należy z zastrzeżeniem pozwalać na owoce. Pozwalać jeść owoce bynajmniej nie znaczy, żeby pozwalać każdemu i zawsze i w nieograniczonej ilości. Owoce i jarzyny są środkiem leczniczym, a nie obojętną przyjemnością. Owoce czasem trzeba dawać, a nie nie należy nigdy robić z tego jakiegoś sportu, jak to czynił nieostrożny znajomy Biernackiego.

A potem iluż to ludzi zupełnie zdrowych napotyka się u wód? Czy trzeba dla zachowania uroku źródła kłaść ich do łóżka i głodzić? Sądzę, że nie. Ilu ludzi niema w kiszkach żadnego *locus minoris resistentiae*, o którym mówi Biernacki, bo cierpią na łamanie w głowie, albo na rwę, albo na cukrzycę. Dodam mimochodem, że dla cukrzycy karlsbadzcy lekarze „starej daty“ robią wyjątek, bo trudno chorego inaczej wyżywić. Więc w cukrzycy wolno pić sprudel i jeść ogórki. Czy Biernacki o tem nie wie?

Wreszcie powiem, że wspieranie leczenia wodami dyetetyką, a zatem i owocową dyetą, jest rzeczą przed 15 laty przez Karola Dappera omówioną, a od tej pory przez tysiączne doświadczenia potwierdzoną; że żadne miejsce kąpielowe Niemiec z zakazem jedzenia owoców się nie liczy, że żaden z postępowych lekarzy karlsbadzkich z nią się nie liczy. Nie radzę Biernackiemu pisać tego artykułu po niemiecku. Wywody jego można przyjąć w formie ostrzeżenia[1]), w formie przestrogi, aby niektóry kolega rozumiejąc, że wszelki postęp polega na karmieniu owocami, nie dawał ich w zapaleniu ślepej kiszki, albo przy wrzodzie żołądka, żeby się pytał chorego, jak owoce znosi, żeby się liczył z indywidualnością. Ileż jest snobizmu, przesady, mody w naszej kochanej medycynie. Przed tem niech Biernacki ostrzega, ale uważać dodatek owoców za szkodliwy tylko dlatego, że się przytem pije wodę z solą i ze śladami radu, argonu, helium i t. p.; — na takie przekonanie nie zgodzi się żaden empiryk, żaden racyonalista, lub jakkolwiekbądź zastanawiający się lekarz.

A czarne mięso, jarzyny, zawierające szczawiany, wątróbki cielęce i cały szereg mądrze obmyślanych, przez mikroskop stwierdzonych, przez rozkładanie zapomocą chlorku cynkowego wykazanych czynników? czyli to nie kwiatki racyonalizmu, którego Biernacki nie lubi? Możnaby napisać książkę o szkodliwym wpływie chemii na medycynę. — O wszystkiem tem choroba nie chce wiedzieć i oksaluryk nie wydziela więcej szczawianów po jarzynach, tylko mniej, a wszystkie kwasy nukleinowe i grupy purynowe nie przyprawią zdrowego o dnę, ani nie wywołają napadu u podagryka. Nie chciałbym, żeby Biernacki przypuszczał, że lekceważę zdobycze wiedzy, albo że za zbyteczne je uważam. Chcę, żeby się ich ślepo nie trzymać, ani empiryzmowi ślepo ufać, żeby obok nich słuchać innych doświadczeń

[1]) Ewald przemawiał w tym tonie na Kongresie balneologicznym.

i tego jedynego „tonu, co brzmi przez wszystkie tony dla tych, co w skupieniu słuchają“. Ileż razy sprawdzono w sanatoryach Noordena, po szpitalach i klinikach, że czarne mięso nie szkodzi? Dlaczegoż nie przypuścić, że większa wodnistość, większa zawartość soli, większa lekkość rzeczywiście stały się powodem przesady i przesądu, że resztę dokonało wszechmocne przyzwyczajenie? Wiadomo aż nadto dobrze, że po mlecznej kuracyi mięso źle bywa znoszone, że po białem mięsie czarne sprawia ciężkość. Dużo ludzi czarnego mięsa wcale nie znosi, ale to są wyjątki. Biernacki, który tak dobrze zna historyę medycyny, znajdzie pewnie niejeden przykład, w którym odrobina prawdy stała się opoką. Najnowsza chwila przywodzi jeden z wielu: mleczną dyetę w cierpieniach nerkowych uważano za specyficzną; teraz wiedzą, że to brak soli był czynnikiem głównym. Bardzo być może, że dużo jeszcze rzeczy jest w użyciu, w których powłoka pomaga, a nie treść.

Biernackiego artykuł jest z wielu względów pouczający i pożyteczny: raz jeszcze powtarzam, że w licznych punktach się godzę; ufam, że i ze mną w wielu zgodzi się Biernacki; ale to, co powiedziałem, tem stanowczej utrzymuję: każdy czynnik dyety ma być używany; przed żadnym nie godzi się cofać dlatego tylko, że zwyczaj go nie aprobuje. Usuwanie zaś z dyety czynnika tak ważnego, jak owoce, jarzyny, mięso czarne, — bez należytego powodu, jest pozbawianiem się środków leczniczych. Łatwiej będzie mi dowieść, dlaczego owoc „dobrze robi“, niż Biernackiemu wykazać, że „źle robi“, jeżeli jest właściwie przy wodach stosowany.

Obawiać się tego, że owoce zaszkodzić mogą 20-temu i porównywać je do zakazanej wody, jest zupełnie nieuzasadnione. Wszelkie bowiem nasze środki lecznicze są taką wodą i ani mleka, ani salicylowego kwasu, ani mięsa, ani chininy dawaćby nie można, bo są ludzie, co żadnego z tych ciał nie znoszą.

Chodzi o to, gdzie stawić granice i Biernacki, zdaniem mojem, zanadto je zacieśnia.

W polemikach zazwyczaj odpowiada się na to, czego przeciwnik nie mówił, nie mówiąc o tem, czego chciał dowieść. Sądzę, że Biernacki tej przewrotności u mnie nie dostrzeże, co niezaprzeczenie ułatwi porozumienie.

W odpowiedzi na powyższy artykuł nadesłał Dr. Biernacki następujące uwagi:

Z powodu artykułu kol. W. Moraczewskiego w sprawie dyety karlsbadzkiej zauważę, iż autor właściwie ciągle twierdzi, względnie energicznie protestuje, a nie dowodzi tego, czego dowieść by należało. Że przed 15 laty Dapper omówił „wspieranie“ leczenia wodami mineralnemi „dyetą owocową“, że Pariser powiedział, iż szkodliwość sera zależy tylko od formy, w jakiej go się podaje, że w sanatoryach Noordena, po klinikach i szpitalach stwierdzono, iż czarne mięso nie szkodzi (przy czem? *Ref.*) — wszak to wszystko nie są dowody, że surowizna, dalej ser, czarne mięso, wogóle brak dyety, o jakiej mówiłem, jest nietylko nieszkodliwym, ale nawet pożytecznym przy wodach karlsbadzkich. O to idzie w całej kwestyi i tę różnicę pojęć podkreśliłem w swym artykule. A jaknajmniej przecież służyć może za dowód ta okoliczność, iż, jak twierdzi kol. Moraczewski, żadne (? *Ref.*) miejsce kąpielowe w Niemczech nie liczy się z zakazem jedzenia owoców, i nie liczy się z tem żaden z „postępowych“ lekarzy karlsbadzkich. Jeszcze przed kilku laty każdy „postępowy“ lekarz uważał za obowiązek lać w chorych (nawet w dzieci) alkohol przy każdej nadarzonej okazyi, przed kilkunastu — zwalczać za każdą cenę gorączkę lub karmić obficie chorych gorączkowych, — a obecnie nie wątpimy, że ta „postępowość“, — to był tylko ów snobizm, moda, o jakich wspomina kol. Moraczewski, — właśnie ten pseudoracyonalizm, doktrynerya terapeutyczna, o których ja mówiłem. „Postępowość“ w terapii, — niestety, — niezmiernie często bywa tylko tem, a nie postępem prawdziwym.

Nie przesądzam kwestyi, iż przy innych wodach mineralnych, — niekarlsbadzkich, — być może — ściślejsza dyeta mniej obowiązuje. Dopóki jednak faktem klinicznym jest i pozostaje, iż przy używaniu wód karlsbadzkich niezachowywanie przyjętej z dawna dyety, specyalnie używanie surowizn, sprowadzać może dość poważne rozstroje trawienia — i bynajmniej nie przez „nadużycie“, bynajmniej nie przez „strach“, — jak chce kol. Moraczewski, — wreszcie bynajmniej nie tylko u ludzi z cierpieniami przewodu pokarmowego, — jakby to sobie apriorystycznie stawiać można, — dopóty pozostanę w tym względzie „konserwatystą“, jak to szczegółowo uzasadniałem w swym artykule. Mógłbym zmienić zdanie, gdyby mi kto udowodnił, iż istotnie spożywanie surowizny przy karlsbadzkiej wodzie jest pożyteczne, że pożytek w tym kierunku przeważa ewentualną szkodliwość. Kol. Moraczewski twierdzi, iż od czasów pracy Dappera pożytek ten został „przez tysiączne doświadczenia“ potwierdzony. Przyznam się, nic jeszcze o tem nie słyszałem — i bardzo ciekaw jestem, w jaki to sposób udałoby się „dowieść“ kol. Moraczewskiemu, jak obiecuje, że przy karlsbadzkiej wodzie owoc „dobrze robi“, jeśli jest „właściwie“ stosowany. *E. Biernacki.*

* * *

II. Z kliniki laryngologicznej prof. Pieniążka w Krakowie.

Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny

Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Nowotwory.

Przy nowotworach tchawicy użył Killian tracheoskopii górnej trzechkrotnie, raz w celu rozpoznawczym, dwa razy usunięto nowotwór w tracheoskopie.

Przypadek pierwszy dotyczył kobiety 35-letniej, która od 18 roku życia doznawała uczucia jakiegoś ciała obcego, usadowionego nizko w gardle, co ją zmuszało do kaszlu. Badanie lusterkiem wykazało w dolnej części tchawicy szereg tworów, które uważano albo za brodawkowate wyrośle, albo za skrzepy zaschłej wydzieliny. Dopiero tracheoskopia górna wykryła przyrodę cierpienia; był to wielokrotny kostniako-chrząstniak tchawicy.

Operował zaś Killian: 1) mięsaka, usadowionego w dolnej części tchawicy; użył do tego pętli kaustycznej, a do usunięcia podstawy nowotworu łyżeczki i żegadła; 2) wola wewnątrztchawicznego, usadowionego na wysokości 1 — 2 chrząstki; operacyi tej dokonał przy pomocy pętli kaustycznej.

Prócz tych dwóch przypadków Killiana, opisano zaledwie tylko parę przypadków nowotworów, operowanych przez usta i to albo przy pomocy lusterka krtaniowego lub kopystki Kirsteina. Najniższą siedzibą nowotworu był dziewiąty pierścień tchawicy; to było ostateczną granicą zabiegów przy metodzie Kirsteina. Coprawda, nowotwory tchawicy, a szczególnie złośliwe, należą do rzadkości; Bruns zdołał zebrać zaledwie 147 przypadków, z tych 102 nowotworów łagodnych, 45 złośliwych.

Sądząc z doświadczeń dotychczasowych, nabytych przy tracheo- i bronchoskopii górnej, używanej do różnych celów, metoda ta oddać może znakomite usługi, szczególnie w przypadkach ograniczonych łagodnych nowotworów tchawicy i oskrzeli. Tu należą włókniaki, brodawczaki, tłuszczaki, gruczolaki, wole śródtchawicze itd. Usunięcie ich przy tracheoskopii górnej będzie tem łatwiejsze, im bardziej nowotwór jest ograniczony. Szczególnie łatwo będzie usunąć nowotwory szypułkowe, jak brodawczaki, włókniaki. Nowotwory, usadowione na szerszej podstawie, płaskie, twarde, będzie już trudniej usuwać tym sposobem. Narzędzia, których wypadnie użyć, będą odpowiednio do przypadku różne: szczypczyki, łyżeczka, pętla, żegadło itp. Przeszkodą do usunięcia guzów tych zapomocą tracheoskopii górnej byłaby ich znaczna wielkość, wywołana przez nie znaczna duszność i możliwość krwotoku przy ich usuwaniu. W tych przypadkach prawdopodobnie nieraz będzie wskazaną tracheotomia. Jeżeli guzy usadowiły się w dolnej części tchawicy, to po tracheotomii znajdą się one poniżej otworu w tchawicy, a przez tracheotomię zyskamy tylko tyle, iż zbliżymy się do pola operacyjnego, przez co tak operacya sama, jak i tamowanie krwawienia, gdyby tego było potrzeba, będzie przy tracheoskopii dolnej ułatwione. Powinniśmy się nawet wogóle starać, aby guz pozostał poniżej otworu w tchawicy. W odpowiednich przypadkach przecinamy tchawicę na wysokości guza, wtedy mamy dostęp wprost do niego. Najniekorzystniej jest, gdy guz pozostanie powyżej otworu tracheotomijnego; wtedy musielibyśmy albo wykonać szersze rozcięcie tchawicy *(tracheofissura)*, albo przywróciwszy już choremu oddech swobodny, próbować operacyi zapomocą tracheoskopii górnej bez względu na dokonaną już tracheotomię. Tracheotomia poniżej guza byłaby wskazaną wtedy, gdy chory doznaje znacznej bardzo duszności i jest bardzo osłabiony, gdzie więc przedewszystkiem powinniśmy ratować chorego od uduszenia; możliwe to będzie przy guzach, wysoko usadowionych.

Usuwanie nowotworów złośliwych zapomocą tracheoskopii górnej wskazanem byłoby tylko wobec bardzo ograniczonej tj. guzowatej ich postaci, szczególnie zaś wobec guzów, osadzonych na szypułce; leczenie tym sposobem mogłoby lepsze dawać widoki przy mięsakach, niż przy rakach. W przypadkach guzów, których przyrodę z wejrzenia trudno ocenić, tracheoskopia oddać nam może tę ważną usługę, iż przy jej pomocy możemy wyciąć kawałki guza celem mikroskopowego zbadania.

Głównem zadaniem wobec nowotworów złośliwych, o ile ich czyto drogą chirurgiczną, tj. przez częściową resekcyę tchawicy, czy też zapomocą tracheo- lub bronchoskopii tak górnej, jak i dolnej, doszczętnie usunąć nie można, jest usunąć zwężenie. W przypadkach nowotworów rozlanych, tak pierwotnie, jak i następowo zajmujących tchawicę, będziemy się starać przedewszystkiem o otwarcie dróg oddechowych poniżej zwężenia. Przy nizkiem usadowieniu nowotworu, jakoteż przy nowotworze, zajmującym znaczną przestrzeń tchawicy, musi się otworzyć tchawicę ponad nowotworem, a niekiedy nawet w jego obrębie. Tracheoskopia dolna w tych przypadkach jest konieczna, gdyż nietylko pozwala nam ona uzyskać dokładny obraz zmian chorobowych, ale także usunąć zwężenie. Wobec nowotworów guzowatych, zatykających światło tchawicy i oskrzeli tak, że rurki (kaniuli), usuwającej zwężenie, przez i poza nie przeprowadzić nie możemy, musimy najpierw usunąć masy nowotworowe. Do tego posłużą nam ostre szczypczyki, podobne do krtaniowych, łyżeczka, żegadło, a przy guzach szypułkowych pętla kaustyczna. W razie zatkania oskrzeli zabieg ten musi być tak samo wykonany w tracheo- lub bronchoskopie. Dopiero po usunięciu zwężenia wprowadzamy rurkę, której koniec dolny powinien przypaść poniżej nowotworu, co jednak przy zwężeniach dolnej części tchawicy lub oskrzeli jest oczywiście niewykonalne.

Zwężenia na tle nowotworowem usuwać możemy przy tracheoskopii dolnej albo u chorych siedzących, albo też leżących. Ułożenie na wznak wybieramy wtedy, gdy nowotwór, zajmując tchawicę na znacznej przestrzeni, wywołuje silne zwężenie, lub też wtedy, gdy obawiamy się silniejszego krwawienia podczas zabiegu operacyjnego. Używamy rurek (kaniul) zwykłych metalowych, długich kauczukowych Schrötterowskich, wreszcie elastycznych najrozmaitszej długości lub szerokości, z okienkiem lub też bez okienka, zależnie od tego, czy wyższa część tchawicy i krtani są drożne lub nie. Przy zakładaniu rurki (kaniuli) uważać musimy, by nie opierała się ona na samym klinie podziałowym tchawicy; sam klin, przytykając do światła kaniuli, wywołuje częściowe jej zwężenie, brzegi zaś kaniuli zwężają wejście do oskrzeli. Również zważać należy, by dolnego końca kaniuli nie zatykały masy nowotworowe. Przy opieraniu się rurki o klin występuje odruchowo silny kaszel. Rurki, zarówno zwykłe, jak, i to szczególnie, elastyczne, trzeba stosunkowo często zmieniać; wskazaniem do zmiany rurki jest pogorszenie się oddechu. Może ono mieć przyczynę albo w samej rurce, albo w tchawicy, albo w oskrzelach. Szczególnie w rurach długich, elastycznych, których ściana wewnętrzna nie jest zupełnie gładka, łatwo zasycha śluz, zwężając potem ich światło. Czasem wystarcza mechaniczne wyczyszczenie rury piórkiem albo wziewanie i to najlepiej roczynu sody 2%; jeżeli mimo to zwężenie trwa, to rurkę musimy usunąć. Jeżeli przyczyna zwężenia leżała w rurce, to wraz z jej wyjęciem i zwężenie znika; w razie przeciwnym musimy szukać przyczyny w samej tchawicy. Przy rurach elastycznych długich, sięgających prawie do klina podziałowego, bardzo często przyczyną zwężenia bywa zaschły w bryły w samym dole tchawicy śluz; śluz ten albo przez wykrztuszenie po wyjęciu rurki może być wydalony, lub też w tracheoskopie mechanicznie kleszczykami usunięty. Przy rurkach długich okienkowych wysychanie bywa znacznie mniejsze, cza-

sem zupełnie go niema. W razie bujania nowotworu poniżej końca rurki, trzeba usunąć część mas nowotworowych, wywołujących zwężenie.

Złośliwe nowotwory tchawicy rzadko tylko wychodzą pierwotnie ze ścian tchawicy, i to częściej raki, niż mięsaki. Pierwotną ich siedzibą bywa zazwyczaj krtań, skąd szerzą się i rozrastają wzdłuż tchawicy, lub też sąsiedztwo tchawicy i oskrzeli. Przechodząc z krtani na tchawicę, zajmują one jej górną część, gdzie atoli w razie obecności rurki swobodnie rozrastać się nie mogą, tak że zwężenie powstaje w tych przypadkach dopiero poniżej dolnego końca rurki. Część górna tchawicy zajętą bywa także przy nowotworach, przechodzących tu z szyi, a mianowicie przy złośliwym wolu lub przy nowotworach gruczołów szyjnych. Rak krtani zająć może tchawicę także i przez samorodne przeszczepienie się (*autoinoculatio*). Mianowicie Pieniążek spostrzegał trzy przypadki raków krtani, w których w pewien czas po tracheotomii rozwinęło się ognisko rakowe na tylnej ścianie tchawicy pod dolnym brzegiem rurki (kaniuli); ognisko to oddzielone było od ogniska rakowego krtani zupełnie zdrową błoną śluzową. Pierwotny rak krtani, przechodząc na tchawicę, zająć może w stosunkowo krótkim czasie całą jej długość, wywołując zwykle zwężenie poniżej rurki. Zwężenie to usunąć można tylko przy tracheoskopii dolnej; rurka ugniatając na masy nowotworowe, łatwo wywołać może odleżynę. Chorzy tacy mogą pomimo tego żyć stosunkowo dość długo; i tak spostrzegaliśmy przypadki, ciągnące się prawie dwa lata po tracheotomii, wykonanej z powodu nowotworowego zwężenia krtani. Nowotwory, nawet złośliwe, w postaci guzów zwężające światło tchawicy, możemy próbować usunąć przy tracheoskopii górnej; obejdziemy się wtedy może bez założenia rurki, która uciskając na miejsca naciekłe, wywołać może odleżynę. Możliwe to oczywiście będzie tylko przy guzach ograniczonych, nie wywołujących większego zwężenia i gdzie niema obawy silnego krwawienia.

Nowotwory następowe zwężają tchawicę, albo ugniatając ją od zewnątrz, albo też przebiwszy ściany tchawicy i bujając w jej świetle. W przeważnej liczbie przypadków nowotwór najpierw ugniata tchawicę, potem przechodzi na jej ściany. Przy rozlanych nowotworach ścian tchawicy, już samo nowotworowe ich zgrubienie wywołuje zwężenie światła tchawicy.

Nowotwory śródpiersia obok zwężenia tchawicy zwężać mogą także i oskrzela, i to również albo przez ucisk od zewnątrz, albo przechodząc na samą ścianę oskrzeli i wywołując jej zgrubienie lub bujając ku światłu. Przy ugnieceniu tchawicy, choćby w całej jej długości, wprowadzona rurka elastyczna, rozpychając ściany tchawicy, usuwa zwężenie. Tracheoskopia dostarcza nam tutaj wskazówek: nawet przy znacznych zwężeniach tchawicy tego rodzaju można tracheoskop łatwo przez miejsce zwężone przeprowadzić, przy lekkim już ucisku tracheoskopu rozsuwają się ściany tchawicy. W razie równoczesnego ugniecenia i nacieczenia, musimy naprzód starać się usunąć naciek. Chorzy muszą wtedy nosić rury elastyczne zwykle aż do śmierci, której powodem bywa charłactwo ogólne, przerzuty, lub zapalenie płuc. Jeżeli ugniecione są oba oskrzela, musimy wprowadzić rurkę (kaniulę) wprost do jednego z nich, by chory przynajmniej jednem płucem oddychał; w razie jednakowego ugniecenia obu oskrzeli, wprowadzić należy rurkę do prawego.

Usuwając cząstki guzów z tchawicy lub też z oskrzeli, możemy wywołać rozpad zgorzelinowy reszty nowotworu; takie usuwanie jest atoli jedynym sposobem, w jaki w pewnej chwili można ratować życie chorego.

W cierpieniach płuc użył Killian bronchoskopii górnej dwukrotnie:

a) U chorej, cierpiącej na nieżyt krtani i gruźlicę szczytu prawego (w plwocinie znaleziono prątki gruźlicze), a dającej się łatwo autoskopować, powiodło się wprowadzić bronchoskop do oskrzela płatu górnego; po usunięciu bryłki śluzu dostrzeżono zaczerwienienie błony śluzowej. Znaczenie tej bronchoskopii polegało tylko na tem, iż przekonano się, że bronchoskop nawet do oskrzela płatu górnego wprowadzić można. Zresztą sam Killian już po tym zabiegu ostrzega przed bronchoskopią przy gruźlicy płuc.

b) U 63-letniego człowieka, plującego krwią, wykazało badanie płuc: nieznaczne przytłumienie z przodu po stronie prawej w okolicy linii sutkowej, z tyłu ponad środkiem łopatki. Przy badaniu lusterkiem krtaniowem w godzinach rannych można było widzieć smugę krwawego śluzu, sięgającego od wcięcia międzynalewkowego aż do prawego oskrzela. Według badania bronchoskopem ognisko sprawy chorobowej (rak albo bąblowiec) znajdować się powinno w płacie dolnym, w oskrzelu bowiem odpowiedniem widać było skrzepłą krew. Sekcya wykazała ognisko rakowe w płacie górnym. Killian tłómaczy pomyłkę tem, iż oskrzele, prowadzące do płatu górnego nie zawsze odchodzi od pnia głównego wprost na zewnątrz, lecz także i skośnie ku dołowi tak, iż przy bronchoskopii gałąź tę można wziąść za gałąź, prowadzącą do płatu dolnego.

Dalsze wyzyskanie metody Killiana w tym kierunku może dać pewne dodatnie wyniki.

Zwężenia na tle twardzieli.

Podobnie, jak w innych narządach, tak i w tchawicy i oskrzelach może twardziel wystąpić w najrozmaitszej postaci; począwszy od guzka różowo zabarwionego, miękkiego, o powierzchni nierównej, brodawkowatej, silnie unaczynionego, aż do tkanki bliznowatej, spotyka się tu cały szereg przejść. Badania mikroskopowe zaś dowiodły, iż w pozornie prawidłowej lub też na oko nieżytowo zmienionej błonie śluzowej nieraz już istnieją zmiany twardzielowe. Zmiany te czasem nie przybierają postaci guzowatej, lecz szerząc się w błonie śluzowej jako nieznaczny, okiem niedostrzegalny, lub też pod obrazem zmian nieżytowych występujący naciek, przechodzą następowo szereg przeobrażeń, odpowiadających przeobrażeniom tkanki granulacyjnej, t. j. zamieniają się w tkankę łączną bliznowatą. Równocześnie ze zmianami w błonie śluzowej powstają także zmiany w nabłonku, który najpierw traci migawki, potem zaś traci cechy nabłonka wałeczkowatego, przechodząc stopniowo w nabłonek typowo płaski. Jako ostatni stopień tych przemian spotykamy wreszcie odrywanie się nabłonka od błony śluzowej, która pozostaje obnażoną. Jak szkodliwy wpływ muszą mieć te zmiany przedewszystkiem na akt oddychania, łatwo zrozumieć. Przemianą nabłonka migawkowego w płaski tłómaczy się silne zasychanie wydzieliny, która nieraz wielkimi strzępami pokrywa tchawicę, czasem znów tworzy poprostu bryły, zwężające lub nawet zatykające światło tchawicy.

Pojedynczy guzek, znamienny dla zmian twardzielowych, rzadko zdarza się w tchawicy, najczęściej na podniebieniu miękkiem, także w krtani. W tchawicy w przypadkach, przez nas spostrzeganych, zmiany pojawiały się zwykle albo w postaci szeregu guzków, jakby ziarniniaków (*granuloma*), lub też w postaci szarawego, mniej lub więcej płaskiego nacieku. Twory ziarninowe spotykamy przeważnie w przypadkach świeżych, i to zwykle usadowione na ścianie tylnej, której znaczną przestrzeń mogą zajmować; rzadziej już zajmują one tchawicę okrężnie lub jedną albo drugą boczną ścianę; w tej odmianie twardzieli naciek zwykle nie zajmuje większych części tchawicy. Wyrośle te są miękkie, czasem usadowione na szypułkach. Usunąć je łatwo; czasem już wprowadzenie tracheoskopu, a nawet rurki (kaniuli) wywołuje ich oderwanie się. Wyrośle te, o ile nie zostaną usunięte, po pewnym czasie kurczą się, bledną, twardnieją i zamieniają się w nierówny naciek. I tu wieloletnie spostrzeżenia na szeregu przypadków wykazują, iż u chorych, u których początkowo były powyższe zmiany (t. j. ziarninowe guzki), potem powstają nacieki mniej lub więcej rozlane, zajmujące czasem nawet całą tchawicę, przyczem obok nacieków spotykamy jeszcze postać guzkową, nie są to już jednak guzki o utkaniu miękkiem, brodawkowatem, lecz większe już guzy, czasem znacznej twardości; przy usuwaniu ich ostrą łyżeczką czuć czasem nawet jakby chrząstkowaty opór. Jako rzadszą odmianę spotykamy nacieki, występujące w postaci guzowatej o wejrzeniu galaretowatem, a przytem jednak twarde. Naciek taki sadowi się najczęściej na jednej z bocznych lub na tylnej ścianie tchawicy, rzadziej obejmuje ją okrężnie. Zmiany, mające postać nacieków, zajmują tchawicę albo na miejscu ograniczonem, t. j. pod postacią płaskiego, różnej wielkości guza, usadowionego zwykle na ścianie bocznej, albo łączą się one z postacią ziarninową i wtedy spotykamy je na ścianie tylnej, naciek zaś na bocznych, lub też odwrotnie; wreszcie naciek może zajmować jednostajnie całą lub większą część błony śluzowej tchawicy. Nacieki takie, szerząc się w kierunku poprzecznym i podłużnym, sprawiają albo jednostajne zgrubienie ścian, lub też obok zmian rozlanych spotykamy cały szereg listew, występujących albo na jednej ścianie w formie półksiężyca, okrężnie, lub też dzielących w najrozmaitszy sposób światło tchawicy. Zmiany te częściowo są już objawem zbliznowacenia i po usunięciu już zwykle nie powracają. Postać tę spostrzegaliśmy w trzech przypadkach; w głębi tchawicy widać było przegrodę, pozostawiającą mały otwór, na brzegach przegrody drobne wyrośle ziarninowe, sam zaś otwór przedzielony był jeszcze mostkiem.

Zwyrodnienie tkanki twardzielowej wywołuje dalszy szereg obrazów. Wskutek przeobrażania się ograniczonych nacieków w tkankę włóknistą guzy coraz mniej wystają ku światłu tchawicy, a zabarwienie ich powierzchni zmienia się odpowiednio do stopnia przeobrażeń. Za to nacieki, obejmujące mniej lub więcej okrężnie tchawicę, choć czasem i z początku czynią wrażenie listew o brzegu ostrym, zwężających światło tchawicy, to przecież wyraźnie stają się takiemi dopiero wtedy, gdy już nastąpi zbliznowacenie. Znamienne dla twardzieli są zmiany na klinie podziałowym tchawicy. Zmiany te są zupełnie typowe; takich zmian niespotykamy w żadnej innej chorobie. Najczęstszą postacią jest zgrubienie i rozpłaszczenie klina. Smukły, w postaci bladej listewki sterczący klin z wyraźnem pionowem prawie przejściem do oskrzeli, zmienia się nie do poznania. Zamiast niego spotykamy wał mniej lub więcej gruby, szarawo lub różowo zabarwiony; szczyt tego wału tępy, czasem prawie zupełnie płaski; brzegi przechodzą skośnie w ściany wewnętrzne oskrzeli tak, iż gdy w warunkach prawidłowych widać ścianę wewnętrzną oskrzeli, biegnącą w kierunku pionowym, jak w oskrzelu prawem, lub też pod kątem tępym, jak w oskrzelu lewem, to w twardzieli jest wewnętrzna ściana oskrzeli wskutek nacieku wzniesioną, zwróconą mniej lub więcej skośnie ku ścianom zewnętrznym oskrzeli, wprost dostępną dla oka, zakrywając równocześnie częściowo wejście do oskrzeli. Zmiany te polegają na jednostajnym nacieku w błonie śluzowej i podśluzowej. Postać to najczęstsza; rzadziej już spotykamy klin pokryty pojedynczymi guzkami ziarninowymi (granulacyami); bywa to szczególnie przy zmianach, obejmujących okrężnie wejście do oskrzeli. W tych przypadkach środek klina bywa zwykle jednostajnie nacieklły, przedni zaś i tylny jego koniec pokryty drobnemi ziarninami. Na stole sekcyjnym wreszcie stwierdzamy, iż przy długotrwałych, a rozległych zmianach twardzielowych chrząstki tchawicy i oskrzeli ulegają zwapnieniu. Osadzanie się wapna spotykamy wreszcie w postaci pojedynczych chrząstniako-kostniaków przy łyżeczkowaniu tchawicy; takie chrząstniako-kostniaki usadowione bywają nietylko na ścianach bocznych, ale i na ścianie tylnej.

Częściowo nacieklła, częściowo zbliznowaciała, przy równoczesnem zwapnieniu chrząstek, wygląda tchawica przy sekcyi jakby jednolita twarda cewa.

Zmiany w oskrzelach wyglądają rozmaicie; już samo znaczne zgrubienie klina musi miernie zwężać wejście do oskrzeli. Zdarza się dalej, iż wejścia do oskrzeli nie są okrągławe, lecz podłużne, szczelinowate; wywołane to bywa zwykle naciekiem bocznych ścian tchawicy, schodzącym mniej lub więcej nizko w głąb oskrzeli. Postać ta występuje wybitniej w oskrzelu lewem, niż w prawem. Naciek bocznej lewej ściany tchawicy może zupełnie nawet zasłaniać wejście do oskrzela lewego, które wtedy albo zupełnie jest niewidoczne, lub też dopiero przy odpowiedniem nachyleniu głowy i ciała. Zwężenia znaczniejsze są wywołane zwykle naciekiem okrężnym; naciek ten jest albo jednostajny o powierzchni płaskiej, lub też składa się z pojedynczych guzków ziarninowych i wtedy obejmuje on także i końce klina. Zabiegi lecznicze, zmierzające do usunięcia zwężenia, wywołują wytwarzanie się blizn, które tak przy wejściu do oskrzeli głównych, jak i drugorzędnych, mogą, występując okrężnie, sprawiać następowe zwężenie. Zmiany w głębi oskrzeli cechują się naciekiem przeważnie jednostajnym; czasem wśród tego nacieku zauważyć można, szczególnie w okresach późniejszych, twarde guzki. Oskrzela drugorzędne najczęściej żadnym zmianom nie ulegają; czasem są one jednostajnie nacieklłe, w razie zwężenia zaś wejścia do nich — rozszerzone.

Jako zmiana pierwotna zdarza się twardziel tchawicy tylko wyjątkowo. Na blisko 200 przypadków, spostrzeganych u nas, widzieliśmy pierwotną twardziel tchawicy zaledwie trzy razy. Dwa przypadki usunęły się po wyleczeniu z dalszej obserwacyi, w trzecim po kilku latach wystąpiły zmiany w nosie, a potem i w krtani. Zmiany miały następujące cechy: 1) w przypadku pierwszym naciek, złożony z pojedynczych ziarnin, obejmujący okrężnie tchawicę, światło

zwężenia okrągłe o nierównych brzegach; 2) w przypadku drugim u dziewczyny 13-letniej zwężenie podwójne; oba zwężenia w postaci pierścienia, złożonego z pojedynczych ziarnin; pierwsze zwężenie było znaczne, pozostawiało szparę oddechową zaledwie wielkości groszku; 3) w trzecim wreszcie przypadku blizna, w postaci pierścienia zwężająca tchawicę.

Zwykle obok zmian w tchawicy i oskrzelach spotykamy nacieki lub blizny w nosie, gardle, krtani. W jednym przypadku spostrzegaliśmy zmiany w nosie, w krtani, a potem aż dopiero przy wejściu do oskrzeli pod postacią zgrubienia klina, tchawica zaś nie była wcale zmieniona. W innym przypadku były zmiany tylko w nosie i tchawicy. Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli na tle twardzielowem zależy od ich siedziby, rodzaju zmian, ich rozległości, od wielkości zwężenia i od tego, czy równocześnie zajęta jest krtań i w jakim stopniu. Tracheo- i bronchoskopii górnej używamy tutaj nietylko w celu leczniczym, lecz i rozpoznawczym. Nieraz dopiero w tracheo- i bronchoskopie ocenić możemy, czy zmiany usunąć się dadzą przy pomocy tracheo- i bronchoskopii górnej, czy dolnej. Przeciwwskazaniem do tracheo- i bronchoskopii górnej byłyby oprócz przeciwwskazań ogólnych, wymienionych na wstępie tej pracy, zwężenia krtani. Znaczne zwężenie krtani wymaga wprost tracheotomii. Przy zwężeniach średniego stopnia wskazanie lub przeciwwskazanie zależy od charakteru zmian; i tak: rozlane nacieki wejścia do krtani, a nawet zgrubienia guzowate, nacieki samych więzadeł prawdziwych, nie stanowią przeciwwskazania, krtań przy tej postaci zmian znosi wprowadzenie tracheoskopu bez odczynu; powstaje on atoli łatwo przy naciekach podwięzadłowych, mających postać t. zw. *chorditis vocalis inferior*.

I tak u pewnej chorej, u której szmer zwężenia nie odpowiadał zmianom krtani, występującym pod postacią wałków podwięzadłowych, przystąpiłem do tracheoskopii górnej. Zapomocą tego zabiegu stwierdziłem w głębi tchawicy masy zaschniętego śluzu, które mechanicznie szczypczykami usunąłem. Przez pewien czas po tym zabiegu oddech swobodny, lepszy niż przedtem; nagle po godzinie powstała duszność tak szybko i tak znaczna, że na nieprzytomnej już chorej musiałem wykonać tracheotomię.

Pod tym względem mniejszem niebezpieczeństwem grożą płaskie nacieki podwięzadłowe o powierzchni nieco nierównej. Nacieki takie bywają zwykle starszej daty, a w razach tych toczy się już sprawa wsteczna, t. j. zamiana tkanki twardzielowej komórkowej w włóknistą i bliznowatą. Ziarnina, usadowiona jużto na więzadłach rzekomych, jużto prawdziwych, jużto pod niemi, szczególnie w kącie przednim, nie stanowi przeciwwskazania. Wprowadzenie tracheoskopu, wywołując oderwanie się pojedynczych guzków od podstawy, działa równocześnie rozszerzająco. Taksamo i blizny, które w postaci płetw zwężają światło krtani, oddziaływają tylko nieznacznie na wprowadzenie tracheoskopu, nawet wtedy, gdy je, wprowadzając tracheoskop, przerwiemy. Blizny takie napotykamy najczęściej po usunięciu zgrubień podwięzadłowych przy rozcięciu krtani (*laryngofissura*). Mogą one wytworzyć się także samorodnie wskutek dalszej przemiany komórkowej tkanki twardzielowej w tkankę bliznowatą. Owszem przerwanie takiej płetwy rozszerza światło krtani. Wynik bywa lepszy przy płetwach cienkich; przy grubych większą jest obawa następowego obrzmienia.

Jeśli więc albo w krtani niema zmian, lub też zmiany tchawicy są tego rodzaju, iż tracheo- i bronchoskopia bezpośrednia nie jest przeciwwskazaną, to powinna być wykonana i w celu rozpoznawczym, o ile badanie lusterkiem nie daje nam zupełnie dokładnego obrazu choroby.

Czy samo znaczne zwężenie tchawicy będzie przeciwwskazaniem? Sądzę, że nie, chyba gdyby chory był bardzo osłabiony, lub gdyby przypuszczać można, iż tracheotomii nie unikniemy. Tracheo- a w razie potrzeby i bronchoskopia górna pozwoli nam nieraz w tych przypadkach uniknąć tracheotomii. (C. d. n.)

III. Uodpornianie czynne przeciw cholerze.

Podał

Dr. Stanisław Serkowski.

Zarządzający Laboratoryum sanitarnem miejskiem w Łodzi.

(Dokończenie).

Prócz 41 przytoczonych powyżej szczepień z określaniem bakteryolizyn i aglutynin, wykonałem do 1 październik r. b. 312 trzykrotnych szczepień przeciwcholerycznych metodą Kollego, w których stale mi pomagali moi pomocnicy kol J. Grabowski, studenci R. Gloger, W. Kohn i B. Czaplicki. Z wyjątkiem 14 zamożniejszych osób, resztę szczepiono bezpłatnie. Każdej uodparnianej osoby notujemy nazwisko, adres, wiek, wagę, zajęcie i stan, czy jedną, czy też kilka osób szczepiono w tejże rodzinie, oddziaływanie miejscowe i ogólne, dawkowanie; przytaczać cały spis wszystkich szczepionych uważam tu za bezcelowe. Ujemnych poważnych następstw nie zauważyłem ani razu; odczyn był przeważnie miejscowy, rzadziej ogólny w słabym stopniu. W jednym tylko przypadku (kol. M.) nastąpiła nazajutrz po 1-szem szczepieniu ($^1/_2$ ctm. sześć. Kolle) 39°C i silna biegunka, ale po bliższem zbadaniu okazało się, że lekka biegunka trwała już przedtem w ciągu kilku dni, o czem nie byłem powiadomiony; z zasady bowiem stale pytam się o ten szczegół każdego uodparnianego i w razie biegunki i podniesionej ciepłoty wstrzymuję się od szczepienia. Co do zajęć, — to najwięcej poddawali się szczepieniu uczniowie szkół, następnie lekarze i ich rodziny, studenci i robotnicy, mniej — urzędnicy. Co do wieku szczepiłem — 3 dzieci 5-letnich, 4—6-letnich, dalej 11 osób w wieku 7 lat, 14 — 8, 21 — 9, 36 — 10, 32 — 11, 38 — 12, 30 — 13, 13 — 14, 6 — 15, 5 — 16, 5 — 17, 9 — 18, 8 — 19, 5 — 20, 14 — 21, 19 — 22, 1 — 23, 7 — 24, 8 — 26, 2 — 27, 10 — 28, 1 — 29, 5 — 30, 2 — 31, 3 — 32, 4 — 33, 1 — 34, 1 — 35, 1 — 36, 4 — 37, 2 — 38, 2 — 39, 1 — 40, 2 — 43, 1 — 44, 2 — 45, 2 — 46, 2 — 47, 1 — 52, 1 osobę — 56 lat.

Wyżej podane miano aglutynacyjne krwi określałem u 41 osób podług następującej opracowanej przezemnie tablicy (Patrz tabl. VI).

Zamiast wykonywania aglutynacyi we wszystkich 36 probówkach, przeważnie wystarcza do tego celu rozcieńczenie w probówkach 1, 2, 3, 6, 11, 15, 20, 25 i 29. Do aglutynacyi przy mniejszych rozcieńczeniach opracowałem następującą tablicę (Patrz tabl. VII).

Ciekawe spostrzeżenia i doświadczenia ogłosił w roku bieżącym kol. L. Karwacki[18]), który wespół z kol. Żu-

[18]) Medycyna. 1905.

rakowskim wzięli na siebie zadanie zaopatrzenia Królestwa Polskiego w dostateczną ilość szczepionek. Karwacki u 8 szczepionych osób zbadał krew na bakteryolizyny i aglutyniny trzykrotnie: przed szczepieniem, w 5 dni po pierwszem i w 10 dni po drugiem szczepieniu. Bakteryobójcze własności określał zapomocą objawu Pfeiffera, uważając

Tablica VI.

Aglutynacya (2.5 ccm).

Surowica:
$A = 1$ surowica $+$ 39 NaCl
$B = 5\ A$ $+$ 45 NaCl
$C = 5\ B$ $+$ 45 NaCl
$D = 5\ C$ $+$ 45 NaCl

Nr.	Solutio	Serum	NaCl	Emuls. bact.	Nr.	Solutio	Serum	NaCl	Emuls. bact
1	1 50	2 *A*	0	0.5ccm	19	4000	0.25 *B*	1 75	0 5ccm
2	100	1 *A*	1	"	20	5000	2 *C*	0	"
3	200	0.5 *A*	1.5	"	21	6000	1 6 *C*	0.4	"
4	300	0 33 *A*	1.67	"	22	7000	1.4 *C*	0 6	"
5	400	0 25 *A*	1.75	"	23	8000	1.[illegible] *C*	0 8	"
6	500	2 *B*	0	"	24	9000	1.1 *C*	0.9	"
7	600	1.6 *B*	0.4	"	25	10000	1 *C*	1.0	"
8	700	1 4 *B*	0.6	"	26	12000	0.8 *C*	1.2	"
9	800	1 2 *B*	0.8	"	27	15000	0.66 *C*	1 34	"
10	900	1 1 *B*	0.9	"	28	18000	0.55 *C*	1.48	"
11	1000	1 *B*	1.0	"	29	20000	0.5 *C*	1 5	"
12	1200	0.8 *B*	1.2	"	30	25000	0.4 *C*	1 6	"
13	1500	0.66 *B*	1.34	"	31	30000	0.33 *C*	1 67	"
14	1800	0.55 *B*	1.45	"	32	35000	0 28 *C*	1.72	"
15	2000	0.5 *B*	1.5	"	33	40000	0 25 *C*	1.75	"
16	2500	0.4 *B*	1.6	"	34	50000	2 *D*	0	"
11	3000	0 33 *B*	1.67	"	35	60000	1·6 *D*	0.4	"
18	3500	0 28 *B*	1.72	"	36	70000	1.4 *D*	0.6	"

memento: kontrola surowicy, NaCl i zawiesiny!

Tablica VII.

Aglutynacya (0.5 ccm).

Surowica:
$A = 0.1$ surowica $+$ 0 9 NaCl
$B = 0\ 1\ A$ $+$ 0 9 NaCl

Nr.	Solutio	Serum	NaCl	Emulsio bacter.
1	1 : 10	0 05 ser.	0.35	0.1 ccm
2	1 : 20	0.25 *A*	0 15	"
3	1 : 40	0.125 *A*	0 275	"
4	1 : 80	0 06 *A*	0 34	"
5	1 : 125	0 4 *B*	0	"
6	1 : 250	0.2 *B*	0 2	"
7	1 : 500	0 1 *B*	0.3	"
8	kontrola	0	0 4	"

za dodatni wynik tylko taki przypadek, gdzie albo wszystkie albo przynajmniej $^9/_{10}$ wszystkich przecinków były zamienione w ziarna; 0·5 surowicy, dającej dodatni objaw Pfeiffera, K. nazwał „jednostką bakteryobójczą“, a przy rozcieńczeniu 1:10 nazywa 10 jednostkami, przy 1:1000 — 1000 jednostek bakteryolitycznych. Otóż podczas gdy przed szczepieniem siła bakteryobójcza krwi wyrażała się najwyżej jednostką i to nie u wszystkich, po pierwszem szczepieniu zdolność ta spotęgowała się do 50, a w 10 dni po drugiem do 2000—2500—5000, nawet 10000 jednostek. Wysoki stopień odporności, — zdaniem Karwackiego, — powstaje dopiero po szczepieniu dwukrotnem, a dla osiągnięcia najwyższego stopnia odporności uważa za możliwe stosować szczepienie trzykrotnie. Jak widzieliśmy powyżej, moje doświadczenia w zupełności potwierdzają tę ostatnią możliwość. Aglutynacyjne miano po drugiem szczepieniu K. znalazł: 1:30, 50, 120, 150, 300, 350 i 400.

Również w roku bieżącym E. Friedberger i C. Moreschi[19]) wykonali szereg badań w celu sprawdzenia, jaki wpływ na skutek szczepienia wywrzeć może sam sposób przygotowania szczepionek przeciwcholerycznych i przeciwdżumowych. Z wyjątkiem zbyt wysokiego ogrzewania bakteryi do 150° lub zabijania ich zapomocą chloroformu, różne sposoby szczepienia dawały prawie jednakowe wyniki, niezależnie od tego, czy hodowle były zabite przy 60°, czy wysuszone bakterye ogrzewane do 120°; nawet wielokrotne ogrzewanie i zamrażanie zabitych metodą Kollego bakteryi nie powoduje wyraźnych różnic w wytwarzaniu niweczników. Upada więc zarzut, czyniony przez krytyków, jakoby szczepienia ochronne przeciw cholerze nie przekroczyły zakresu doświadczeń: przeciwnie, stały się one już metodą naukowo uzasadnioną i doświadczalnie stwierdzoną.

Powyższe różne metody szczepienia mają niektóre strony ujemne, do których można zaliczyć niepewność co do czasu, jak długo trwa odporność (około roku), a co do wolnych chwytników (receptorów) typu Neisser-Shiga potrzebę użycia do szczepień zbyt dużego materyału. Niektórzy autorowie oznaczają czas trwania odporności na jeden rok, inni na 6 miesięcy W każdym razie otrzymane pomyślne wyniki, niezależne ani od czasu, miejsca, gdzie odbywały się szczepienia, ani nawet od metodyki, zalecają zastosować je przynajmniej wśród personalu lekarskiego i sanitarnego, a u nas — w Królestwie Polskiem, gdzie t. zw. walka z cholerą odbywa się właściwie tylko na papierze, — należałoby zastosować na szerszą skalę szczepienie zapobiegawcze wśród ludności, co w każdym razie należy wykonywać bezpłatnie. Szczepienie jest zupełnie nieszkodliwe, bo nawet żywe mętwiki choleryczne giną szybko pod skórą.

Co się tyczy techniki, to szczepienia podskórne wykonywa się albo na plecach pod łopatką, albo na lewej ręce w okolicy mięśnia naramiennego, po uprzedniem obmyciu skóry mydłem i karbolem (3%), wyskokiem i eterem; ostatni wacik z eterem pozostaje na miejscu, gdzie ma być ukłucie. Strzykawkę z asbestowym lub lepiej szklanym tłokiem, objętości 1 ctm ³ z kilku igłami cienkiemi, niezbyt długiemi, wygotowuje się 10 minut w wodzie z sodą. Po wprowadzeniu szczepionki jednej osobie (igłę kierując z góry na dół dla usunięcia pęcherzyków powietrznych), odejmuje się igłę ze strzykawki pincetką i wrzuca do gorącego roztworu sody, nakłada się świeżą dla następnej osoby i t. d. Otwarte flaszeczki czy ampułki należy zużytkować odrazu, nie zostawiać na później. Miejsce ukłucia należy przykryć wacikiem, który przytrzymuje sam szczepiony w ciągu kilku minut. Szczepień powinno być nie mniej niż dwa, lepiej trzy z przerwami 5-dniowemi, o ile oddziaływanie już zniknęło: pierwsze wstrzyknięcie $^1/_2$ cm. sześc.; dawkowanie 2-ej i 3-ej szczepionki warunkuje się odczynem po pierwszej. Nie można szczepić dzieci do 2 lat (albo co najwyżej najmniejszą dawkę $^1/_{10}$ dawki dorosłych), starców ponad 60 lat, a także nie można podczas epidemii szczepić takim osobom, które cierpią na rozstrój żołądka i kiszek, lub mają podniesioną ciepłotę; kobietom szczepi się o $^1/_4$ mniej, niż mężczyznom, dzieciom stosownie do wieku $^1/_4$—$^1/_2$ dawki dorosłych; przy powtórnem zaś szczepieniu dawka powiększa się o $1^1/_2$ razy;

[19]) Central. f. Bakteriol. 1905. XXXIX, 4, str. 453.

u osób z dużym pokładem tłuszczowym szczepienia lepiej jest wykonywać na plecach, a nie na ręce. Moje własne doświadczenia potwierdzają w zupełności wnioski Kollego, że wprowadzenie możliwie największej dawki zabitej hodowli daje najlepszy wynik i najdłużej trwającą odporność; wielokrotne szczepienia podnoszą odporność i jej trwałość; w pierwszych dniach po każdem wstrzyknięciu następuje początkowo osłabienie bakteryobójczej siły krwi szczepionych, t. zw. „okres ujemny“. Nie można zalecać zbyt małych dawek, jak to radzili dawniej Bassenge i Rimpau, a w nowszych czasach Friedberger i Moreschi *(l. cit.)*.

Widzimy więc aż nadto, że szczepienia ochronne przeciw cholerze nietylko przekroczyły zakres doświadczeń, lecz stały się metodą, naukowo uzasadnioną, doświadczalnie stwierdzoną. Co do wyników statystycznych, to choć zgodnie autorowie ostatnich lat dochodzą na mocy rozległej statystyki do wniosku, przyznającego skuteczność szczepieniom ochronnym i zupełną ich nieszkodliwość, należy statystyczne wyniki przyjąć z zastrzeżeniem. Hawkin przypuszczał, że drogą czynnego uodpornienia można będzie zwalczyć cholerę w jej endemicznem ognisku — Indyach, ale trudności napotkał w religijnych, społecznych i miejscowych stosunkach tak, iż z pośród 40 tysięcy osób szczepionych zaledwie $^1/_3$ część poddała się powtórnemu szczepieniu. Takież same trudności napotkali badacze i w innych krajach; to samo wreszcie stoi na przeszkodzie rozpowszechnieniu szczepień ochronnych w Królestwie Polskiem, gdzie ludność nie rozumie znaczenia, ani doniosłości tego zabiegu, zwłaszcza u nas niezbędnego. Przy takich warunkach ani jeden kraj, ani jeden badacz nie może się poszczycić ścisłą dowodową statystyką, w której brać należy w rachubę długi szereg nieuchwytnych czynników, jako-to: natężenie epidemii i falisty jej przebieg, zmienną zjadliwość zarazka, trwałość epidemii w poszczególnych miejscowościach (od kilku tygodni do kilku lat) i przyczyny tej trwałości, niejednakowe warunki sanitarne i ekonomiczne miejscowości, nawiedzonych cholerą, różnice stanowe ludności, wiek, zajęcia, dawki i czas szczepienia, wreszcie i t. zw. „autowakcynacyę“, nie poddającą się najmniejszej kontroli. Zupełnemu wygaśnięciu epidemii, resp. wyginięciu mętwików cholerycznych w pewnej miejscowości, stale poprzedza osłabienie ich, które wyraża się przez zmniejszony odsetek śmiertelnych przypadków i osłabioną zdolność rozszerzania się zarazy. Pewien udział w tem zjawisku można przypisać nabytej odporności ludności. W Indyach już dawno spostrzeżono następującą okresowość w szerzeniu się epidemii cholery, która rozszerza się z właściwych ognisk co trzy, rzadziej co dwa lub cztery lata; w pierwszym roku bywa silna epidemia, w następnym słabsza, w trzecim ginie; znów silna i t. d. Taką okresowość można sobie wytłómaczyć niedługotrwałem nabytem uodpornieniem ludności. Podobny falisty przebieg spostrzega się i podczas innych epidemii, n. p. błonicy. Nabyta odporność dotyczy, być może, nietylko osób, które przebyły cholerę, lecz i takich też, które miały w sobie zarazki bez wszelkiego widocznego rozstroju zdrowia.

Druga przyczyna osłabienia i ostatecznego wygaśnięcia epidemii polega na zwyrodnieniu i osłabieniu samych mętwików cholerycznych, w których można zauważyć wielką skłonność do zwyrodnienia, tworzenia nowych modyfikacyi i ras, utraty zasadniczych swoich właściwości, jako-to zjadliwości i skupiania się pod wpływem surowicy swoistej.

Nie przytaczając szczegółowo dla wyżej wspomnianych powodów statystyk, zestawionych przez Kollego, Powella, Hawkina, Złatogorowa, Murata i in., można ogólnie wyprowadzić ten wniosek, że szczepienia przeciwcholeryczne zmniejszają liczbę zachorowań o 5 razy, a śmiertelność o 4 razy, znacznie osłabiając przebieg choroby. Wszelkim statystycznym danym można zrobić ten zasadniczy zarzut, że pomimo ostrożnego grupowania liczb nigdy nie można być pewnym, czy szczepienia odbyły się równomiernie w różnych miejscowościach i czy uodpornieni podlegali zakażeniu w tym stopniu, co i nieszczepieni. Ciekawe co do wyników są niektóre spostrzeżenia Murata: 1) w miejscowościach Akao i Sagoshi uodporniono mieszkańców; pomimo, że ci ostatni mieli bardzo ożywione stosunki z Okagama, gdzie panowała bardzo silna epidemia, wśród szczepionych nie było ani jednego zachorowania. 2) Wśród pracujących w pewnym zakładzie uodporniono 156 osób, 3 nie szczepiono; z pośród pierwszych nikt nie zachorował, a między ostatnimi był jeden śmiertelny przypadek cholery. 3) W pewnem ograniczonem miejscu miasta Samuto na 100 znajdujących się tam mieszkańców 99 uodporniono i ci pozostali zdrowi, 1 nieszczepiony zachorował. 4) W jednej rodzinie, w której wszyscy byli szczepieni z wyjątkiem pani domu, tylko ta ostatnia zapadła na cholerę.

Krótkotrwała odporność przeciw cholerze da się osiągnąć i drogą bierną przez wprowadzenie zdrowym ludziom lub zwierzętom surowicy z osób, które przebyły cholerę, lub z czynnie uodpornionych zwierząt. Pierwszy Lazarus w 1892 roku opracował metodę biernego uodpornienia świnek morskich; używał do tego celu surowicy ozdrowieńców i znalazł, że 0.0001 cm. sześc. zabezpiecza świnkę w ciągu najbliższej doby od wewnątrzotrzewnego zakażenia, ale nawet duże dawki nie mają zgoła działania, jeżeli zakażenie już nastąpiło. Według Wassermanna, surowica ozdrowieńców po cholerze w 2 dni po chorobie niema żadnych własności uodporniających, w 4 tygodnie zaś później $^1/_{10}$ mgr. zabezpiecza świnkę, a w 7 tygodni siła surowicy jeszcze wzrasta dziesięciokrotnie.

Z badań bardzo wielu autorów wynika, że wartość uodporniająca surowicy do pewnego stopnia postępuje równolegle do siły biernego uodpornienia zwierzęcia, od którego pochodzi surowica. Najwyższą wartość otrzymał Pfeiffer u kóz, które postępowo biernie uodpornił tak wysoko, że 0.0001 surowicy wystarczało do zabezpieczenia świnki morskiej od wewnątrzotrzewnego zakażenia dawką, 10-krotnie większą ponad śmiertelną. Nie przytaczając bardzo wielu badań i prób biernego uodpornienia, można wnioskować, że w przeciwstawieniu do czynnego, bierne uodpornienie, nawet po wprowadzeniu dużej ilości surowicy wysokowartościowej, wywołuje krótkotrwałą, szybko mijającą odporność. Surowica czynnie uodpornionych zwierząt i ludzi posiada swoiste bakteryolityczne, ale nie antytoksyczne własności. Jeżeli w pół godziny po wewnątrzotrzewnem zakażeniu 1 uszkiem zjadliwej hodowli cholerycznej wprowadzić wysokowartościową surowicę, to jeszcze następuje szybkie rozpuszczenie mętwików, ale w $1^1/_2$ godziny po zakażeniu nawet dwie dawki surowicy nie mogą uratować zwierzęcia. Wobec tego praktyczne zastosowanie biernego uodpornienia u chorych ludzi obecnie nie może być jeszcze wielkie, zwłaszcza wobec szybkiego przebiegu cholery. Próby lecznicze zapomocą su-

rowicy okazały się, jak dotychczas, nietylko bezpożyteczne, ale nawet w wielu przypadkach szkodliwe wskutek nagłego rozpadu masy mętwików i szybkiego wchłonienia przez ustrój nadmiaru uwolnionych endotoksyn. Terapeutyczna wartość surowic t. zw. „antytoksycznych“, wypróbowana w Indyach, dała dotychczas ujemne wyniki w cholerze.

Zatem na razie poprzestać musimy na czynnem szczepieniu ochronnem, które w takim razie osiągnąć może swój skutek, jeżeli stosowane będzie zbiorowo: obowiązkiem każdego światłego obywatela jest jak najusilniej zachęcać do szczepień masowych dobrowolnych — zwłaszcza tam, gdzie niema mowy o zaprowadzeniu jakichkolwiek sanitarnych porządków. W Królestwie Polskiem ma więc wakcynacya większą racyę bytu, niż n. p. w Prusach. Pierwsze szczepienia w Królestwie Polskiem rozpoczęto w Łodzi, następnie w ślad poszły Parczew, siedl. gub. (Dr. Kaczyński), Kielce (Dr. Jabłoński), Tuszyn (Dr. Skalski), Ozorków (Dr. Goldenberg), Piotrków (Dr. Marcinkowski) i in. Szczepionkę przeciwcholeryczną w ostatnich czasach zaczęli wyrabiać Karwacki i Żurakowski w Warszawie, Bujwid w Krakowie.

Do jakiego stopnia potrzebne są u nas zbiorowe szczepienia przeciw cholerze, za jaskrawy przykład może służyć choćby Łódź, w której dotychczas bakteryologicznie stwierdziłem 27 przypadków cholery, w tej liczbie 13 śmiertelnych, nie licząc kilkudziesięciu podejrzanych, a nie stwierdzonych (nie badanych). T. zw. „walka z cholerą“ toleruje u nas wywożenie nieczystości kloacznych z całego miasta na puste place w obrębie miasta; doły ustępowe, ani beczki nie podlegają wcale odkażaniu; wywóz odbywa się przeważnie w otwartych nieszczelnych beczkach, napełnionych czerpakami; sporadyczne przypadki cholery zdarzają się głównie w pobliżu miejsc, gdzie wywożone są nieczystości kloaczne; do otwartych rynsztoków wylewa się z każdego domu wody ściekowe, nie odkażone, z pralni, kuchni, obór, stajen, a w niektórych domach i z ustępów; studnie nie tylko prywatne, ale i miejskie (z wyjątkiem trzech) zawierają wodę, niezdatną do użytku, szkodliwą i pomimo ciągłych moich nawoływań nie są wcale odkażane, oczyszczane ani pogłębiane; prawie żaden z postulatów, opracowanych na papierze przez komisyę sanitarną, nie został wprowadzony w życie, jako-to: czystość podwórz, dołów, śmietników, popularyzacya i t. d., niema komory dezynfekcyjnej miejskiej; towarzystwo lekarskie i higieniczne jest odsunięte od udziału w sprawach zdrowotności; wskutek zabronienia odczytów popularnych i braku wszelkiej popularyzacyi, ludność nie wypełnia i nie umie wypełniać żadnych przepisów higienicznych, boi się baraków, nie chce umieszczać w nich chorych, a otoczenie w domach izolacyjnych, nie zawiadamia wcześnie albo wcale o podejrzanych przypadkach, ukrywa nietylko chorych, ale nawet i zmarłych i wreszcie nie dozwala sanitaryuszom dezynfekować mieszkań. Tak się mniej więcej przedstawia u nas „walka z cholerą“. Cała nadzieja polega na samoistnem osłabieniu zarazka podczas obecnej epidemii i na samoistnem jej wygaśnięciu. My, lekarze, pragniemy ze swej strony przyczynić się do tego przez zachęcanie do zbiorowych szczepień przeciwcholerycznych.

IV. Wyciągi.

CHIRURGIA. Ekehorn. **Sprawność nerki po cięciu sekcyjnem.** (*Archiv f. klin. Chir.* 78—1. 1905). Autor badał sprawność nerek u chorych, którzy przebyli cięcie sekcyjne, a to celem przekonania się, czy zabieg ten wpływa ujemnie na nerkę, czy też jest dla niej obojętnym. Badanie szczegółowe przeprowadził w 3 przypadkach w $1\frac{1}{2}$—6 miesięcy po dokonanej operacyi i doszedł do następujących wyników: 1) Cięcie sekcyjne nie wywołuje często upośledzenia sprawności nerki, zwłaszcza w najbliższych miesiącach po operacyi. 2) Zmiany, które wystąpić mogą, objawiają się zmniejszoną ilością wydzielanego moczu przy równocześnie zmniejszonem tegoż nasyceniu. Głównie wydziela się w mniejszej ilości mocznik. Skąpe te badania uważa sam autor dopiero za wstęp do dalszych, przeprowadzanych w późniejszych okresach po operacyi.

Klęsk.

Hildebrandt. **Nowy sposób przeszczepiania mięśni.** (*Archiv f. klin. Chir.* 78—I. 1905). Autor opisuje nowy sposób przeszczepiania mięsni, który zastosowal w jednym przypadku jego szef Prof. Hildebrand. Do kliniki przysłano dziecko, które przed rokiem nagle dostało porażenia lewego barku. Badanie wykazało zupełną nieczynność mięśni l: mostkowo-sutkowo-obojczykowego, kapturowego, zębatego przedniego, naramiennego, obłego mniejszego i podgrzebieniowego. Z powodu zaniku zapinaczy torebki powstał staw cepowaty. Prof. Hildebrand wobec tego spróbował zastąpić porażone mięśnie, mięśniem piersiowym wielkim. Oddzielił ten ostatni od przyczepu przy mostku i obojczyku, obrócił ku górze, szanując przytem nerwy piersiowe przednie i biegnące z nimi naczynie, i przyszył szwami katgutowymi do zewnętrznego brzegu obojczyka i do wyrostka barkowego łopatki. Mięsień w ten sposób uległ skręceniu o około 80 stopni. Wynik był znakomity. Przeszczepienie to jest o tyle nowem, że przez skręcenie zmieniło zupełnie kierunek działania mięśnia, a dalej, że mięsień na tak dużej przestrzeni został oddzielonym od ciała, a przez to pozbawionym krążenia. Dobre działanie i przyjęcie się mięśnia zawdzięczyć należy temu, że szanowano nerwy, a przez to i biegnące przy nich naczynie. Autor doświadczalnie przeszczepiał podobnie z dobrym skutkiem mięsień prosty uda u królików zupełnie oddzielony (z wyjątkiem wejścia nerwów) w miejsce grubego zewnetrznego uda lub łonowego.

Klęsk.

Berndt. **W sprawie przetoki żołądkowej podług Marwedela.** (*Archiv f. klin. Chir.* Tom 76, Zeszyt 3, 1905). Sprawność i domykalność przetok żołądkowych chciano osiągnąć na potrójnej drodze: 1) domykalność z pomocą sztucznych zwieraczy mięsnych (Hacker, Girard, Ulmann i t. d.), 2) z pomocą tworzenia klapek (Hahn, Ssabanejeff, Frank), 3) z pomocą tworzenia kanałów (Witzel, Kader, Fischer, Marwedel). Domykalność z pomocą tworzenia sztucznych zwieraczy z mięśni brzucha nie odpowiedziała pokładanym w niej nadziejom zupełnie. Ullmann nacina błonę surowiczą i mięsną, śluzówkę podciąga i skręca o 180° stopni i umocowuje w skórze. O wynikach niewiele jeszcze wiemy. Tworzenie zwieraczy z błony mięsnej żołądka nie daje też dobrej domykalności. Tworzenie klap ze ścian żołądka, przez przeciąganie żołądka przez międzyżebrza, pod skórą i t. d. daje tylko chwilową domykalność. Najlepsze wyniki dają przetoki, osiągające domykalność przez tworzenie kanałów. Metoda Witzla i Kadera mają te wady, że potrzeba do nich stosunkowo dość dużej ściany żołądka. Za najdogodniejszą, a dającą dobrą domykalność uważa autor metodę Marwedela: wykonuje się ją w następujący sposób: po wszyciu ściany żołądka w ranę brzuszną cięciem 5 cm. długiem, przecina się błonę surowiczą i mięsną. W cięciu ukazuje się śluzówka. Nacina się ją w dolnym kącie cięciem małem (aby tylko dren można wstawić), wsuwa się dren do otworu, umocowuje się przy śluzówce jednym szwem, poczem zeszywa się ponad rurką z powrotem błonę mięsnosurowiczą tak, że rurka leży wprost w kanale, którego dno stanowi śluzówka. Dotąd niewiele razy wypróbowano tę metodę; autor stosował ją z bardzo dobrym wynikiem 2 razy; poleca też ją gorąco, gdyż jest ona bardzo prosta, daje się wykonać prędko, nie spotrzebowuje dużo ze ściany żołądka i przetoka domyka dobrze.

Dr. Adolf Klęsk.

Friedheim. **O trwałych wynikach operacyjnego leczenia choroby Basedowa.** (*Archiv f. klin. Chir.*, T. 77, Z. 4. 1905). Autor podjął jeszcze raz na nowo sprawę, poruszoną w roku 1901 przez Schulza, a mianowicie sprawę trwałych wyników operacyjnego leczenia choroby Basedowa. Powszechnie panuje jeszcze mniemanie, że operacya wola przy wspomnianej chorobie jest bardzo niebezpieczną, a nie wiele pomaga. Autor na mocy 20 przypadków zwalcza to twierdzenie, dowodząc nawet, że nietylko nie-

bezpieczeństwa tego niema, ale wyniki pooperacyjne są bardzo pomyślne. Z 20 przypadków wyzdrowiało po operacyi 14 i wyleczenie to jest chyba trwałe, gdyż u jednej chorej trwa ono już przez lat 15, u innych od 4 do 10 lat. W 5 przypadkach spostrzegano wybitną poprawę. Jeden przypadek zakończył się śmiercią wśród objawów tężyczki i porażenia serca. Chora była operowaną dwukrotnie, gdyż po pierwszej operacyi, polegającej na usunięciu prawego płatu gruczołu, lewy zaczął bardzo szybko rosnąć. Daje to 70% wyleczeń, a 5 prc. śmiertelności. Przy wewnętrznem tylko leczeniu śmiertelność wynosi nawet 12 prc. W Niemczech pierwszy Rehn zaczął wycinać wól przy chorobie Basedowa i już w r. 1884 wspominał o dobrych wynikach. Zdanie Moebiusa o nadmiernej działalności gruczołu tarczowego w tej chorobie nakłaniało dalej chirurgów do operacyi. Kocher radzi wycinać gruczoł kilka razy, a małemi częściami, a to, by uniknąć nagłego wypadnięcia czynności gruczołu, bardzo niebezpiecznego u cierpiących na chorobę Basedowa. Co do techniki operacyi, to używać należy cięć małych, a krwotok dobrze tamować; polecenia godnem jest też uprzednie podwiązanie naczyń tarczowych. Objawy po operacyi giną szybko i stale. Gałki oczne wchodzą do oczodołów, znika przyspieszona działalność serca i objawy nerwowe. Statystyka Rehna wykazuje 50 prc. wyleczeń, śmiertelność 22.1 prc. Wyniki wogóle są dobre, tak n. p. Mikulicz na 18 przypadków miał 10 wyleczeń, Krönlein na 24—16, Kocher na 59—45. *Dr. A. Kłęsk.*

König. **Uprawnienie do wczesnego krwawego zabiegu przy podskórnych złamaniach kości.** (*Archiv f. klin. Chir.*, T. 76, Zeszyt 3, 1905). Autor opiera się w pracy swojej na 20 operacyach wczesnego szwu kostnego przy złamaniach, nie wliczając w to częstych bardzo szwów rzepki i łokcia. Obawę przed zakażeniem uważać należy już za niebyłą. Mimo że wyciąganie, polecane tak gorąco między innemi przez Bardenheuera, daje dobre wyniki, wiele znajdzie się jednak złamań, w których operacyjnie wkroczyć należy, n. p. choćby w złamaniach główki kości ramieniowej z równoczesnem wywróceniem odłamka. Przy szwie przekonywujemy się dopiero nieraz, jak często między odłamkami spotykamy wtłoczone części miękkie. Autor szyje zawsze drutem, często w połączeniu ze sztyftem z kości słoniowej, który wbija w jamę szpikową obu odłamków i przez sztyft prowadzi szwy, przez co ostatni służy zarazem jako szyna. Po operacyi o ile możności trzeba ranę zaszyć. Ruchy bierne zaczynać wcześnie, a więc w 8—14 dni (przy złamaniach większych kości naturalnie później, n. p. przy złamaniu szyjki uda w 4 tygodnie). Głównie poleca autor szyć następujące złamane kości: 1) obojczyk, 2) podudzie przy złamaniach skośnych ze skręcenia, 3) takież same złamania przedramienia, 4) złamania skośne uda, 5) złamania kości długich blizko stawu, 6) złamanie rzepki, 7) oderwanie wyrostków kostnych, do których przyczepiają się większe mięśnie (krętarz, pięta, ramię), 8) złamanie łokcia, 9) główki kości ramieniowej, 10) szyjki kości udowej. Szwy prowadzić można i przez powierzchnię stawową (zarastają one bardzo prędko). Złamania szyjki kości udowej goją się rzadko kostnie, zwykle jednak powstały po szwie zrost tkanko-łącznowy jest bardzo silny i do używania kończyny wystarczający. Szyć główkę należy bardzo prędko po złamaniu, by nie uległa zanikowi, sama lub szyjka. Torebkę powinno się zawsze w złamaniach przystawowych pilnie zaszywać. Do stawu biodrowego używa autor cięcia Hueterowskiego. Do szwu kostnego nadają się także liczne złamania tej samej kończyny. Szyć powinno się prawie zawsze złamanie zewnętrznego kłykcia łokcia. *Dr. A. Kłęsk.*

OKULISTYKA. Zirm. **O zaćmie tężyczkowej.** (*Archiv f. Augenh.* 52, Zeszyt 1, 1905). Autor we wstępie historycznym omawia zapatrywanie Petersa, upatrującego w napadach tężyczki przyczynę powstania zaćmy. Pierwotnie mniemał P., że skurcz mięśnia rzęskowego i chwilowa przerwa w dopływie cieczy odżywczej powoduje zaćmienie soczewki; na podstawie jednak późniejszych badań anatomicznych i doświadczalnych przekonał się, że komórki nabłonkowe wyrostków rzęskowych dostarczają cieczy odżywczej dla soczewki, posiadającej mniejszą zawartość białka i soli, niż surowica krwi. Komórki wyrostków rzęskowych muszą więc w prawidłowych warunkach posiadać zdolność zatrzymywania pewnych substancyi, która to czynność odpada w razie ich schorzenia. Przemiany wsteczne komórek nabłonkowych wyrostków rzęskowych powodują chorobowe zwiększenie zawartości soli w cieczy komórkowej i następowe powstanie zaćmy. Zmiany w nabłonku wyrostków rzęskowych stwierdzono także w zaćmie starczej i moczówkowej. Powstanie zaćmy warstwowej przypisywano zaburzeniom powstałym podczas życia płodowego. Dopiero Peters zwrócił uwagę na fakt, że dotychczas nie spostrzegano zaćmy warstwowej u noworodka, czego spodziewaćby się należało, gdyby było słusznem przypuszczenie o śródmacicznem powstaniu zaćmy. Przemawia to za powstaniem zaćmy warstwowej w okresie późniejszym, w którym napady tężyczkowe mogły powodować zaburzenia odżywcze. Autor przytacza 5 przypadków zaćmy, z których cztery dotyczyły młodych, zresztą zdrowych kobiet w wieku od 26 do 32 lat, u których z całą pewnością można było wykluczyć moczówkę, skazy dziedziczne lub jakiekolwiek poprzedzające schorzenie oka. Wszystkie jednak przebyły wycieńczającą chorobę (poród, dur), z której zejściem poczęły im wypadać włosy i paznokcie. Podają także, że cierpiały kurcze, które według zeznań chorych i lekarza miały charakter kurczów tężyczkowych. Zaćmienie soczewki wystąpiło później. W całym przebiegu tej sprawy chorobowej znamiennym jest fakt, że owe zmiany odżywcze stwierdzamy głównie w tworach nabłonkowych (skóra, włosy, paznokcie, soczewka) tak, że usprawiedliwionem jest przypuszczenie autora, że właśnie te przypadki usposobione są do powstania zaćmy, w których spostrzegać było można zmiany w tworach nabłonkowych. Wypadanie włosów i paznokci zależnem być musi od zmian chorobowych w podłożu, z którego czerpią odżywienie (łożysko paznokcia, torebka włosa); podobnie też przyczyna zaćmy tkwić musi w zmianach wstecznych nabłonka wyrostków rzęskowych, od którego zależnem jest odżywienie soczewki. Czynnika etyologicznego kurczów wyrostków rzęskowych nie należy jednakże przeceniać, a główną uwagę należy zwrócić na zmianę w sposobie odżywiania soczewki, którą powodować mogą oprócz kurczów inne zaburzenia ogólne całego ustroju, jak moczówka, starość lub zatrucie naftaliną. W przypadkach zaćmy tężyczkowej chorzy nie wspominają o przebytej tężyczce, nie przypuszczając związku między jedną sprawą chorobową a drugą, dlatego też w wywiadach trzeba wyraźnie o to chorego wypytywać. *Dr. W. Reis.*

Dr. A. Schapringer. **O patogenezie kurczowego kiwania głową** (*spasmus nutans*). (*Centralblatt für Augenheilk.* Sierpień, 1905). Choroba ta powstaje u dzieci, które wychowały się w źle oświetlonych mieszkaniach. Jaśniejsze smugi światła słonecznego, przedzierające się przez małe okienka, zwracają uwagę dziecka, które stara się w nie wpatrywać. Ponieważ zaś obwodowe części siatkówki łatwiej odczuwają słabe różnice w oświetleniu, niż plamka żółta, a nadto tem łatwiej dostrzega się te różnice, im częściej zmienia się miejsce naświetlonej siatkówki, przeto dzieci te, nauczone doświadczeniem, wykonywują drgające ruchy gałką oczną. Drgające ruchy głową mają ten sam cel, co i ruchy gałki ocznej. Z biegiem czasu nastaje przyzwyczajenie i pomimo, iż przyczyna i celowość tych ruchów ustała, pozostaje mimoto kurczowe kiwanie głową. *Dr. Liebermann.*

Prof. J. Hirschberg. **O zabiegach z użyciem magnesu u dzieci.** (*Centralblatt f. Augenheilk.* Wrzesień, 1905). Autor opisuje cztery przypadki wydobycia magnesem żelaza z oka u nieletnich dzieci. Zwraca on uwagę na to, iż mimo ujemnego wyniku próby sideroskopowej, może się w gałce dziecka znajdować żelazo, jak to właśnie w jednym z opisanych przypadków się przydarzyło. Do wydobywania żelaza z oka w praktyce dziecięcej dogodniejszym i pewniejszym jest magnes ręczny, niż magnes duży, którym o wiele łatwiej jest uszkodzić, względnie wyrwać części wiotkie tkanek oka. *Dr. Liebermann.*

Doc. Sicherer. **Alypina, jako nowy środek znieczulający w okulistyce.** (*Die Ophthalm. Klinik* 1905, Nr. 16). W ostatnich czasach pojawił się nowy środek znieczulający, zwany alypiną, uzyskany syntetycznie przez Hofmanna i Impensa. Jest to związek pochodny gliceryny o zawiłym składzie chemicznym, przedstawiający biały proszek, łatwo we wodzie rozpuszczalny i już w 0,005 prc. roztworze działający znieczulająco na błony śluzowe i na rogówkę. Od kokainy różni się alypina tem, że nie zwęża naczyń, lecz przeciwnie sprowadza chwilowe ich rozszerzenie, nie rozszerza źrenicy, ani nie osłabia akomodacyi, a wreszcie nie wpływa ujemnie na nabłonek rogówki. Po zapuszczeniu 1 prc. roztworu alypiny do worka spojówkowego występuje krótkotrwałe uczucie pieczenia i lekkie zaczerwienienie spojówki. Po upływie minuty występuje znieczulenie rogówki i spojówki, utrzymujące się przez 10—12 minut. Równie dobrze może być alypina stosowana podskórnie lub podspojówkowo, przyczem nie sprowadza ani zapalenia, ani tem mniej obumarcia tkanek. Oprócz wyżej wymienionych zalet posiada alypina jeszcze tę wyższość nad kokainą, że jest od niej znacznie mniej trującą. Nakoniec wspomnieć należy, że i cena alypiny jest niższa, niż cena kokainy. *K. W. Majewski.*

Leblond. **Ropienie w przewodzie nosowołzowym w następstwie operacyi Caldwell-Luca.** (*Archives d'ophtalm.* 1905, Nr. 5). Operacya doszczętna otoku ropnego jamy Highmora sposobem Caldwell-Luca polega, jak wiadomo, na otwarciu tej jamy w okolicy *fossa canina*, dokąd dostajemy się z jamy ust cięciem powyżej dziąseł szczęki górnej od strony policzka. Po wypuszczeniu ropy i wyskrobaniu wnętrza jamy trepanuje się część przednią

i dolną w jej ścianie wewnętrznej, odejmując równocześnie przednią połowę muszli dolnej, a to w celu utorowania swobodnego odpływu ropie. Autor spostrzegał dwa przypadki ropnego zapalenia woreczka i przewodu łzowego w bezpośredniem następstwie tej operacyi, uwieńczonej zresztą doszczętnem usunięciem ropienia zatoki Highmora. W obu przypadkach dolna część przewodu nosowołzowego była zupełnie zamknięta, a woreczek łzowy z powodu silnej rozstrzeni musiał być wyłuszczony. Ponieważ dolne ujście przewodu nosowołzowego znajduje się pod przednim końcem dolnej muszli nosowej, przeto uszkodzenie tej części przewodu podczas ostatniego aktu operacyi Caldwell-Luca jest prawie nieuniknione i raczej dziwić się należy, że nie w każdym przypadku przychodzi do zakażenia i zarośnięcia przewodu łzowego. Tłómaczy się to osobniczemi różnicami w stosunkach anatomicznych w tej okolicy jamy nosowej. Ze względu na niebezpieczeństwo, grożące drogom łzowym przy operacyi Caldwell-Luca, zaleca autor modyfikacyę jej, podaną przez Sieura i Jacoba, którzy trepanują dolny przewód nosowy w odległości 2 cm. od przedniego końca muszli dolnej i chronią w ten sposób od skaleczenia jej wyrostek łzowy (*apophysis lacrymalis conchae inferioris*), stanowiący część kostnej ściany przewodu nosowołzowego. *K. W. Majewski.*

Dr. B. Stöling. **Przyczynek do nauki o schorzeniach nerwu wzrokowego skutkiem miażdżycy tętnic.** (*Klinisches Monatsblatt für Augenheilkunde* XLIII, Tom II. Sierpień, 1905). W sześciu przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego i następowego jego zaniku mógł autor jako jedyną przyczynę w 6 przypadkach wykazać wyłącznie tylko rozległą bardzo miażdżycę naczyń. Choroba nerwu wzrokowego przebiega w tych przypadkach bardzo przewlekle; bystrość wzrokowa podupada, pole widzenia zwęża się coraz to bardziej, granice tarczy nerwu wzrokowego zacierają się. W późnych okresach choroby zjawia się zanik nerwu wzrokowego, tem się charakteryzujący, że bystrość wzrokowa nieraz już znacznie podupadła, kiedy na tarczy widać dopiero stosunkowo nieznaczne objawy zaniku. Częstem powikłaniem powyżej wspomnianej choroby jest porażenie jednego lub obu nerwów odwodzących. Cały obraz chorobowy podobnym jest do tego, jaki widzimy w przebiegu nowotworów mózgowych. *Dr. Liebermann.*

HIGIENA. G. Bellei. **Nowa metoda oznaczania wartości chemicznych środków odkażających.** (*Münchener med. Wochs.* 1904, Nr. 7). Autor badał szereg środków dezynfekcyjnych co do ich siły odkaźnej według metody Goubesa i po zmodyfikowaniu jej przez siebie. Modyfikacya polega na użyciu większej ilości (50 cm.³ i więcej) gęstej zawiesiny zarazków, którą miesza się z badanym roztworem środka odkażającego, a trzymając mieszaninę tę przy stałej ciepłocie 18° C., zabiera z niej w stosownych odstępach czasu do wyjałowionych naczyń po 5—10 cm.³ do badania dalszego. Dodając do badanych porcyi zawiesiny bakteryi i środka odkażającego potrzebną do zobojętnienia tegoż działania ilość odpowiedniego związku chemicznego (amoniaku, wzgl. siarkanu amonowego), zaprawia następnie kilku kroplami 10 prc. wyjałowionego roztworu fosforanu sodowego, a następnie również 10 prc. roztworem chlorku wapniowego. Powstałą gęstą zawiesinę fosforanu wapniowego oddziela na centryfudze od płynu, zlewa ostatni, zaprawiając w końcu osad i zawarte w nim zarazki wyjałowionym bulionem. Mieszaninę tę przechowuje przez tydzień w cieplarce. Przy użyciu tej metody, posługującej się nie jak dawniej tysiącami, lecz miliardami bakteryi, uwydatnić się może lepiej wpływ słabszych roztworów środków odkażających, a wyniki są dokładniejsze. Doświadczenia, wykonane przy użyciu tej metody z gronkowcem złocistym i zarodnikami wąglika, wykazały, że lysoform w porównaniu z innymi środkami odkażającymi jest bez wartości. Kwas karbolowy, bacylol i lyzol posiadają też same wartości odkażające, badane dawniejszą metodą Goubesa i nową Belleiga, lyzol zaś z nich największą. Najwybitniej działał jednak odkażająco nowy wytwór, wprowadzony do handlu przez firmę Schülke i Mayr w Hamburgu pod nazwą nilyzol, wyróżniający się od lyzolu, choć jemu pokrewny, przyjemnym zapachem. Związek ten jest znakomitym środkiem dezynfekcyjnym wobec zwykłych form bakteryi, na zarodniki nie działa tak, jak i inne związki fenolu i krezolu. Powyższa metoda badania okazała się również lepszą i dokładniejszą dla badań nad środkami, zabijającymi zarodniki, gdyż przy jej użyciu okazywały zarodniki wąglika, umieszczone w roztworze 1‰ sublimatu, żywotność jeszcze po 7 godzinach, gdy przy metodzie Goubesa żywotność ta objawiała się najwyżej do 5½ godzin.

Odmienne wyniki przy użyciu swej metody tłómaczy B. wielkiemi różnicami odporności poszczególnych jednostek bakteryi. Aby zatem objąć w doświadczeniach i te jednostki z największej odporności, należy poddać działaniu środków odkażających znaczne ilości zarazków, a cel ten spełnia nowa metoda. *L. Bier.*

Schottelius. **Badania bakteryologiczne w odrowem zapaleniu spojówek.** (*Münch. med. Wochs.* 1904, Nr. 9). Podczas ciężkiej epidemii odry w grudniu 1903 i styczniu 1904 znalazł Sch. w worku spojówkowym chorych i zmarłych dzieci (po 40 przypadków) ropnego gronkowca złocistego u 25 chorych i u 26 zmarłych, w kilku przypadkach gronkowca żółtego, nieco częściej białego. Szczególny rodzaj paciorkowca, opisany bliżej w pracy, znajdował się u 5 chorych i u 20 zmarłych. Na podstawie tego wyniku, odmiennego od spostrzeżeń Moraxa, który w odrze spotykał zwykłe „saprofity spojówki“, wypowiada Sch. zdanie, że zwykłe zarazki przyranne odgrywają niemałą rolę jako czynnik współdziałający w odrowem zapaleniu spojówki, a może i w zakażeniu odrowem. *L. Bier.*

Altschüler. **Stosunek „bacillus faecalis alcaligenes“ do bakteryi duru.** (*Münch. med. Wochs.* 1904, Nr. 20). Z jednego przypadku duru brzusznego wyhodował A. za życia ze krwi zarazki duru, ze śledziony zaś po śmierci laseczki o własnościach *b. faecalis alcaligenes.* Fakt ten zniewolił A. do obserwacyi hodowanych na jałowem łożysku ludzkiem *b. coli, paratyphi i typhi.* Pierwsze dwa nie zmieniały swych własności, natomiast zarazek duru stracił po 4½—6 tygodniach zdolność do aglutynacyi, alkalizował serwatkę lakmusową w ciągu 24 godzin, na ziemniaku zaś wytwarzał hodowle żółte. Wyhodowany natomiast z kału ozdrowieńca po durze *b. faecalis alcaligenes* zachowywał się w 6-tygodniowej hodowli podobnie do zarazka durowego w serwatce lakmusowej, a po 8 tygodniach hodowla jego na ziemniaku była, jak u zarazka durowego, niewidoczną. Z początku nie działała nań wysokowartościowa surowica durowa — przy codziennem przeszczepieniu na świeżą pożywkę aglutynowała go taż surowica po 14 dniach w stosunku 1: 100, po dalszych 4 tygodniach w stosunku 1: 1000. Surowica królika, któremu wstrzykiwano tak zmieniony zarazek (*b. faecalis alcaligenes*) aglutynowała go w stosunku 1: 10.000, zarazek zaś duru w stosunku 1: 6000. Charakter durowy tak zmienionego zarazka potwierdziło również doświadczenie Pfeiffera. Autor przypuszcza przeto, że udało mu się wspomniane gatunki wzajemnie odmienić i uważa odmawianie charakteru durowego gatunkowi *b. faecalis alcaligenes* dlatego tylko, że wytwarza zasadowe oddziaływanie, za bezpodstawne. *B. faecalis alcaligenes* spotykał autor. równie jak Petruschky, najczęściej w kale ozdrowieńców po durze (nieraz w hodowli czystej); 3 razy spotkał go w wodzie podejrzanej o zawartość bakteryi durowych. *L. Bier.*

Berghaus. **Sprawa pokrewieństwa między „bacillus faecalis alcaligenes“, a zarazkiem duru.** (*Hygien. Rundschau* 1905, Nr. 15). W pracy ogłoszonej również z pracami Rubnera pod powyższym tytułem potwierdził Doebert znalezione przez Altschülera pokrewieństwo między powyższymi gatunkami bakteryi tylko co do gatunku *b. faecalis alcaligenes*, otrzymanego od Petruschkyego; w 2 innych okazach pokrewieństwo to nie dało się stwierdzić, — wnosił stąd o istnieniu grupy gatunku *bacillus faecalis alcaligenes.* Powtórzone przez autora badania porównawcze z pierwszym okazem *b. alcaligenes* stwierdziły w nim istnienie 2 gatunków bakteryi zarazka duru i *b. faecalis alcaligenes.* Jedynie charakterystyczną dla rozróżnienia obu bakteryi jest metoda płytek żelatynowych; pożywka agarowa Konradi-Drygalskiego do celu tego nie jest odpowiednią. *B. alcaligenes*, przeszczepiany na pożywkach, czas dłuższy według B. nie zmienia swych własności, również przeprowadzany przez zwierzęta; aglutynacya jego odbywa się tylko pod wpływem właściwej surowicy; — fakta te wykluczają przeto istnienie grupy *b. faecalis alcaligenes.* Do właściwych cech tego zarazka należy obok alkalizacyi serwatki lakmusowej, aglutynacyi tylko swoistej i brunatnawej barwy hodowli na ziemniaku, jeszcze zdolność rozwoju tylko w atmosferze tlenu. Trudności dla rozróżnienia właściwych cech *b. alcaligenes* i zarazka durowego na pożywce żelatynowej polegają na wolnem występowaniu charakterystycznych cech u pierwszego. *L. Bier.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Hartl i Herrmann. **W sprawie wdychania rozpylonej cieczy, zawierającej mikroby.** (*Wiener klin. Wochs.* 1905, Nr. 30). Hartl i Herrmann wykonywali doświadczenia swe zapomocą przyrządu do wziewania pomysłu Bartla. Do doświadczeń używali wyłącznie świnek morskich. Zwierzęta oddychały powietrzem, w którem była rozpylana zawiesina hodowli agarowej *bac. prodigiosi* w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Część zwierząt oddychała w ten sposób w ciągu 10 minut, część zaś w ciągu 2 minut. Ogółem wykonali Hartl i Herrmann 26 doświadczeń. W 23 doświadczeniach zabito zwierzęta niezwłocznie po inhalacyi, poczem badano bakteryologicznie drogi oddechowe (pysk, nos, krtań, tchawicę, rozmaite okolice płuc). W 3 doświadczeniach zabito zwierzęta dopiero w pięć godzin po wziewaniu. Wspomniani wyżej uczeni badali bakteryologicznie

prócz dróg oddechowych także w 15 przypadkach gruczoły chłonne na szyi i w 8 przypadkach gruczoły krezkowe, wątrobę, oraz treść żołądka i jelit. Z badań Hartla i Herrmanna wynika, iż *bac. prodigiosum*, którego zawiesinę rozpylano, dostaje się z powietrza do dróg oddechowych. Liczba mikrobów znakomicie się zmniejsza po drodze przez nos, pysk, gardziel, krtań i tchawicę do obwodowych części płuc. Przeważna część mikrobów osiada w nosie, w pysku i w gardzieli. Do obwodowych części płuc dochodzi zaledwie bardzo nieznaczna część wdychanych mikrobów. Liczba mikrobów, które dostały się do dróg oddechowych, bardzo rychło się tam zmniejsza. Już po pięciu godzinach w drogach oddechowych znajdowali autorowie znacznie mniej mikrobów, niż niezwłocznie po wziewaniu. Prócz dróg oddechowych autorowie nigdzie nie mogli znaleźć rozpylanych mikrobów (*b. prodigiosum*), nie znaleźli ich ani w gruczołach chłonnych, szyjnych i krezkowych, ani w wątrobie, ani w treści żołądkowej i jelitowej. *A. Wrzosek.*

Doc. Dr. Jolles. **O klinicznym ferometrze** (*Folia haematol.* T. I, 1905, 651). Autor opisuje swój przyrząd i sposób, w jaki się go używa. Metoda polega na tem, że minimalną ilość krwi, uzyskaną przez ukłucie igłą (0,05 ccm.), spala się na tygielku platynowym na popiół, przez co żelazo, zawarte we krwi, pozostaje na dnie tygla w postaci tlenku żelazowego jako rdzawa plama. Tlenek żelaza przez topienie z kwaśnym siarczanem potasu zamienia się na siarczan kwaśny żelaza, a topić należy tak długo, jak długo ze szkliwa wydobywają się dymy kwasu siarczanego. Szkliwo rozpuszcza się bardzo łatwo w gorącej przekroplonej wodzie. Zawartość tego roczczynu co do żelaza oznacza się na drodze kolorymetrycznej przez dodanie HCl i rodanku amonowego. Autor zwraca uwagę, że z małymi wyjątkami ilość żelaza może być miarą ilości Hb we krwi. W końcu swej pracy autor przytacza kilka publikacyi, które przemawiają za jego ferometrem, chwaląc jego metodę badania, jako dokładną, a nawet ścisłą. Szczegóły metodyki nie dadzą się w krótkich słowach streścić. (Nie wszyscy badacze są tego samego zdania o ferometrze, co Jolles, jego wynalazca. Porównaj Türka „Hematologię“ I. 120. *Przyp. ref.*). *Stahr.*

T. W. Tallquist. **Bibuła w służbie praktycznej hematologii.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 35, 1904, str. 926). Autor wybiera szereg zdań przeróżnych autorów, dowodzących, jak praktyczną jest przez niego sporządzona w postaci książeczki skala hemoglobinowa, służąca do oznaczenia zawartości Hb we krwi. Nadaje się ona przedewszystkiem dla lekarzy praktycznych do szybkiego zoryentowania się, a więc n. p. w godzinie ordynacyjnej, a błędy nie przekraczają nigdy 10 prc. Zastrzega się jednak, że ręczyć może tylko za te skale, które sporządzają w Helsingforsie pod jego osobistą kontrolą. W przypadkach, w których ilość krwinek czerwonych spada o połowę, wytwarza się na bibule w kole krwawej plamy wilgotny pierścień, szczególnie widoczny pod światło. Pierścień ten jest tem szerszy, im mniej krwinek czerwonych. Krew białaczkową bardzo trudno chłonie bibuła, także i barwa plamy jest niejednostajna, a odcień nie odpowiada ściśle żadnemu odcieniowi na skali. *Stahr.*

G. Galli. **Ulepszone mieszadło do liczenia krwinek.** (*Münch. med. Wochs.* 1904, Nr. 13, str. 561). Ulepszenie polega na dodaniu do przyrządu aparatu ssącego, który ułatwia wciągnięcie krwi bez przystępu powietrza w precyzyjny sposób. Cały przyrząd otoczony jest płaszczem szklanym. Między przyrządem a płaszczem jest próżnia, umieszczona w celu wstrzymania działania ciepła, płynącego z ręki badacza. Szczegóły bliższe nie dadzą się opisać bez ilustracyi przyrządu. *Stahr.*

Grassberger R. **O przygotowaniu się i dziedziczności drobnoustrojów (przyczynek do wzrostu beztlenowców w powietrzu). I. doniesienie.** (*Arch. f. Hyg.* Bd. 53, str. 158, 1905). Do doświadczeń nad prawem przystosowania się i dziedziczności drobnoustroje są z tego względu dogodne, że się szybko rozwijają, a między nimi szczególnie odznaczają się te, które na bodźce zewnętrzne szybko oddziaływają i wydzielają wielkie ilości istot dobrze nam znanych. Najlepiej nadają się do tego celu beztlenowce, jak laseczniki szelestnicy, z którymi autor dokonywał doświadczeń. Przez zmianę różnych warunków, jak zupełny dopływ powietrza, wzrost na powierzchni, zmianę podłoża i ciepłoty udało się autorowi lasecznikom szelestnicy nadać rozmaite własności, jak wzrost w powietrzu, występowanie w postaci nitek, kłębków, lub w postaci zbliżonej do wąglika. Podczas tych doświadczeń mógł dokładnie śledzić przekształcenie się różnych kształtów drobnoustrojów i oznaczyć dokładnie warunki sprzyjające i szkodzące rozwojowi drobnoustrojów. *Gertler.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Urogosan jest przetworem nowym, złożonym ze znanego gonosanu i hexamethylentetraminu, (zwanego pospolicie urotropiną), obmyślonym przez Bossa, a wyrabianym przez Riedla w Berlinie w postaci kapsułek, zawierających po 0·3 gonosanu i 0·15 urotropiny. Przetwór ten, wytworzony pierwotnie w tym celu, aby skuteczniej wpływać na zapalenia pęcherza na tle mieszanem, w których oprócz dwoinek wiewiórowych występują inne mikroby, względem gonosanu odporne, a na urotropinę wrażliwe, stosował później Boss (*Medizin. Klinik* 1905, 47) ze skutkiem także w przypadkach wiewiórowego zapalenia tylnej części cewki, oraz w zapaleniach pęcherza na tle niewiewiórowem (n. p. w toku zapaleń przy zwężeniach cewki, przeroście stercza i t. d.). Dawkę zastosować należy do natężenia zapalenia; zwykle wystarcza 8—10 kapsułek dziennie, po 2 po jedzeniu. Urogosan działa też pomocniczo w zapaleniach powiewiórowych, leczonych równocześnie miejscowo nadmanganezianem potasu lub azotanem srebrowym. *Ll.*

Acidol (betainchlorhydrat), wyrabiany z melasy sposobem, podanym przez F. Ehrlicha, ma postać bezbarwnych kryształów, w wodzie łatwo, w wyskoku nieco trudniej rozpuszczalnych. Jestto związek trwały, nie wydzielający ani przy leżeniu na powietrzu, ani przy prażeniu na sucho-kwasu solnego, a zawarta w nim organiczna zasada, betaina, jest dla ustroju obojętną i nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu. Dopiero w roczczynie wodnym uwalnia się kwas solny; stąd też acidol jest nader wygodnym środkiem we wszystkich tych przypadkach, w których wskazany jest kwas solny, a w których użycie jego w zwykłej płynnej postaci sprawia trudności (w podróży, w czasie zajęć i t. p.). Zwykłym drobniejszym dawkom (5 kropli) kwasu solnego odpowiada 0·5, większym (8 kropli = 0·5 kwasu solnego) 1·0 acidolu, który też znajduje się w handlu jako lekko komprymowane i stąd w wodzie doskonale rozpuszczalne kołaczyki pół- i jednogramowe. Kołaczyk taki rozpuszcza się tuż przed zażyciem w wodzie, gdyż nierozpuszczony acidol działa żrąco. Smak takiego roczczynu jest lepszy, niż używanych roczczynów kwasu solnego, tak że znoszą go nawet chorzy, nieznoszący smaku kwasu solnego. Działanie acidolu, będącego zresztą tylko nową postacią dawno znanego leku, wypróbował i uznaje za doskonałe Flatow (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, 44). *Ag.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XIV. Posiedzenie naukowe z dnia 27 października 1905 r.

Obecnych członków 40. Przewodniczy kol. Mahl.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Reis wygłasza odczyt p. t. „Spostrzeżenia z dziedziny okulistyki w sztuce włoskiej“. Prelegent zaznacza na wstępie, że zwiedzane we Włoszech zakłady okulistyczne (oddział oczny w *Ospedale civile* w Wenecyi i klinika uniwersytecka w Rzymie) wzorują się na szkołach francuskich i nie zasługują na szczególniejszą uwagę; — natomiast zabytki sztuki, przechowane na ziemi italskiej, budzą żywsze zajęcie, nawet ze stanowiska specyalności okulistycznej. Medycynę i sztukę, — dwa pojęcia tak różne zestawił i w ściślejszy wprowadził związek Charcot w dziele p. t. „*Les difformes et les malades dans l'art*“. Przykład jego zachęcił innych badaczy tak, że rozpoczął się nowy okres w historyi medycyny. Z patologii szczegółowej oka, oprócz tematu ślepców, bardzo często odtwarzanego przez artystów, rozpoczęto poszukiwania za okularami, chcąc się przez to dowiedzieć, jak daleko sięga w przeszłość ten środek leczniczy i jakie w dawnych czasach miał zastosowanie. O wynalazku bowiem okularów nic dokładnego nie wiemy, a według źródeł, przechowanych jeszcze najlepiej we Włoszech, przypada wynalazek okularów na koniec XIII wieku. — Rozmaite czynniki, a między innymi także i wrogie stanowisko lekarzy w sprawie noszenia okularów, powodowane nieświadomością zasad optyki, sprawiły, że okulary mało były używane. Z tych samych też powodów nie znajdujemy osób noszących okulary u Veronesa, Tycjana i Tintoretta, mimo że obrazy ich zapełnione setkami postaci rozmaitych kategoryi. W dziełach, omawiających historyę okularów, wymieniają z wczesnej epoki odrodzenia malarstwa włoskiego dwa obrazy Ghirlandajo, przechowane w kościołach florenckich: św. Hieronim z r. 1480 i „*exequiem*“ św. Franciszka z r. 1485, na których spotykamy osoby z okularami.

Oglądając galeryę obrazów w Watykanie zauważył kol. prelegent na predelli obrazu Niccola Alunno da Foligno z r. 1465, przedstawiającego koronacyę Matki Boskiej, wśród szeregu postaci apostołów i świętych, Filipa, Jakóba i Mateusza, noszących okulary. Obraz ten jest nieogłoszonym dotychczas zabytkiem z wczesnej epoki odrodzenia malarstwa włoskiego; anachronizm artystyczny, zaopatrujący apostołów w okulary, świadczy o dążeniu artysty do naturalistycznego oddania postaci. Podczas gdy poszukiwania za patologią oka w sztuce są nabytkiem ostatnich lat, to anatomia normalna i sposoby odtwarzania oka w rzeźbie starożytnej były już dawno przedmiotem dokładnych studyów. Błędne zapatrywanie o istnieniu różnicy między budową oka mężczyzny i kobiety usunął Greef w r. 1892 na podstawie ścisłych naukowych badań, stwierdzając tylko istnienie różnic indywidualnych. Kształt oka był tak różnie odtwarzany w poszczególnych okresach rzeźby starożytnej, że posłużył jako kryteryum do oznaczenia epoki, w której dana rzeźba powstała (Conze, Magrens). Prelegent podaje szczegółową charakterystykę sposobów odtwarzania narządu wzrokowego, począwszy od epoki archaicznej aż do epoki rzymskiej, w której artyści najróżnorodniej odtwarzają tęczówkę, źrenicę i odblask świetlny rogówki, dążąc do jak najwierniejszego odzwierciedlenia cech indywidualnych.

Następnie opisuje kol. R. sposób odtwarzania przedniej części gałki ocznej w rzeźbach Michała Anioła i dochodzi do wniosku, że przy pomocy dawnego sposobu opracowania gładkiej gałki ocznej i części otaczających oko nie można uzyskać wiernego wyrazu oczu, gdyż pominięte zostają akomodacya i kierunek gałek ocznych, — czynniki anatomiczno-fizyologiczne, które tylko odczytać możemy z zachowania się źrenic. Wymownym tego przykładem są rzeźby Michała Anioła: Dawid we Florencyi i Mojżesz w Rzymie, w których opracowanie szczegółowe przedniej części gałki ocznej dosięga najwyższego realizmu. W końcu wspomina jeszcze R. o zbiorze recept ocznych, własnoręcznie przez Michała Anioła spisanych i przechowanych wśród rękopisów poezyi w Bibliotece watykańskiej. Zawarte są w nim środki lecznicze przeciw łuszczce i podwinięciu rzęs przy jaglicy, drżeniu gałek ocznych, zranieniom oka i t. d. Odpis tego kodeksu watykańskiego ogłosił Berger z Monachium w r. 1897. Prelegent objaśnił swój wykład licznemi fotografiami obrazów i rzeźb *(Autoreferat)*.

Kol. prof. Machek dodaje co do historyi okularów, że faktycznie nie wiadomo, odkąd one istnieją. Mówią, że Nero patrzył przez jakieś szkiełko; był to jednak prawdopodobnie drogi kamień, przypadkowo wyżłobiony, który mógł przedstawiać wklęsłą soczewkę. Amati (umarł w r. 1317) miał być pierwszym, który używał okularów, tymczasem już Bako (umarł 1294) twierdzi, że zapomocą szkieł można lepiej widzieć. Medyceusz Rafaela, o którym wspomniał prelegent, ma w ręku lupę powiększającą, lecz to jeszcze nie są szkła. Co do owego apostoła z okularami na obrazie da Foligno, to jest zasługą kol. Reisa, że go odkrył i zwrócił nań uwagę. Wreszcie podnosi kol. Machek erudycyę i staranność formy, z jaką prelegent swoje studyum przedstawił, — jako rzecz u nas coraz rzadszą.

Kol. Reis nadmienia dodatkowo, że zwiedził podczas powrotnej swej podróży ogromny zbiór sztychów oryginalnych i medali, dotyczących medycyny *(medicina in nummis)*, a będących własnością niedawno zmarłego doktora Brettauera w Tryeście. Część okulistyczna w tym zbiorze jest równie bogatą i stanowi cenne źródło dla autorów, badających w szczególności historyę okularów.

III. Kol. Fels wygłosił część pierwszą wykładu „O obrzezaniu rytualnem", omawiając początek i różne znaczenia, jakie przypisują istocie obrzezania u Żydów, wreszcie mówił o znaczeniu i sposobie obrzezania, tak mężczyzn jak i kobiet, u innych narodów.

Zawadzki.

VII. Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1900.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Dokończenie.)

9. Służba zdrowia.

Załączamy tu zwięzłą tablicę, ułożoną w latach poprzednich, a uzupełnioną liczbami z r. 1900, przedstawiającą rozwój służby zdrowia od r. 1873 począwszy.

W roku	Było w Galicyi: Doktorów medycyny	Było w Galicyi: Magistrów i patronów chirurgii	Było w Galicyi: Razem lekarzy	Jeden lekarz przypada: w Galicyi na mieszkańców	Jeden lekarz przypada: w całej monarchii	Na posadach rządowych, autonomicznych lub prywatnych było lekarzy	Bez posad było lekarzy	Weterynarzy było	Położnych było	Aptek było
1873	386	365	751	7214	?	329	422	26	893	188
1894	910	168	1078	6130	2932	595	463	139	1590	254
1895	965	161	1126	5881	?	663	463	150	1699	254
1896	1070	167(?)	1226	5390	2605	712	519	176	1761	254
1897	1133	144	1277	5133	2497	721	556	184	1887	256
1898	1154	135	1289	5085	2408	751	538	208	1933	259
1899	1190	129	1319	?	?	775	544	206	1982	265
1900	1206	123	1329	5451	?	803	526	207	1993	269

Z tej tablicy przekonywamy się przedewszystkiem, że już od paru lat przyrost młodych sił lekarskich jest coraz to mniejszy (choć posad lekarskich przybywa).

I tak w roku 1895 przybyło lekarzy 48 — (posad 68).
„ „ 1896 „ „ 105 — („ 49).
„ „ 1897 „ „ 63 — („ 19).
„ „ 1898 „ „ 21 — („ 30).
„ „ 1899 „ „ 36 — („ 24).
„ „ 1900 „ „ 16 — („ 28).

O przyczynach tego zmniejszania się przyrostu młodszych sił lekarskich wiele już pisano. Niewątpliwie powodem głównym było pogorszenie się stosunków zarobkowych lekarzy. Czy jednak pogorszenie to upoważnia nas do rozwinięcia agitacyi, jakiej od lat paru jesteśmy świadkami, to całkiem inne pytanie. Ta nie przebierająca w środkach agitacya oskarża wszystkich, władze, zarządy szpitali, i całe społeczeństwo wprost o wyzyskiwanie lekarzy; nawołuje tychże lekarzy (szpitalnych, Kas chorych i t. p.) do urządzania strajków, wysuwa zawsze na pierwszy plan sprawę wynagradzania lekarza; nie cofa się wreszcie przed nawoływaniem młodzieży, by stroniła od studyów lekarskich, malując jej zawód lekarski w najczarniejszych barwach. To też nie można się dziwić, że w tych warunkach liczba nowych adeptów naszej nauki na obu wydziałach lekarskich, t. j. lwowskim i krakowskim, jest mniejszą, niż była około r. 1890 na jedynym wówczas wydziale krakowskim, a w rzędzie krajów, reprezentowanych w rakuzkiej Radzie Państwa, Galicya w roku 1900 pod względem ilości sił lekarskich ostatnie zajmuje miejsce. Godzi się więc zapytać, czy agitacya, stawiająca na pierwszem miejscu wyłącznie materyalne położenie lekarza, dobrą oddaje usługę godności stanu lekarskiego, a jeszcze więcej całemu społeczeństwu, z którego przecież ten stan lekarski wyszedł, wśród którego, a wreszcie z którego żyje!? Nie piszemy polemiki i nie mamy zamiaru w polemikę się wdawać. Podnosimy jednak, że pomiędzy przyczynami, pozbawiającymi kraj nasz przyrostu lekarzy, agitacya ta niewątpliwie ważną gra rolę.

A tymczasem stosunki materyalne poprawiły się, posad lekarskich przybyło i przybywa co roku; brak tylko młodych sił coraz to dotkliwszy. Doszło do tego, że czasem brak kandydatów na obsadzenie posad asystentów katedr uniwersyteckich!

Zmniejsza się także coraz to więcej ilość nowych sił pomocniczych aptekarskich, choć aptek przybywa. I tak w r. 1900 pracowało we wszystkich aptekach w Galicyi, — a było ich w 1900 r. 269, — asystentów 264, zaledwie o 3 więcej, niż w roku 1899, — a i z tych 10·2 prc. bez dyplomu.

Podobnież przyrost położnych zmniejszył się w 1900 r. znacznie, ale przez lepsze ich rozmieszczenie w kraju poprawiły się nieco stosunki w zakresie pomocy położniczej, gdyż na 1993 położnych w Galicyi tylko 20 prc. pozostaje w Krakowie lub Lwowie (w 1899 r. 22·8 prc., w 1898 r. 23·9 prc., w 1897 r. 25·3 prc. i t. d.): natomiast wzrosła liczba położnych na prowincyi. Stąd też łatwiej i częściej wzywała ludność pomocy położnych przy porodach (w 1899 r. przy 52.994 porodach, a w 1900 r. przy 56.115 porodach). Zawsze jednak, jak to już na początku zaznaczyliśmy, zaledwie 23·2 prc. wszystkich porodów odbyło się przy pomocy położnych, zaś aż 76·8 prc. bez pomocy. Odnośnie do tablicy, zamieszczonej na stronicy 138, a mającej przedstawić liczbę zgromadzeń położnych, otrzymujemy ze strony kompetentnej wiadomość, że liczby dodane w rubryce miasta Krakowa, tak co do liczby zgromadzeń (114), jakoteż wykazanych usterek, są fikcyjne!

10. Ułomni.

a) Obłąkanych, a nie pomieszczonych w szpitalach lub zakładach dla umysłowo-chorych wykazano w 1900 roku nieco mniej, niż w zeszłym roku, mianowicie 2642. Chociaż więc odsetkowy stosunek obłąkanych do ludności zdrowej jest w Galicyi najkorzystniejszym ze wszystkich krajów koronnych, to przecież stosunek liczby obłąkanych, pomieszczonych w zakładach odpowiednich, do ilości tychże, pozostających poza zakładami, jest u nas od lat stale najniekorzystniejszy (patrz rozdział „Zakłady dla obłąkanych)“.

b) Matołków wykazano w 1900 r. aż 3891: liczba ta wzrasta stale; jest jednak, — biorąc odsetkowo, — mniejszą u nas, niż w całej Austryi. Na sto tysięcy mieszkańców wypada w całej Austryi 67 matołków, w Galicyi zaś tylko 53. Z wykazanych wyżej 3891 matołków tylko jeden był pomieszczony w domu zaopatrzenia!

c) Głuchoniemych wykazano w 1900 r. aż 10.817, czyli 148 na sto tysięcy mieszkańców, w całej zaś Austryi wykazano ich 107 na sto tysięcy.

d) Ciemnych było z końcem 1900 r. w Galicyi 4.818, t. j. 66 na 100.000 mieszkańców. Z tej liczby miało być 1161 ciemnych od urodzenia, a 3662 ociemniało wskutek chorób i skaleczeń. Liczby, odnoszące się do rodzajów chorych, powodujących ociemnienie, są, — jak to samo Sprawozdanie stwierdza, — mało wiarogodne; nie przytaczamy ich więc.

Najwięcej ociemniałych wykazują powiaty Galicyi wschodniej. Biorąc odsetkowo zmniejszyła się w Galicyi liczba ociemniałych od 1890 r. o 3 prc.

e) Opojów, t. j. nałogowych pijaków, wykazano w 1900 r. 5275, t. j. o 189 mniej, niż w roku zeszłym. Niestety liczby w tym rozdziale przytoczone nie są wiarogodne, bo albo dotyczące urzędy „przepisują je z roku na rok przy uwzględnieniu tylko naturalnego ubytku, przez śmierć powodowanego“, — albo też trzymają się bardzo różnych norm przy dotyczącem obliczaniu. Tak n. p. Kraków wykazał 296 pijaków (w 1899 r. 506), Lwów zaś tylko 64 (w 1899 roku nawet tylko 58).

11. Więzienia i areszta,

istniejące przy c. k. sądach obwodowych i powiatowych, są przeważnie ciasne, przepełnione, wilgotne, jednem słowem nie higieniczne. W r. 1900 krajowi inspektorowie sanitarni zwiedzili ogółem 25 sądów powiatowych i jeden obwodowy. Tylko ten ostatni w Złoczowie i areszta sądowe w Lubaczowie, Dębicy i Wieliczce uznano za zupełnie dobre. Zresztą wszędzie wykazano liczne wady, a co gorsza brud i nieporządki, które bez kosztów i zachodów, przy pewnej tylko staranności usunąćby można.

W r. 1900 przybył w Tarnopolu nowy gmach na częściowe pomieszczenie więźniów. Podobnież w paru miastach powiatowych powstały na ten cel nowe budynki. We Lwowie wreszcie rozszerzono budynek Zakładu karnego dla kobiet, wskutek czego stosunki sanitarne tamże znacznie się polepszyły.

12. Zwalczanie chorób zakaźnych.

Z roku na rok powtarzają się prawie te same skargi na trudności, jakich doznają władze w tłumieniu epidemii. Najgłówniejszą przeszkodą jest zaniedbywanie, co gorsza umyślne zatajanie pierwszych przypadków chorób zakaźnych ze strony przełożonych gmin (wójtów), lekarzy, a nawet zarządów szpitali prowincyonalnych. Sprawozdanie twierdzi, że „kary policyjne za zaniedbanie donieśienia przynoszą nieznaczną poprawę pod tym względem; jedynie postęp oświaty ogólnej, oraz ustawowe uregulowanie wszystkich spraw, odnoszących się do zwalczania chorób zakaźnych, mogą przynieść wydatną poprawę stosunków, obecnie jeszcze godnych ubolewania“.

A jednak ludność zataja pojedyncze przypadki chorób zakaźnych właśnie z obawy strat materyalnych. Gdyby się więc dowodnie przekonała, że strat materyalnych w formie porządnej kary pieniężnej nie uniknie, natomiast zaś, że władze sanitarne postarają się o rychły zwrot strat, połączonych z odkażeniem odzieży, pościeli i t. d., zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie dość wcześnie władze o chorobie uwiadomiono, to we własnym bezpośrednim interesie ludność nie zatajałaby chorób zakaźnych. Droga rozwoju oświaty, nowych ustaw (zostających u nas z braku egzekutywy przeważnie na papierze), poprawy stosunków gminnych i t. d. jest wprawdzie bardzo racyonalną, ale bardzo niestety daleką.

Drugiem ciężkiem utrudnieniem walki z chorobami zakaźnemi jest brak domów izolacyjnych w gminach, a jeśli nawet gdzie wyjątkowo się znajdą, to znowu ludność opiera się odosobnieniu chorego, które tylko z pomocą żandarmów przeprowadzić można.

Nie możemy mimo to wszystko nie przyznać, że od dziesiątków lat nie mieliśmy tak małej śmiertelności z chorób zakaźnych, jak właśnie w roku sprawozdawczym.

Wydatki ze skarbu państwa, poniesione w tym roku na zwalczanie chorób zakaźnych, wyniosły 197.085 kor. C. k. krajowy referent sanitarny, jak również dwaj inspektorowie sanitarni, przedsięwzięli osiem podróży celem tłumienia epidemii.

Przyrządów desinfekcyjnych różnych systemów było z końcem 1900 r. w Galicyi 74 stałych, a 136 ruchomych, 18 kombinowanych i 3 formalinowe (Lingnerowskie). Brak jednak wyznaczonego kredytu na ich opał, brak jako tako wprawionej obsługi, zły stan tych przyrządów, a wreszcie niedbalstwo, były przyczyną, że tylko rzadko kiedy przyrządów tych używano. Toż nawet w Krakowie, gdzie ospa w roku sprawozdawczym wystąpiła epidemicznie z 68 przypadkami choroby, a 14 śmierci, „dezynfekcya odbywała się tylko kiedy niekiedy“.

13. Cmentarze. Grzebanie zwłok.

Każda wieś, a w niej każde wyznanie, chciałoby mieć osobny cmentarz. Zebranie jednak pieniędzy i zakupno kawałka ziemi na ten cel napotyka na ogromne trudności. Toteż sprawa cmentarzy staje się coraz bardziej piekącą tem więcej, że wobec braku cmentarzy muszą być zwłoki często wiezione dość daleko do najbliższego cmentarza, co zwłaszcza ze względu na choroby zakaźne połączone jest z wielkiem niebezpieczeństwem.

W r. 1900 przybyło 26 nowych cmentarzy, rozszerzono zaś 56 dawniejszych i trupiarni zbudowano 50 nowych. Jest ich jednak wogóle mało, — a w Grzymałowie jest na 4.200 ludności aż trzy cmentarze, ale ani jednej trupiarni.

14. Gminna służba zdrowia.

Do 102 utworzonych i w końcu 1899 r. obsadzonych okręgów sanitarnych przybyło w 1900 r. nowo-utworzonych 9 okręgów przeważnie we wschodniej części kraju. A ponieważ prócz 102 obsadzonych było z końcem 1899 roku nieobsadzonych 7 okręgów, przeto z końcem 1900 r. mieliśmy 118 okręgów sanitarnych, z których 9 jednak czasowo jest opróżnionych. Natomiast mamy jeszcze 10 powiatów, w których do r. 1900 nie było jeszcze żadnego okręgu sanitarnego, mianowicie: Brzozów, Dąbrowa, Kamionka, Krosno, Limanowa, Mielec, Przeworsk, N. Sącz, Pilzno i Wieliczka.

Z końcem r. 1900 było w 64 gminach 79 lekarzy gminnych (czytaj miejskich), przybyło zaś 2, t. j. w Myślenicach i Żabnie.

Pocieszającym jest fakt, że pojedyncze gminy tworzą coraz częściej posady położnych gminnych. Natomiast posady położnych okręgowych bywają często przez nie opuszczane, gdyż nie dają im dostatecznego dochodu. Toteż w 1900 r. aż 66 z 449 położnych okręgowych opuściło swe posady.

15. Krajowa rada zdrowia

odbyła w ciągu r. 1900 jedenaście posiedzeń, na których wydano opinię, względnie powzięto uchwały, w 59 różnych sprawach, jakoto: potrzeby otwarcia nowych aptek, nowych okręgów sanitarnych, budowy szpitali, szkolnych i t. d.

16. Wnioski c. k. kraj. Rady zdrowia.

„Opierając się na motywach, przytoczonych po części w niniejszem Sprawozdaniu, po części w sprawozdaniach z lat poprzednich, przedstawia c. k. kraj. Rada zdrowia celem poprawy stosunków zdrowotnych“ szereg wniosków odpowiednim władzom.

Wszystko to starzy nasi znajomi, bo pierwsze 22 wnioski są dosłownem powtórzeniem ze Sprawozdania z 1899 r., a przeważna ich część powtarza się nawet po 7-my lub 8-my raz. Toteż odsyłamy czytelnika do uwag, które poczyniliśmy przy każdym z nich z osobna w roku poprzednim („Przegl. lek.“ z roku 1903, Nr. 22 str. 328). Tutaj przytaczamy tylko nowo przybyłe dwa wnioski, a mianowicie:

„23. Po dziesięcioletniem doświadczeniu co do skutków pożyteczności ustawy zdrojowej z 4 listopada 1891 (dz. ust. i rozp. kraj. l. 80) należy zbadać, o ile ustawę tę należałoby zmienić, aby osiągnąć szybszy rozwój naszych zdrojowisk i uzdrowisk. Stosownie do zmiany ustawy zdrojowej należałoby potem zmienić statuta dla poszczególnych zdrojowisk i instrukcye dla lekarzy zdrojowych.

24. W celu przyspieszenia organizacyi służby zdrowia w gminach należy co rychlej utworzyć fundusz emerytalny dla lekarzy okręgowych i gminnych ze współudziałem funduszu krajowego, powiatowego, gminnego i lekarzy samych, aby ci lekarze po wysłużeniu 35 lat służby mieli prawo do pełnej emerytury, a w razie wcześniejszej niezdolności do pracy, do emerytury, stosownie do ilości lat służby, a po ich śmierci prawo do zaopatrzenia wdów i sierot, oraz do kwartału pogrzebowego“.

Sprawozdanie kończy się całym szeregiem tablic statystycznych.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Lekarze, a reforma ubezpieczenia robotniczego. W dniu 8 b. m. odbyło się posiedzenie komisyi, wybranej z łona stałej Rady pracy, komisyi, która wyłącznie zajmuje się sprawą ubezpieczenia robotniczego; obecnie zatem radzi nad reformą ubezpieczenia, przedłożoną niedawno przez rząd. Ostatnie posiedzenie dało sposobność lekarzom do złożenia swoich oświadczeń, rad i wskazówek w omawianej sprawie. Wypytywano ich bowiem w różnych kwestyach, które dotykają jużto interesów zawodowych lekarskich, jużto owych zakresów higieny społecznej, gdzie wyrokować mogą tylko lekarze na podstawie swoich doświadczeń. Powołano do tej ankiety przedstawicieli Izb lekarskich, delegatów lekarskich wiedeńskich Kas chorych, jednego lekarza Kasy brackiej i zawodowego higienika. Ci przedstawiciele stanu lekarskiego złożyli swoje oświadczenia na przedłożone im pytania i jednogłośnie oświadczyli się za rozszerzeniem obowiązku ubezpieczenia poza granice, wytknięte przez projekt rządowy, na wszystkie niesamodzielnie zarabiające osoby, które istotnie ochrony tej potrzebują. Szczególnie zwracali lekarze uwagę na potrzebę ubezpieczenia osób, zajętych na roli i w gospodarstwie leśnem, co leży zarówno w interesie własnym osób, ewentualnie ubezpieczonych, jak i ogólnej zdrowotności. Dalej żądali lekarze oznaczenia granicy dochodów, poza którą nie wolno będzie korzystać nikomu z ubezpieczenia, przyczem wyraźnie podnosili, że granica dochodów powinna być inną dla miast, inną dla wsi. Ogólne uznanie lekarzy znalazła myśl, żeby do Kas chorych w przyszłości i rodziny ubezpieczających się wciągnąć. Co do stosunku między lekarzami a Kasami chorych oświadczyli się delegaci Izb lekarskich za względnym wolnym wyborem lekarzy i wyrazili życzenie, żeby w przyszłości zamiast układów między Kasami a poszczególnymi lekarzami obowiązane były Kasy do zawierania umów zbiorowych z organizacyami lekarskiemi. *Stahr.*

IX. Wiadomosci bieżące.

Kraków, 7 grudnia.

* Dnia 2 b. m. ukonstytuowała się Izba lekarska zachodnio-galicyjska. Rząd na tem posiedzeniu zastępował starszy lekarz powiatowy dr. G. Bielański. Prezydentem Izby na dalsze trzechlecie wybrany został prof. dr. B. Wicherkiewicz; wiceprezydentem — dr. St. Schöngut; do Wydziału weszli: dr. J. Różecki (skarbnik), dr. A. Langie (sekretarz) i dr. Łodziński z Myślenic. Delegatem do krajowej Rady Zdrowia wybrany został dr. Dietzius z Jarosławia, jego zastępcą dr. St. Jabłoński z Rzeszowa. Do Komisyi weryfikacyjnej weszli: dr. L. Cwiklicer z Dobromila i dr. Wł. Rogalski z Tarnowa.

Wyrażając nowowybranej Izbie najszczersze życzenia, by na ugorze stosunków naszych zdobyła jak najwięcej plonu dla poprawy bytu stanu lekarskiego, rozstać się nie możemy i nie powinniśmy z Izbą ustępującą bez wyrażenia szczerze odczutej wdzięczności dla dr. J. Walczyńskiego, ustępującego prezydenta Izby. Wybrany przy zawiązywaniu Izb lekarskich w Austryi, był on w ciągu 10 lat najczynniejszym i najpożyteczniejszym członkiem Izby zachodnio-galicyjskiej. Przed trzema laty, gdy śmierć prof. Trzebickyego pozbawiła Izbę krakowską nietylko prezydenta, ale jedynego miejscowego członka, który był obeznany z regulaminem Izby i procederem jej działania, dr. Walczyński, ulegając ogólnej prośbie członków Izby, przyjął prezydenturę pomimo, że mieszkając stale w Tarnowie, brał na swoje barki trud niepomiernie wielki, a obowiązek ciężki i odpowiedzialny. Jeśli ofiara czasu i spokoju, srodze burzonego przez rządzenie z daleka, już sama przez się zasługuje na wdzięczność, to z drugiej strony wybitne zalety umysłu i charakteru dr. Walczyńskiego, jak wysoko pojęta delikatność i wyrozumiałość w traktowaniu spraw w Radzie honorowej, szczere altruistyczne odczucie niedoli kolegi w chorobie lub niedostatku, niezrównany takt i równowaga w przewodniczeniu Izbie, wreszcie jego pracowitość, zapobiegliwość i gorliwe wysiłki, by stanowi lekarskiemu zapewnić szacunek z jednej strony, a poprawę bytu z drugiej, — zasłużyły na to, by spełniając obowiązek prostej sprawiedliwości, wyrazić dr. J. Walczyńskiemu w imieniu ogółu lekarzy, przynależnych do Izby lekar. zachodnio-galicyjskiej, szczerze odczutą wdzięczność i tak dobrze zasłużone uznanie.

* Z łaskawie nadesłanego nam przez prof. S. Zaleskiego projektu statutu dowiadujemy się o rozpoczętych krokach w celu założenia „Związku polskiego przyrodników i lekarzy w Petersburgu“. Cel tego Związku jest następujący: 1) służyć jako ognisko do łączenia się polskich lekarzy i przyrodników na gruncie wszechstronnego rozstrząsania zagadnień, odnoszących się do wszystkich gałęzi teoretycznego i zastosowanego przyrodoznawstwa, umiejętnej i praktycznej medycyny, a także, spraw, mających styczność z warunkami narodowymi, zawodowymi i społecznymi bytu lekarzy i przyrodników polskich; 2) rozszerzać wiadomości fizyograficzne, sanitarne i lekarskie w Polsce wogóle i o polskich działaczach na arenie wiedzy i oświaty w szczególności; 3) badać Polskę i kraje ościenne pod względem historyczno-przyrodniczym, archeologicznym, etnologicznym, sanitarnym i lekarskim; 4) popierać urządzenia rządowe i zabiegi prywatne w rozwiązaniu zagadnień, odnoszących się do wszystkich gałęzi umiejętnej i praktycznej medycyny i przyrodoznawstwa; 5) organizować bezpłatną opiekę lekarską dla osób niezamożnych; 6) dążyć do poprawy bytu lekarzy.

Mieliśmy zawsze należyte poważanie dla nauki i pracy grona lekarzy-polaków, zajmujących rozmaite stanowiska w Petersburgu i stale tam przebywających. Może zbyt trudne warunki do zdobycia w drodze doboru tych stanowisk, przeważnie naukowych, stały się powodem, że zastęp ten wytworzył w sobie mocny hart, wyższe uzdolnienie i wzniosłe dążenia, a tę ostatnią kwalifikacyę dopatrujemy właśnie w szlachetnym zamiarze zawiązania stowarzyszenia naukowego, o którem wyżej mowa. Zaledwo „pod słońcem swobody“ prysła „ścięta mrozem kaskada“, o której pisze poeta w III części „Dziadów“, zaledwo opadły więzy z ramion, a myśl rozkuta wzniosła się ponad szary poziom codziennego bytu, lekarze i przyrodnicy nasi już zabrali się zbiorowo do rewindykacyi stanowiska polskiego w nauce, już nakreślili plan badań i dociekań na arenie duchowej. I to wszystko nie dzieje się nad Wisłą lub Wartą, lecz nad Newą, w krainie obcej duchem i klimatem, „gdzie grunt nie daje owoców ni chleba“. Czyn petersburskich lekarzy i przyrodników napoi otuchą każdą światłą duszę polską, stanie się drogowskazem i przykładem dla wszystkich i jak w baśni o śpiących pod Wawelem rycerzach będzie sygnałem i pobudką, która ocknie przebywających w przymusowym śnie do życia i działania.

* Prezydyum krak. Towarzystwa lekarskiego wręczyło starszemu Radcy Namiestnictwa, Saaremu, adres uznania za jego chętną, życzliwą i nader korzystną pomoc fachową przy budowie własnego domu Towarzystwa.

* Lekarzem okręgowym w Świątnikach Górnych mianowany został dr. Höflich dotychczasowy lekarz w Wareżu.

* W ostatnim Nr. „Przeglądu higienicznego“ prof. dr. Szpilman zawiadamia, że dla braku czasu nie może dłużej redagować tego czasopisma. Na następców ustępującego redaktora Komitet redakcyjny powołał prof. dr. M. Grabowskiego i doc. dr. K. Panka.

Profesorowi Szpilmanowi należy się szczera i zasłużona wdzięczność za kilkoletnie prowadzenie „Przeglądu higienicznego“.

* W m. marcu 1906 r. odbędzie się w Dreznie Zjazd Towarzystwa balneologicznego berlińskiego w połączeniu z centralnym Związkiem balneologów austryackich. Zgłoszenia odczytów i demonstracyi należy przysłać najpóźniej do 15 stycznia 1906 r. pod adresem sekretarza Związku balneologów austryackich doc. dr. Ullmanna (Wiedeń I, Judenplatz, 5).

* Na posiedzeniu Rady opiekuńczej sanatoryum w Alland zdał sprawę prof. Weichselbaum z wyników leczenia w tym zakładzie: według sprawozdawcy wyniki te są równie pomyślne, jak w najlepiej urządzonych sanatoryach niemieckich.

* Na Instytut dla badania raka w Heidelberdze zebrano do tej pory 700,000 M. — Budowa tego zakładu tak postąpiła, że będzie już otwarty we wrześniu 1906 r.

* Dnia 23 listopada b. r. wyszło rozporządzenie ministeryalne, dotyczące warunków higienicznych życia i zdrowia robotników. Takie same rozporządzenie z przed 20 lat dotyczyło tylko ogólnych zasad; obecnie wydane obejmuje szczegóły dotyczące warunków mieszkania i życia robotnika. W dalszym ciągu rozporządzenie ministeryalne nakłada na fabryki obowiązek zabezpieczania pojedynczych narządów ustroju robotnika, a względnie od zatrucia ogólnego, a to zapomocą wyszczególnionych w rozporządzeniu licznych środków ochronnych, a mianowicie: okularów, masek szklanych, respiratorów napojonych przetworami zobojętniającymi, sieci i przegród zabezpieczających i t. d. Prócz tego fabryki mają posiadać zbiór środków natychmiastowego ratowania, oraz przyborów opatrunkowych, jak niemniej mieć na miejscu kierowników, obeznanych z zastosowaniem tych środków i przyrządów.

* Między 12 a 18 listopada zdarzył się jeden przypadek ospy w Galicyi w Tarnobrzegu, oraz stwierdzono nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach: brzeżańskim, kałuskim (po 1 gminie), kamioneckim (2 gm.), nadwórniańskim, przemyślańskim i stryjskim (po 1 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Burdon-Sanderson prof. medycyny w Oxfordzie. Dr. Jan Sieczenow, znakomity fizyolog — w Moskwie. Dr. Ziegler, prof. anatomii patologicznej — w Freiburgu.

Bibliografia:

Czasopism z Królestwa Polskiego — nie otrzymaliśmy.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 12. Barczewski: Znaczenie zdrowotne regulacyi miast. Szulisławski: Z higieny oka. O ostrym śluzoropotoku spojówek i ochronie oczu niemowląt (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 23 zawiera: Walka z cholerą w Królestwie Polskiem. — Znaczenie higieny w szkolnictwie. — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w roku 1905 (c. d.). — Historya sporu lekarzy z technikami dentystycznymi (dok.). — W sprawie „Związku prasy lekarskiej polskiej". — Odcinek.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 11. Kessler: Albuminuria intermittens. Helbich: Ovinech maltonových.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 48. Kràle: O stavech úzkostných. Babák: Výzkumy o proměnlivosti zaživací roury vlivem potravy (dok.). Frankenberger: Vrozená atresie hrtanu (c. d.). Vyšin: Případ intersticiálního emfysemu u dítěte.

— *La Presse médicale* Nr. 94. Letulle: Badania szczytu płucnego. Vacher: Niewydolność oddechania nosowego, jej postacie, przyczyny i następstwa. — Nr. 95. Guyon: Klinika chorób dróg moczowych. Edukacya kliniczna. Desfosses: Sieć naczyń chłonnych nosa i jam nosowych.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 48. Curschmann: Przemieszczenie tchawicy i krtani w następstwie pewnych zmian w narządach klatki piersiowej. Riedel: Skręcenie przyczepka sieciowego i jego następstwa. Klapp: Uruchomienie bocznego skrzywienia kręgosłupa zapomocą metody czynnej. Danielsen: Znaczenie dla chirurgicznych poliklinik i lekarzy praktykujących zastosowanego leczenia ostrych zapaleń. Prym: Leczenie chorób zapalnych migdałków zapomocą przyrządów, wywołujących przekrwienie. Reeb: Pubiotomia pod względem klinicznym i technicznym. Liepmann: Lewa półkula mózgowa a czynność człowieka. Gross: Powikłanie płonicy żółtaczką. Wagner: Ilościowe oznaczanie cukru w moczu i jego kliniczne znaczenie, oraz opis nowego przyrządu do kiśnienia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 48. Klein: O wpływie hemolitycznych „komplimentów" zapomocą aglutynacyi i precypitacyi. Wrzosek: O hodowaniu beztlenowców bezwzględnych w pożywkach z wolnym dostępem powietrza. Suess: O anatomicznem piętnie wrodzonego usposobienia do gruźlicy. Fink: Sprawozdanie o dalszych operacyach kamieni żółciowych. Bukowski: O przeciwpłoniczej surowicy Mosera.

Deutsche med. Wochenschrift Nr. 48. Loeffler: Szczepienie ochronne przeciw zarazie pyskowej i racicowej. Loevy: Zaburzenia w przemianie substancyi białkowatych w klimacie wysoko górskim. Mezincescu: Prątki rzekomogruźlicze w rozpoznawaniu gruźlicy. Elsaesser: Kliniczne spostrzeżenia nad leczeniem neotuberkuliną i doniesienie o jednym przypadku obustronnej gruźlicy tęczówki, wyleczonej zapomocą dawniejszej tuberkuliny. Garré: Wskazania do zachowawczego a operacyjnego leczenia gruźlicy stawów (dok.). Wiesinger: Kamień żółciowy jako przyczyna niedrożności jelit bez poprzedniego wykazalnego zaburzenia w drogach żółciowych. Urbantschitsch: Leczenie przewlekłego zapalenia ucha środkowego (dok.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 48 (od dnia 26/XI do 2/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 25, dziew. 26; nieżywo: chł. 1. dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 14. kob. 18; zamiejscowych: męż. 15, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 7. ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. ,— ob. 2. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 8, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Z krajowych gałęzi przemysłu lekarskiego ma za sobą najpoważniejszą tradycyę wyrób narzędzi chirurgicznych i innych lekarskich, gdyż najstarszy warsztat wyrobów tych w naszym kraju należy do firmy **A. Biasiona w Krakowie,** założonej jeszcze w roku 1801, przed wiekiem przeszło, i przodującej w tym dziale do dziś dnia, jak świadczą nagrody i odznaczenia na wszystkich wystawach krajowych począwszy od r. 1872, których wraz z dyplomem ministerstwa handlu otrzymała ta fabryka jedenaście.



Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrwności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziale III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to. 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. **Cena małej flaszki** K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej **w aptece Konstantego Wiszniewskiego** w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin“

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

Dr. UHMY

PUDER NA WŁOSY w płynie.

Doskonale odtłuszcza i odkaża skórę, zapobiega wypadaniu włosów, wzmacnia ich porost. — Do nabycia w zasobniejszych aptekach, drogueryach i składach perfum. W Krakowie: W. Redyk, Reim i K. Wiśniewski; we Lwowie: Hay, Mikolasch; w Wiedniu: Nieust. Wyst. Zw. prz. I. Spiegelg. 21. 175

LOTERYA GWIAZDKOWA

na rzecz funduszu wdów i sierót austryackiego związku towarzystw lekarskich.

1500 wygranych — wartości 50.000 K.

3 główne wygrane 25,000, 5000 i 1000 K.

wypłacane być mogą na żądanie 110

w gotówce

Cena Losu 1 Korona. — Nabyć można we wszystkich kantorach wymiany, trafikach i biurach loteryjnych.

Ciągnienie 4 stycznia 1906.

Rok XLIV. Kraków 16 Grudnia 1905. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Niedokrwistość złośliwa postępująca. *Anaemia perniciosa progressiva, anaemia Biermeri.*

Wyjątek z rękopisu dodatkowego zeszytu dzieła „Nauka o chorobach wewnętrznych“, wydawanego przez prof. W. Jaworskiego.

Napisali

Prof. Edward Korczyński i **Dr. Stanisław Szurek,**
Dyrektor kliniki lek. U. J. Asystent kliniki.

W przeciwieństwie do blednicy niedokrwistość złośliwa postępująca jest chorobą, poznaną i opisaną dopiero w nowszych czasach. Pierwsze wzmianki i opisy wyszły z pod pióra Marshalla Halla i Barclaya w połowie zeszłego stulecia, a pierwszą krótką pracę o tej chorobie napisał Addison w r. 1855. Istotną atoli i niezapomnianą zasługą szwajcarskiego lekarza Biermera jest sklasyfikowanie jej w r. 1868, a potem w r. 1871 oznaczenie jako odrębnej postaci chorobowej z określeniem jej osobnego miejsca w systemie i mistrzowskie skreślenie całokształtu jej obrazu klinicznego, do którego nowsze czasy niewiele dorzucić potrafiły. Po Biermerze ogłoszono liczne prace zarówno anatomiczne (Cohnheim, Neumann, Litten, Orth i t. d.), jak i kliniczne (Immermann, Gusserow, Quincke, Eichhorst, Dunin it. d.); pomimo to nauka nie wypowiedziała dotąd w tej sprawie ostatniego słowa i akta jej długo jeszcze nie będą zamknięte.

Określenie pojęcia choroby. Ponieważ Biermer w pracy swojej uwzględnił tylko przebieg kliniczny, nie wdając się w etyologię i ponieważ dalej doświadczenie późniejsze stwierdziło, że niedokrwistości wtórorzędne wysokiego stopnia mogą okazywać obraz, niczem nie różniący się od obrazu niedokrwistości złośliwej postępującej, z drugiej strony symptomatologia i anatomia patologiczna niedokrwistości złośliwej postępującej nie okazują nic dla niej właściwego, przeto zapatrywania, kiedy mamy do czynienia z niedokrwistością złośliwą postępującą w ścisłem tego słowa znaczeniu, są dotąd niezgodne, pojęcie tej sprawy dotąd nie jest ściśle określone, a odgraniczenie jej od innych niedokrwistości trudne i różnie przez klinicystów i anatomów pojmowane. Dlatego też jest wielką zasługą Eichhorsta, że jeszcze w r. 1878, pisząc swoją monografię o tej chorobie, położył nacisk na to, że do pojęcia postępującej złośliwej niedokrwistości koniecznym jest „brak pierwotnych schorzeń organicznych“. Eichhorst zatem pierwszy i to całkiem słusznie z tego pojęcia wyłączył wszelkie niedokrwistości wtórorzędne, przebiegające pod obrazem niedokrwistości złośliwej, a więc stanął na stanowisku ścisłego rozdziału tych etyologicznie ciemnych, pierwotnych ciężkich niedokrwistości od wszelkich innych, objawowych.

W przeciwieństwie do klinicysty Eichhorsta anatom Birch-Hirschfeld zajął w r. 1892 stanowisko czysto anatomiczne i uważał wszelką ciężką niedokrwistość za złośliwą postępującą, jeżeli tylko przebiegała ona ze zwyrodnieniem i zmniejszeniem liczby ciałek krwi czerwonych i wypływającym stąd rozpadem białka i zwyrodnieniem tłuszczowem rozmaitych narządów, a w szczególności serca, przyczem wedle niego wzmożony rozpad ciałek krwi czerwonych przy niedostatecznej ich odnowie miał stanowić czynnik główny, — bez względu na to, jakieby było jej tło, a więc bez względu, czy ją wywołały częste krwotoki, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, czerwie jelitowe, ciąża, kiła, zimnica, zakażenie o nieznanych wrotach (kryptogenetyczne), lub samozatrucie; zapatrywanie to ze stanowiska anatomicznego być może słuszne, jednak ze stanowiska kliniczno-praktycznego mylne, a nawet szkodliwe, ponieważ pomijające tak ważną dla skutecznej terapii etyologię. Inni klinicyści mniemali, że sam obraz hematologiczny ma w sobie coś znamiennego dla niedokrwistości złośliwej postępującej i za oznakę jej brali jedni megaloblasty (Ehrlich), inni gigantoblasty i normoblasty (Lazarus), poikilocyty i gigantoblasty, ale bez normoblastów (Michaelis) — określenie, które również z pogłębieniem naszych wiadomości hematologicznych mylnem okazać się musiało. Obecnie rozstrzygającem dla istoty niedokrwistości złośliwej postępującej jest tło etyologiczne i większość klinicystów uważa tylko te przypadki za niedokrwistość złośliwą postępującą, gdzie za życia najdokładniejsze badanie kliniczne nie wykrywa żadnej sprawy anatomicznej, niszczącej ustrój, a oględziny pośmiertne nie wykazują żadnej takiej zmiany, którąby tłómaczyła te ciężkie zaburzenia w mieszaninie krwi, gdzie zatem sprawa jest ściśle pierwotną, oczywiście uwzględniając i wywiady i obraz mikroskopowy krwi. Na tem stanowisku etyologicznem stoi i Grawitz, który za najważniejszą cechę tej choroby uważa to, że niedokrwistość z chwilą usunięcia czynnika ją wywołującego nie zostaje wyleczoną przez odrodczą czynność narządów krwiotwórczych, ale pozostaje wadliwy kierunek w odnowie krwi.

Na tem stanowisku stała także zawsze i szkoła krakowska. Ed. Korczyński uważa za niedokrwistość złośliwą postępującą tylko te ciężkie niedokrwistości pierwotne, które przebiegały pod obrazem skreślonym przez Biermera, a zarówno badanie kliniczne jak i anatomopatologiczne dawały wynik ujemny; inne, następowe, objawowe, z klinicznie lub sekcyjnie wykazalną podstawą, choćby zupełnie podobne, uważał za wtórorzędne.

Podział. Kreśląc obraz swej niedokrwistości złośliwej postępującej przypuszczał Biermer, że etyologia tej choroby, jakkolwiek była dla niego ciemną, jest jednolitą.

Pokazało się jednak wkrótce, że przyczyna tego obrazu objawowego nie jest bynajmniej jednolitą i że pewne przypadki niedokrwistości złośliwej postępującej po niewątpliwem stwierdzeniu ich istotnej przyczyny muszą być z tej grupy wydzielone.

Już w r. 1854 Griesinger zwrócił uwagę na tak zw. „zwrotnikową egipską błednicę“, wskazując na jej przyczynę: tęgoryjca dwunastnicy *(anchylostomum duodenale)*. Wnet potem spostrzeżono podobne przypadki, czasem całe nawet endemie w Europie. Przypadki te dawały typowy obraz Biermerowskiej niedokrwistości. W r. 1883 Albrecht i Botkin w Petersburgu, a za nimi Reyer i Runeberg, opisali przypadki niedokrwistości złośliwej, wywołane przez bróździgłowca *(botriocephalus latus)*; od tego czasu liczba spostrzeganych przypadków tak dalece wzrosła, że obecnie nie ulega już najmniejszej wątpliwości, iż pewne postacie niedokrwistości złośliwej mogą się rozwijać na tle pasorzytnem. Stwierdzono dalej, że podobne znaczenie mogą mieć i inne czerwie, jak tasiemiec przewiercony (*taenia mediocanellata*) (Nonné). Zauważono następnie, że taki sam obraz kliniczny dawać mogą ciężkie schorzenia przewodu pokarmowego, a w szczególności rak żołądka i zanik błon śluzowych żołądka i jelit (*anadenia ventriculi et atrophia mucosae intestinalis* Ewald), przewlekłe zatrucia, zakażenia (kiła) i t. d.

W miarę pojawiania się dalszych spostrzeżeń i pogłębiania etyologii tej postaci niedokrwistości rosło zamieszanie, a stanowisko tak klinicystów, jak i anatomów, stawało się różne; jedni przypadki te o patogenezie znanej wyłączali z pojęcia niedokrwistości złośliwej postępującej, inni zbijali w jedną całość kliniczną wszystkie te różnorodne etyologicznie sprawy, których objawem była ciężka niedokrwistość. W ten chaos opinii starała się oddawna klinika krakowska (Ed. Korczyński) wprowadzić pewien ład, a stojąc w myśl Eichhorsta na etyologicznym punkcie widzenia, była oddawna zdania, że nie ma właściwie jednej niedokrwistości złośliwej, ale że istnieje cała gromada niedokrwistości złośliwych, która rozpada się znowu na dwa większe działy: jeden dział wielki, to niedokrwistości złośliwe postępujące wrzekome (*anaemiae spuriae)*; do działu drugiego należy niedokrwistość złośliwa postępująca prawdziwa (*essentionalis*, *genuina*); pierwsze, będące właściwie niedokrwistościami ciężkiemi, ale wtórorzędnemi, bo wywołanemi przez przyczyny, klinicznie albo anatomicznie uchwycić się dające, a przebiegające pod obrazem klinicznym niedokrwistości Biermerowskiej; druga — właściwa niedokrwistość złośliwa postępująca, wybuchająca często bez żadnej przyczyny, której przyczyna dotąd ciemna, a nad której etyologią zastanowimy się w dalszym ciągu. Podział więc niedokrwistości złośliwych byłby następujący:

I. Niedokrwistości złośliwe postępujące rzekome *(an. pernic. progr. spuriae, deuteropathicae)*.

a) Niedokrwistość złośliwa postępująca rzekoma pasorzytna *(an. pernic. progr. spuria helminthiaca)*.

b) Niedokrwistość złośliwa postępująca rzekoma nowotworowa (*an. pernic. prog. spuria neoplasmatica*).

c) Niedokrwistość złośliwa postępująca rzekoma w następstwie zaniku błony śluzowej żołądka i jelit (*an. pern. progr. spuria ex anadenia ventr. et atrophia mucosae intest*) (?).

d) Niedokrwistość złośliwa postępująca rzekoma kiłowa *(luetica)*.

e) Niedokrwistość złośliwa postępująca toksyczna (*an. pern. progr. spuria toxica*) (As, Pb, CO i t. d., i t d.), których liczba niewątpliwie z biegiem czasu wzrośnie.

II. Niedokrwistość złośliwa postępująca prawdziwa (*an. pernic. progr. essentionalis*, *genuina*, *protopathica*)

O pierwszym rodzaju niedokrwistości była mowa w innych rozdziałach; tę omówimy szerzej w dalszym ciągu.

Etyologia i patogeneza. Wszelkiego rodzaju czynniki, osłabiające fizyologiczną odporność ustroju, mogą spowodować wybuch tej choroby. Taką przyczyną przygodną mogą być złe warunki zewnętrzne, niedostateczne odżywienie, umysłowe przepracowanie, wzruszenia psychiczne, ciąża, porody, przewlekłe krwawienia (z wrzodu żołądka, macicy, guzów krwawniczych), przebyte choroby zakaźne, między niemi kiła, przewlekłe zatrucia i t. d.; są to wszystko przyczyny przypadkowe, wywołujące.

Ogromnej wagi, większej niż w jakiejkolwiek innej chorobie, zdaje się być pewnego rodzaju osobnicza skłonność krwi do tego cierpienia, która sprawia, że z wielkiej liczby ludzi, narażonych na też same szkodliwości i to w wyższym jeszcze stopniu, zaledwo mały ułamek zapada na niedokrwistość złośliwą postępującą, zupełnie tak samo, jak z cierpiących np. na bróździgłowca lub tęgoryjca tylko mała część okazuje zboczenia, właściwe dla ciężkiej niedokrwistości, reszta pozostaje zupełnie zdrową.

Co do istoty tej choroby toczy się oddawna spór o to, czy istota złośliwej niedokrwistości zasadza się na wzmożonym rozpadzie krwi (*hemolysis*), czy też na zakłóconem wytwarzaniu krwi, a więc czy w niedokrwistości złośliwej prawdziwej chodzi o pierwotny rozpad krwinek czerwonych (*erytrolysis*), czy też o pierwotne cierpienia szpiku (myelopatyę)? Ehrlich i Lazarus odnajdują istotę jej w pierwotnem cierpieniu szpiku toksogenetycznego pochodzenia; natomiast Neumann i Pappenheim biorą ją za pierwotny rozpad krwinek, również toksogenetycznego pochodzenia. Dla nas nie ulega wątpliwości, że niedokrwistość złośliwa postępująca w ściślejszem znaczeniu nie jest ani dalszym stopniem prostej niedokrwistości (Hayem), ani spotęgowaną błednicą, ale postacią chorobową samoistną, mającą uprawnienie do bytu samoistnego i to chorobą krwi, nie zaś szpiku kostnego. Dla nas ta odrębna postać niedokrwistości jest jakoby zwyrodnieniem (degeneracyą) „krwi“, powolną jej nekrobiozą. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Zapalenie sutka u kobiet z zejściem śmiertelnem.

Podał

Dr. Hugo Ehrlich (Przemyśl).

Zapalenie sutka u kobiet, szczególnie u karmiących, jest niewątpliwie często spotykaną chorobą, a rokowanie w niej jest przez wszystkich lekarzy uważane za pomyślne. I w piśmiennictwie, traktującem o tym przedmiocie, tylko niektórzy autorowie nie wykluczają możliwości zejścia śmiertelnego wskutek zapalenia sutka.

Spostrzegany przezemnie przypadek zakończonego śmiercią zapalenia sutka zachęcił mnie do przejrzenia dotycza-

cego piśmiennictwa, o ile ono dostępnem mi było, w dwu kierunkach: po pierwsze szukałem przypadków, mniej lub więcej podobnych do mojego, po drugie starałem się zestawić zapatrywania rozmaitych autorów co do rokowania, aby na podstawie tego dojść do wniosku, jakie stanowisko należy nam dziś zająć wobec rozmaitych postaci zapalenia sutka.

Historya choroby przypadku, przezemnie spostrzeganego, jest następująca:

Wywiady. 11/III 1903. *C. R.*, l. 24, żona krawca. Ojciec chorej umarł przed kilku laty na zapalenie płuc, matka i rodzeństwo zdrowe. Nigdy przedtem nie chorowała; przed 5 miesiącami przebyła pierwszy poród bez pomocy lekarskiej, połóg był bezgorączkowy. Dziecko karmi sama. Od 3 dni skarży się na ból w lewym sutku, który pomimo zaprzestania karmienia po chorej stronie i stosowania zimnych okładów, nie ustaje. Kilkakrotnie miała dreszcze, potem uczucie gorąca. Skarży się oprócz tego na ból głowy, upadek sił, brak łaknienia, nadmierne pragnienie.

Stan obecny: Ciepłota 39·5⁰, tętno 140, małe, miękkie. Chora średniego wzrostu, dość dobrze odżywiona. Twarz blada, oczy lśniące, język obłożony, dość wilgotny. Górna połowa lewego sutka guzowata i twarda, na dotyk bolesna; dolna połowa ma zbitość jednostajnie twardą, skóra na niej napięta, świecąca, nieco zaczerwieniona. Na brodawce sutkowej nie można wykryć przy najdokładniejszem badaniu żadnego ubytku. Stłumienie wypukowe ponad śledzioną zajmuje większy obszar. Oprócz tych zmian chorobowych innych nigdzie wykazać nie można.

Poleciłem chorej, mieszkającej w jednej brudnej izdebce, udać się natychmiast do szpitala celem poddania się operacyi, zwracając uwagę na niezbędną jej potrzebę wobec groźnego stanu choroby. Pomimo tego dopiero dnia następnego popołudniu zgłosiła się chora do szpitala izraelickiego.

12/III. Ciepłota 40⁰, tętno 152, takie jak dnia poprzedniego, częste. Chora jest obojętna, nieco odurzona. Cera blada, ciemno-żółtawa, usta spalone, sadzowate, język bardzo obłożony, suchy, wysunięty okazuje drganie włókienkowe. Powierzchnia ciała sucha, gorąca. Lewy sutek przedstawia się jako półkula jednostajnie twarda, powierzchnia jego od brodawki ku dołowi ciemno-fioletowo zabarwiona. W pośrodku tej części widać dwa pęcherze zgorzelinowe wielkości korony, zawierające ciecz mętną, surowiczą, brunatno-czerwoną. Chełbotania w sutku nigdzie wyczuć nie można. Procz powyżej wspomnianego powiększenia śledziony nie można przy najściślejszem badaniu nigdzie znaleść jakichkolwiek zmian chorobowych.

Wobec ciężkiego stanu chorej przystąpiono natychmiast do operacyi, która polegała na nacięciach skóry naokoło sutka i wydrenowaniu tkanki podskórnej, następnie kilku nacięciach sutka przez całą grubość tegoż, sięgających w kierunku od brodawki ku obwodowi. Zaraz przy pierwszem nacięciu na zewnątrz sutka, a jeszcze więcej przy nacięciach tego ostatniego, słyszy się drobne trzeszczenie, a oprócz tego wydobywa się z ran ostra, przenikliwa woń zgnilizny, podobna do woni siarkowodoru. Powierzchnia przekroju jest jednostajnie brudno-żółta, wyróżnienia się jakiegoś w budowie tkanek nigdzie nie widać. Nie spostrzega się również na przekroju naciekłego sutka ani krwi, ani ropy, ani też mleka; można tylko zgarnąć nożem nieco mętnej cieczy. Jak z przekroju widać, zgorzel sięga w dolnej połowie sutka przeszło na 2 cm. w głąb. Sączkowanie sutka gazą i opatrunek zakończyły operacyę. Chora dostała wewnętrznie chininę, alkohol w wielkiej ilości, dyetę posilną, płynną.

W cieczy, zebranej z powierzchni przekroju, znalazłem oprócz miazgi, drobnych kulek tłuszczu i rzadko rozrzuconych ciałek ropnych, liczne paciorkowce i gronkowce barwiące się sposobem Grama, a w daleko większej ilości krótkie prątki o obłych końcach, które się sposobem Grama odbarwiały (prątek okrężnicy?).

Dalszy przebieg choroby był następujący:

13/III rano c. 39⁰, tętno 136; wieczorem c. 38·1⁰, tętno 140.

14/III rano ciepłota 37·3⁰, tętno 120. Chora w nocy nieco spała. Stan ogólny zdaje się być nieco lepszym. *Ung. Crédé* 4 grm. wtarto w uda. Wieczorem ciepłota 39·1⁰, tętno 148.

15/III rano ciepłota 39·3⁰, tętno 136. Przy zmianie opatrunku wydzielanie skąpe. Powierzchnie ran blado sine, o matowym połysku. Jakkolwiek w mniejszym stopniu, czuje się jednak jeszcze ową woń zgnilizny. Śledziona powiększona, brzeg jej łatwo macalny. W moczu białko. W ciągu dnia kilka rzadkich stolców. Badanie mikroskopowe krwi wykazuje we wszystkich preparatach paciorkowce. Wyhodowanie ich było mi nie możliwe z powodu braku odpowiedniej pracowni w miejscu.

Wieczorem ciepłota 39·3⁰, tętno 152.

16/III rano ciepłota 39·3⁰, tętno 148. Chora senna, usta sadzowato obłożone, język suchy, pomarszczony, popękany. Wieczorem ciepł. 39·5⁰, tętno 140.

17/III rano ciepł. 39·8⁰, tętno 152. Zmiana opatrunku. Nieznaczna ilość ropnej wydzieliny. Brzegi nacięć w górnej połowie sutka okazują tu i owdzie ziarnkowanie. Od wczoraj ustawiczna biegunka. Codzienne wcieranie 4 grm. *Ung. Crédé* i chinina nie zdołały obniżyć ciepłoty. Zresztą stan niezmieniony. Wieczorem ciepł. 40·2⁰, tętno 160, liche.

18/III rano ciepł. 40⁰, tętno małe, słabe, częste. Chora w śpiączce; dopiero po dłuższem nawoływaniu i wstrząsaniu oddziaływa mruczeniem. Oddaje mocz i kał pod siebie. Wieczorem ciepłota 40·3⁰.

19/III rano ciepłota 40·1⁰, tętno ledwie wyczuwalne, nitkowate. Głęboka śpiączka. Wstrzyknięto kamforę.

Popołudniu o godz. 5-tej ciepłota 40·8⁰. Chora zupełnie nieprzytomna, rzężenie w tchawicy. O godz. 10 wieczorem zmarła.

Obdukcya niedozwolona.

Mieliśmy zatem w tym przypadku do czynienia z głęboko sięgającą ropowicą gazorodną sutka, która miejscowo wywołała martwicę całego narządu, po części i zgorzel. W dalszym ciągu przystąpiło posocznicze zakażenie całego ustroju, które sprowadziło śmierć. Przebieg choroby był tak znamienny, punkt wyjścia ogólnego zakażenia tak widoczny, że rozpoznanie — najmniejszej wątpliwości nie dopuszczało.

Co się tyczy etyologii, to należy przyjąć, że zakażenie sutka ziarenkowcami ropnymi i równocześnie (czy też później) prawdopodobnie prątkiem okrężnicy, było powodem wtórnego ogólnego zakażenia posoczniczego, czego dowodem była obecność paciorkowców we krwi.

W piśmiennictwie dotyczącem przypadków zapalenia sutka, podobnych do mojego lub też wogóle takich, które zakończyły się śmiercią, znalazłem nie wiele.

O najdawniejszym przypadku, jaki odnaleźć zdołałem, zamieszcza krótką wzmiankę A. Cooper. Chora jego dostała niedługo po porodzie zapalenia sutka; ropień otworzył się bez pomocy lekarskiej, przyczem wylała się wielka ilość ropy, jednak w krótkim czasie potem chora umarła.

Nélaton wspomina o przypadku, o którym mu doniósł Godin. Chora zmarła z powodu zapalenia sutka, a przy obdukcyi znaleziono rozległą zgorzel powłok sutka i ropowicę całego sutka, sięgającą aż do tkanki pozasutkowej.

Velpeau spostrzegał na 200 przypadków zapalenia sutka cztery razy zejście śmiertelne. Dwa przypadki były prawdopodnie przyrody gruźliczej *(abcès froid)*, w dwu następnych stwierdzono przy oględzinach pośmiertnych, że jedyną przyczyną śmierci było zapalenie sutka.

Billroth opisuje dwa przypadki zapalenia sutka z zejściem śmiertelnem, jednakowoż nie uważa on zapalenia sutka za bezpośrednią przyczynę śmierci. Jedna chora miała zakaźny zakrzep w obu żyłach udowych w chwili przyjęcia do kliniki; druga umarła z powodu róży, której w klinice nabyła.

Barker wspomina, że Burns opisał przypadki zapalenia sutka, zakończone śmiercią, nie podaje jednak bliższych szczegółów ani też miejsca publikacyi Burnsa.

Podług Daniela miał Gosselin spostrzegać kilka przypadków zapalenia sutka z zejściem śmiertelnem.

W przypadku Grossego wytworzyło się zapalenie sutka dziesiątego dnia po porodzie, chora po 14 dniach zmarła wśród objawów ropnicy.

Mendailles podaje przypadek, spostrzegany przez Despreza, który wskutek powikłania posocznicą zakończył się śmiercią.

Schröder opisał z kliniki marburgskiej przypadek śmiertelnego zapalenia sutka; związek przyczynowy jednak między chorobą a zejściem śmiertelnem nasuwa pewne wątpliwości z powodu powikłanego przebiegu.

W przypadku Bensingera zapalenie sutka wystąpiło jedenastego dnia po porodzie, a powikłane później posocznicą sprowadziło śmierć po 17 dniach choroby. Wobec rzadkości śmiertelnych przypadków zapalenia sutka wzywa Bensinger do ogłaszania każdego spostrzeżonego przypadku.

E. Fraenkel (Hamburg) widział raz jedyny na stole sekcyjnym przypadek obustronnego zapalenia sutka u kobiety 22-letniej. Obdukcya innej przyczyny śmierci nie wykazała.

Angerer podaje, że spostrzegał w czasach przed wprowadzeniem postępowania przeciwgnilnego kilka przypadków zapalenia sutka, do którego przyłączyła się ropnica, zakończonych śmiercią.

Najświeższy przypadek, pochodzący z kliniki bazylejskiej, ogłosił Chassot na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa położniczego 19 maja 1904. Zapalenie sutka, powikłane posocznicą, zakończyło się po 18 dniach śmiercią, pomimo odcięcia chorego sutka. Oględziny pośmiertne wykazały zmiany właściwe posocznicy, której punktem wyjścia był sutek. Zakażenie było spowodowane gronkowcem ropnym i prątkiem ropy błękitnej.

Podług Chassota miał także Perret spostrzegać przypadek śmiertelnego zapalenia sutka.

Obok tej stosunkowo małej liczby ogłoszonych śmiercią zakończonych przypadków zapalenia sutka niektórzy autorowie, jak Klob, Veit, Amann, Scanzoni, Bardeleben, Winckel, Spiegelberg, Kleinwächter, Billroth, Ahlfeld, Zweifel, Angerer zaznaczają, że w nadzwyczaj rzadkich przypadkach zapalenie sutka może powikłać się ropnicą i posocznicą z zejściem śmiertelnem. Veit uważa szczególniej ropowicę zgorzelinową sutka za niebezpieczną, Amann ropnie pozasutkowe. Niepomyślnem powikłaniem zapalenia sutka może być następnie rozszerzenie się ropnia aż do żeber z następowem ich próchnieniem (Velpeau, Klob, Gundert), lub też nawet przebicie się ropy do jamy opłucnej lub śródpiersia (Velpeau, Klob, Kleinwächter, Amann, Faltin, Kehrer, Mendailes, Fehling, Gundert). Barker spostrzegał w przebiegu zapalenia sutka silne, zagrażające życiu krwotoki wskutek nadżarcia większego naczynia krwionośnego, a Miller zebrał z piśmiennictwa 14 takich przypadków. Tworzenie się wreszcie przetok ropnych, długo trwające ropienia, mogą prowadzić do charlactwa i zagrażać życiu, szczególnie u kobiet gruźliczych (Spiegelberg, Billroth, König, Levi).

Przeglądając dalej piśmiennictwo dotyczące, znalazłem, że reszta autorów uznaje rokowanie przy zapaleniu sutka jako ogółem pomyślne; niektórzy o niem wcale nie wspominają, a można jedynie tylko z opisu tej choroby wywnioskować, że i ci uważają je za dobre. Sądzę jednak, że należałoby się przyłączyć raczej do zapatrywań poprzednich autorów, którzy, uważając zejście zapalenia sutka zwykle za pomyślne, równocześnie nie zapomnieli o tem, że choroba ta i śmiercią może się zakończyć. Do poparcia tego zapatrywania nakłania mnie nietylko przypadek przezemnie spostrzegany i reszta przypadków powyżej przytoczonych, ale także wnioskowanie na podstawie etyologii i patologii zapalenia sutka. Choroba ta jest, jak każdemu wiadomo, spowodowana zakażeniem sutka drobnoustrojami, jużto paciorkowcem lub gronkowcem ropnym, już też niektórymi innymi drobnoustrojami, chorobotwórczymi dla człowieka, które, jak i z każdej innej części ustroju ludzkiego, tak i ze sutka mogą, rozmnażając się, doprowadzić do ogólnego zakażenia, ropnicy lub posocznicy. Albert orzekł, że ropnica, jako powikłanie ropni, nie należy do rzadkości. I w zapaleniu sutka te ciężkie powikłania zależą od rodzaju drobnoustroju chorobotwórczego, jego jadowitości, osobistej przyrodzonej odporności chorej, dalej od innych czynników, nam jeszcze dotąd nieznanych, a wywolujących raz lżejsze, to znów cięższe zakażenie. W takich to ciężkich zakażeniach dzisiejsza technika operacyjna i dokładne postępowanie przeciwgnilne nie zawsze potrafią, nawet wcześnie zastosowane, chorą ocalić, podobnie jak się rzecz ma w ciężkich przypadkach ropowicy kończyn. Należy przypuścić, że dzisiaj, wobec tych czynników leczniczych, przypadki zapalenia sutka z zejściem śmiertelnem są znacznie rzadsze, aniżeli w czasach, gdy nie znano postępowania przeciwgnilnego, również nie tak często zdarzają się przypadki przewlekłe, zaniedbane, gdyż chore częściej wzywają pomocy lekarskiej, która wobec dzisiejszego postępu nawet i najuboższym łatwą jest do osiągnięcia.

Wziąwszy to wszystko pod rozwagę, sądzę, że z owych pięciu przez autorów podanych możliwości niepomyślnego zejścia zapalenia sutka, cztery, jako dzisiaj bardzo małe znaczenie mieć mogące, pominąć możemy, gdyż doraźna i umiejętna pomoc lekarska tego rodzaju niebezpieczeństwa, jak ropienie żeber, przebicie ropy do jamy opłucnej lub śródpiersia, krwotoki po nadżarciu przez ropę naczyń krwionośnych, wreszcie długo trwające przetoki z ropieniem, prowadzącem do charlactwa, wczas odwrócić i chorą ocalić może. Natomiast ciężkie zakażenia sutka, w przebiegu których przychodzi szybko do zgorzeli lub odmy łączno-tkankowej, dają słabą nadzieję utrzymania życia, a powikłania ropnicą lub posocznicą prowadzą w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego.

Jak widzimy odsetek śmiertelności z zapalenia sutka jest bardzo mały; sądzę jednak, że nie wszystkie przypadki śmiertelne z jakichkolwiek powodów zostały ogłoszone, a ze względu na ich rzadkość mało zwracano na nie uwagi. Zdaje mi się jednakowoż, że należy i o nich pamiętać i w cięższych przypadkach zapalenia sutka, w których cały lub większa część sutka jest zajęta, lub gdzie się ma do czynienia z ropniem podsutkowym, wreszcie, gdzie są objawy ogólnego zakażenia posoczniczego, co do rokowania być bardzo ostrożnym.

Piśmiennictwo. 1) Alfeld. Lehrbuch der Geburtshülfe, 1898, str. 598. — 2) Albert: Eulenburgs Realenzyklopädie, T. I, 1894, str. 136. — 3) Amann: Klinik der Wochenbettkrankheiten, 1886. str. 258. — 4) Angerer: Krankheiten der Brustdrüsen. Handb. d. prakt. Chirurgie.

1902, T. II, str. 578. — 5) Bardeleben: Lehrb. d. Chirurgie, 1875, T. III, str 566 — 6) Barker: Puerperalkrankheiten, 1880, str. 90 i 93. — 7) Bensinger: Zentralbl. f. Gynäk., 1902, Nr. 52, str. 1437. — 8) Billroth: Krankheiten d. weibl. Brustdrüsen. Handb. d. Frauenkrankh., 1886, T. III. str. 22. — 9) Chassot: Bulletins de la Société d'Obstétrique de Paris, séauce du jeudi 19 mai 1904. — 10) A. Cooper: Krankheiten der Brust. Z angielsk. 1836, Cz. I, str. 6 — 11) Daniel: These de Paris, 1883. — 12) Faltin: Inaug. Dissert. München, 1892. — 13) Fehling Physiologie u. Pathologie d. Wochenbettes. 1890, str. 180. — 14) E. Fraenkel: Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. XII, Z. 4, str. 440. — 15) Grosse: Zentralbl. f. Gyn. 1892, Nr. 34, str. 683. — 16) Gundert: Inaug. Dissert. Würzburg, 1900. — 17) Kleinwächter: Grundr. d. Geburtshülfe, 1887, str. 345. — 18) Klob: Pathol. Anatomie d. weibl. Sexualorgane, 1864, str. 511. — 19) König: Lehrbuch d. Chir. 1889, T. II, str. 64. — 20) Levi: Inaug. Dissert. Würzburg, 1886. — 21) Mendailles: These de Paris, 1896. — 22) Miller: podł. Barkera. — 23) Nélaton: Tumeurs de la mamelle, 1839, str. 38. — 24) Perret: podług Chassota. — 25) Scanzoni: Krankheiten d. weibl. Brüste, 1859, str. 126. — 26) Schröder: Inaug. Dissert. Marburg, 1896. — 27) Spiegelberg: Lehrb. d. Geburtsh. 1891, str. 694. — 28) G. Veit: Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane, 1867, str. 704. — 29) Velpeau: Traité des maladies du sein. 1854. — 30) Winckel: Pathologie u. Therapie d. Wochenbettes, 1878, str. 428. — 31) Winckel: Lehrbuch d. Geburtsh. 1893, str. 812. — 32) Zweifel: Lehrb. d. Geburtsh. 1892, str. 585.

III. Z kliniki laryngologicznej prof. Pieniążka w Krakowie.

Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny

Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Leczenie zwężeń przy tracheo- i bronchoskopii górnej: Przeciwwskazania są podobne, jak i przy użyciu tych zabiegów do celów rozpoznawczych, tylko nieco rozszerzone, a mianowicie wtedy, gdybyśmy musieli używać tych zabiegów wielokrotnie i to w krótkich odstępach czasu. Jednokrotne wprowadzenie tracheoskopu może krtań przy zmianach powyżej opisanych znieść zupełnie dobrze, albo oddziaływa na nie tylko nieznacznie. Natomiast kilkakrotne zadrażnienie, i to w krótkich odstępach czasu, łatwo może wywołać silny nawet odczyn. Doświadczenie to zrobiliśmy już przed tracheoskopią przy wprowadzaniu rurek Schrötterowskich. Czasem znosi krtań zupełnie dobrze codzienne wprowadzanie tych rurek przez kilka tygodni, przyczem obrzmienia podwięzadłowe powoli ustępują; naraz jednego dnia po użyciu rurki grubszej powstaje silny obrzęk, wywołujący czasem potrzebę tracheotomii. Silne zasychanie wydzieliny przy istniejącem zwężeniu może stać się powodem tracheotomii, po której łatwiej usunąć wydzielinę, czasem w bryły zaschniętą. W niektórych przypadkach może zaschnięta wydzielina być wprost przyczyną znacznej duszności, a nawet śmierci, o ile na czas nie wykonamy tracheotomii. I tak u jednego z naszych chorych z nieznacznem tylko zwężeniem powstał nagle w nocy silny napad duszności; u chorego prawie już nieprzytomnego wykonano tracheotomię, po której chory wyrzucił z tchawicy całą bryłę zaschniętego śluzu, poczem oddech wrócił do pierwotnego stanu. Podobny przypadek zdarzył się nam także po założeniu rurki Schrötterowskiej u jednej chorej, u której oderwana od ścian zaschnięta wydzielina tak zatkała otwór zwężenia, iż musiano wykonać tracheotomię.

Obrzmienia krtani szczególnie łatwo występują podczas ciąży i to nawet w jej pierwszych miesiącach. Przy nieznacznych nawet zmianach w krtani ciąża może stanowić przeciwwskazanie tak do tracheoskopii, jak i do bronchoskopii górnej.

U chorych ciężarnych tracheoskopia górna wywołuje łatwo odczyn pod postacią obrzmień zapalnych, zajmujących wejście do krtani, jak i okolicę podwięzadłową, i szybkie rozszerzanie się ograniczonych dotąd nacieków. Wprawdzie i w innych przypadkach, nie powikłanych ciążą, zdarza się nieraz, iż po zabiegach śródkrtaniowych, przy których nie zdołaliśmy doszczętnie usunąć nacieków, powstaje odczyn albo w postaci obrzmień lub szybszego rozwoju tkanki twardzielowej, odczyn ten jednak bywa zwykle nieznaczny i nigdy, przynajmniej w przypadkach przez nas spostrzeganych, nieosiąga tego stopnia, co przy ciąży.

Tracheotomia wskazana więc jest ze względu na krtań; tchawica bowiem sama znosi zabiegi przy kilkakrotnej nawet tracheoskopii górnej bez odczynu. W dwóch też naszych przypadkach po usunięciu nacieków u kobiet ciężarnych był wynik ze względu na tchawicę bardzo dobry, w miejscu nacieku wytworzyła się blizna.

U kobiet więc ciężarnych, u których równocześnie zajęta jest krtań, należy raczej wykonać tracheotomię; sama możliwość obrzmienia następowego nie jest tego powodem, lecz przeważnie szybkie następowe rozszerzanie się nacieków w krtani.

Możliwości poronienia nie miałbym na względzie. Zwężenie także i podczas ciąży usunąć należy; tak zaś tracheotomia z następową tracheo-bronchoskopią dolną, jak i samo nawet wprowadzanie rurek Schrötterowskich może wywołać poronienie; wynik w obu przypadkach ten sam, a robiąc to obywamy się bez tracheotomii. Jeżeli więc niema przeciwwskazania ze względu na krtań, to można tracheo- i bronchoskopię wykonywać i u ciężarnych.

Zmiany, usadowione na przejściu krtani w tchawicę i w górnym odcinku tchawicy, usuwamy zwykle pod kontrolą lusterka krtaniowego. Należą tu ziarniny (granulacye), nacieki tak płaskie, jak i guzowate, wreszcie nacieki, występujące w postaci fałdów półksiężycowatych. Używamy do tego albo szczypczyków krtaniowych, albo nożyka, ostrej łyżeczki, żegadła, albo wreszcie czopków i rurek Schrötterowskich. Postępowanie nasze wobec fałdów zależy od ich grubości; cienkie rozcina się nożykiem lub żegadłem; pękają one także przy wprowadzaniu odpowiednio zagiętych rurek Schrötterowskich; krwotok bywa przytem bardzo nieznaczny. Rurki Schröttera wprowadzamy i po poprzedniem przecięciu fałdu, a to w tym celu, aby niedopuścić do ponownego zlepienia się brzegów rany i aby częściowo rozszerzyć zwężenie.

Przy zmianach w górnej części tchawicy użyć możemy także rurki Kirsteinowskiej. Nadają się do tego sposobu postacie guzowate nacieku twardego, nie dającego się pod kontrolą lusterka usunąć. Przy fałdach znacznej grubości można je w rurce Kirsteina lub w tracheoskopie powoli usuwać przez przypalanie żegadłem; nie powinno się jednak przypalać naraz większej powierzchni, szczególnie przy zna-

czniejszem zwężeniu, ze względu na odczyn zapalny, który po przypaleniu bywa silniejszy, niż po zwykłych zabiegach chirurgicznych.

Przy zmianach tchawicy, nie nadających się już zupełnie do leczenia pod kontrolą lusterka z powodu nizkiego ich usadowienia, używamy tracheoskopu.

Najwdzięczniejszem zadaniem jest leczenie zmian, występujących w postaci ziarnin pojedynczych, lub też ułożonych w kępki i przy cienkich fałdach, pierścieniowato lub też w postaci listew zwężających światło tchawicy.

Przy ziarninach już przeprowadzenie tracheoskopu przez miejsce zwężone działa czasem lecząco, brzeg bowiem tracheoskopu oddziela ziarninę od jej podstawy. Jeżeli ziarnina zwęża w postaci guza światło tchawicy, lub też okrężnie obejmuje tchawicę, wtedy posługujemy się albo łyżeczką ostrą, lub też szczypczykami. Szczypczyków używamy tutaj podobnych, jak do krtani, tj. łyżeczkowatych o ostrych brzegach.

Wobec postaci ziarninowej wystarcza jednorazowa lub dwukrotna tracheoskopia do usunięcia zmian. Krwawienie zwykłe nie bywa znaczne i trwa tylko podczas zabiegu, po oddzieleniu tkanki ziarninowej od podstawy ustaje.

Blizny, zwężające w postaci pierścienia okrężnie tchawicę, usuwa się ostrą łyżeczką. Ostrym jej brzegiem rozdziera się pierścień na kilka odcinków, które potem można usunąć ostremi szczypczykami; zresztą nawet sobie pozostawione zwieszające się części rozdartego pierścienia ulegają już w krótkim czasie zanikowi. Przy fałdach i pierścieniach grubych wskazane jest przecięcie ich nożykiem, lub też żegadłem, a nawet wycięcie ich zupełne; po zupełnem jednak wycięciu trzeba uważać, by powstająca blizna nie wytworzyła ponownego zwężenia. Zapobieganie temu polegałoby na przeprowadzaniu od czasu do czasu tracheoskopu przez miejsce zajęte, tracheoskop działałby przytem rozszerzająco. Podobnie usuwamy listwy, dzielące w najrozmaitszych kierunkach światło tchawicy.

Przy bliznach i naciekach twardych, zajmujących tchawicę na większej przestrzeni, działanie nasze będzie polegało na stopniowem rozszerzaniu miejsca zwężonego. W przypadkach znaczniejszego zwężenia niejednokrotnie wskazaną będzie tracheotomia z następowem leczeniem zapomocą tracheoskopii dolnej.

Nacieki płaskie, guzowate, usuwamy łyżeczką ostrą, oderwane ich części szczypczykami. Przed wykonaniem zabiegu obok zakokainowania tchawicy wskazane jest także celem zapobieżenia krwawieniu użycie adrenaliny, silniejszy bowiem krwotok utrudnia i przedłuża zabieg, a dla chorego z powodu trudności w odkaszlaniu krwi przy tracheoskopie bardzo jest uciążliwy. Gdyby i pomimo adrenaliny powstał silniejszy krwotok, to wtedy wskazane jest ułożenie chorego na wznak z głową zwieszoną ku dołowi. Przy tej postaci zmian potrzeba zwykle zabiegów kilkakrotnych, szczególnie przy zmianach więcej rozlanych, których na jednem posiedzeniu niepodobna usunąć. Przy niektórych wreszcie postaciach zmian nastaje nawrót bardzo szybko, nawet już w przeciągu tygodnia. Przy zajęciu tchawicy na większej przestrzeni leczenie z pomocą tracheoskopii górnej wtedy tylko jest wskazane, gdy niema znaczniejszego zwężenia. Przy znaczniejszem zwężeniu obowiązkiem naszym jest usunąć zwężenie odrazu, co jest o wiele łatwiejsze przy tracheoskopii dolnej po poprzedniej tracheotomii. Choćbyśmy wtedy nie zdołali usunąć w zupełności zwężenia, to przeprowadzamy przez nie rurkę elastyczną, która umożliwia oddychanie i ugniatając nacieki wywołuje ich obumarcie.

Czas leczenia jest różny, zależy od rozległości zmian, wreszcie od chorych, którzy różnie znoszą ten zabieg.

Leczenie zwężeń oskrzeli.

Zwężenia oskrzeli usuwamy przy tracheo- i bronchoskopii górnej. Nacieki czyto rozlane, czyto guzowate, czyto wreszcie występujące w postaci pojedynczych ziarnin, a zajmujące wejścia do oskrzeli, usuwamy w tracheoskopie i to podobnie, jak przy zajęciu tchawicy, łyżeczką ostrą i szczypczykami. Jeżeli naciek schodzi w głąb oskrzela, to użyć już musimy bronchoskopu, który przesuwamy przez tracheoskop. W bronchoskopie leczenie jest podobne; przy ziarninie, lub gdy naciek jest miękki lub guzowaty, samo już przeprowadzenie bronchoskopu działa lecząco, brzeg jego bowiem, podobnie jak łyżeczka, usuwa części wystające; przy naciekach płaskich uciekamy się do ostrej łyżeczki, odpowiednio długiej, którą oddzielamy wystające części od podstawy. Postępowanie to, szczególnie w razie równoczesnego zajęcia tchawicy i obu oskrzeli, wymaga dłuższego czasu.

U jednej naszej chorej z zupełnie wolną tchawicą, lecz ze znacznem zwężeniem lewego oskrzela, wymagało leczenie jedenastu bronchoskopii. W przypadku tym przyczyną zwężenia był naciek ściany bocznej; na powierzchni jednostajnego tego nacieku widać było tu i ówdzie pojedynczą ziarninę. Podczas rozszerzania oskrzela lewego powstało nieznaczne zwężenie prawego, usunięto je przeprowadzeniem kilkakrotnem bronchoskopu poza zwężenie. W dwu innych przypadkach, w których stosowaliśmy bronchoskopię celem rozszerzania oskrzeli, trzeba było przedtem usunąć zwężenie tchawicy; w jednym z nich wystarczyło przeprowadzenie tracheoskopu poza zwężenie, przyczem brzeg tracheoskopu oderwał od podstawy guzowaty naciek ściany tylnej. W tymże przypadku usunięto i zwężenie oskrzela w sposób podobny, to jest przez przeprowadzenie bronchoskopu poza miejsce naciekłe.

W przypadku trzecim, w którym obok okrężnego nacieku tchawicy zajęte były oba oskrzela, do usunięcia zwężenia użyć musiałem łyżeczki ostrej i szczypczyków. Leczenie wymagało sześciu posiedzeń. Naciek klina podziałowego nie wymaga zwykle leczenia, sam przez się nie wywołuje on bowiem zwężenia. Ziarninę, pokrywającą szczyt klina, usuwa się szczypczykami.

L e c z e n i e z w ę ż e ń t c h a w i c y wykonywamy przy pomocy t r a c h e o s k o p i i d o l n e j ze względu na zmiany już to krtani, już to tchawicy.

Zwężenia krtani, niedające się usunąć przy pomocy lusterka krtaniowego, wymagają same przez się wykonania tracheotomii. Tracheotomii poprzedniej wymagają: zwężenia tchawicy znacznego stopnia, choćby ograniczone, u osób znacznie osłabionych, wyniszczonych, zwężenia, choćby nie tak znaczne, ale zajmujące znaczne przestrzenie tchawicy, wreszcie szybkie nawroty nacieków po zabiegach przy tracheoskopii górnej. Gdy obok większych zwężeń tchawicy jest także zwężenie jednego lub obu oskrzeli, to tracheotomia jest wskazana ze względu na łatwiejsze i szybsze usunięcie zwężenia.

Tracheotomię powinno się wykonać albo górną, albo też krikotracheotomię. Powody są następujące: Jeżeli równocześnie istnieje zwężenie krtani, to następowo usuwamy je albo śródkrtaniowo (chirurgicznie lub przez rozszerzanie), albo przy pomocy rozcięcia krtani (laryngofisury). Otóż zarówno zabiegi śródkrtaniowe rozszerzające, jak i śródkrtaniowe operacyjne przy tracheotomii dolnej bardzo trudno wykonać od strony przetoki tchawiczej, a nawet często jest to wprost niemożliwe. Jeżeli zaś potrzebne jest rozcięcie krtani, to albo musiałoby być oddzielone mostkiem nieprzeciętych tkanek od przetoki tchawiczej, a wtedy zamiast jednej mamy dwie rany na szyi, albo też musielibyśmy rozcinać tchawicę na dłuższej przestrzeni, chcąc otwór tracheotomijny połączyć z raną otwierającą krtań, co ze względu na możliwość późniejszego zapadnięcia się ścian tchawicy jest przeciwwskazane. Przy zwężeniach zaś tchawicy powinniśmy się zawsze starać otworzyć drogi oddechowe powyżej zwężenia, leczenie bowiem zwężeń leżących powyżej otworu tracheotomijnego jest trudne, szczególnie gdy po usunięciu części zwężających wskazane jest następowe rozszerzanie. Przy głębokiem położeniu tchawicy, jak to bywa u osób otyłych, leczenie zwężeń tchawicy ponad otworem tracheotomijnym może być wprost niemożliwe.

Leczenie przy tracheo- i bronchoskopii dolnej jest łatwiejsze i mniej męczy chorego. Do usuwania nacieków w tchawicy i oskrzelach używamy tych samych narzędzi, co i przy górnej tracheo- i bronchoskopii, tylko krótszych. W przypadkach ograniczonych zmian wystarcza zwykle kilkakrotny zabieg do ich usunięcia. Jeżeli natomiast tchawica zajęta jest na znacznej przestrzeni, jeżeli nacieki szybko odnawiają się, wtedy często całemi latami trzeba od czasu do czasu przywracać drożność tchawicy; bywa to szczególnie w tych przypadkach, w których drogi oddechowe w całej swej rozciągłości są nacieklé. Ale i w tych ciężkich przypadkach wynik leczenia czasem bywa pomyślny, w miejsce nacieków powstaje blizna, którą miejscowo kończy się sprawa chorobowa. Blizny te, o ile tworzą się okrężnie, w postaci listew, wymagają usunięcia ich lub też rozszerzania. Na stole sekcyjnym można widzieć krtań, tchawicę, oskrzela, pozbawione w zupełności błony śluzowej; wnętrze tchawicy pokryte jest jednostajną blizną, chrząstki zwapniałe, tchawica przedstawia się jakby jednolita, twarda cewa. Mogliśmy to stwierdzić na sekcyi osobników, dotkniętych twardzielą, a zmarłych ostatecznie na gruźlicę płuc. Przy naciekach, zajmujących dolną część tchawicy, po usunięciu ich zakładamy długie elastyczne rury, które uciskając na ściany tchawicy przyspieszają zbliznowacenie nacieków, równocześnie rozszerzając jej światło. Rurę elastyczną pozostawiamy zazwyczaj przez parę dni; w razie silnego zasychania śluzu tak we wnętrzu rury, jak i poniżej jej końca, trzeba ją często zmieniać. U osób tracheotomowanych zwężenie oskrzeli usuwamy nie przy bronchoskopii, lecz przy tracheoskopii dolnej. Są to zwykle przypadki, w których twardziel, istniejąc już od szeregu lat, zajęła drogi oddechowe w całości, w których przeto równocześnie starać się musimy o utrzymanie drożności krtani, tchawicy i oskrzeli. Zresztą bronchoskopia w przypadkach tych z powodu towarzyszącego jej wtedy krwawienia nie ułatwia nam usunięcia zmian. Obok zabiegów, których celem jest usunięcie nacieków, przeprowadzamy przez zwężone oskrzela cewniki, osadzone na przetyczce; po przeprowadzeniu przez zwężone miejsce przetyczkę usuwamy. Obecnie w tymże celu używamy także bronchoskopów, osadzonych na przetyczce. Chorzy ze znacznemi zmianami twardzielowemi tchawicy i oskrzeli łatwo ulegają zakażeniu prątkiem gruźliczym. Gruźlica postępuje szybko, obejmując czasami nawet tchawicę.

I tak u jednej chorej, zmarłej na gruźlicę płuc, a leczonej przez Prof. Pieniążka przez lat kilkanaście z powodu ciągłych nawrotów twardzieli w krtani, zauważono na sekcyi zmiany gruźlicze w tchawicy, wolnej za życia od twardzieli. Gruźlica napotyka u chorych tych na dobre podłoże; oddychanie często tylko przez otwór w tchawicy, zasychanie śluzu, zatrzymywanie się śluzu poniżej zwężenia, wywołujące czasem rozszerzenie małego stopnia, częste wetchnięcie krwi przy zabiegach operacyjnych, stosowanych dla usunięcia zwężenia, są czynnikami usposabiającymi do zakażenia.

Gdy skutkiem gruźlicy stan ogólny podupada, nie staramy się o zupełne usunięcie zwężenia; zresztą chorzy ci miernego zwężenia nie odczuwają, jużto z powodu przyzwyczajenia się, jużto z powodu zmniejszenia się pojemności płuc przy gruźlicy, wreszcie z powodu osłabienia i zmniejszonych ruchów. U chorych tych podejmujemy zabiegi dopiero wtedy, gdy są konieczne. Są one dla chorych męczące tak ze względu na ułożenie ciała, jak i na sam zabieg; bólu, ani krwawienia nie możemy tu pohamować kokainą i adrenaliną; natężone wreszcie działanie klatki piersiowej, wywołane potrzebą wykrztuszenia spływającej krwi, wywołuje znaczne osłabienie chorego po każdym większym zabiegu w tracheoskopie.

Do tracheo- i bronchoskopii dolnej używamy rur prostych różnej długości i szerokości, które albo wprowadzamy wprost przez otwór w tchawicy, lub też przy pomocy przetyczki.

Hermann v. Schrötter usiłował w przypadku gruźlicy, wywołującej zwężenie dolnej części tchawicy, usunąć przyczynę zwężenia w tracheoskopii górnej; gdy zaś utworzyła się blizna, rozszerzał ją w tracheoskopie odpowiedniemi rurami.

Był to przypadek następujący: Kobieta 47-letnia, duszność od 2 miesięcy; badając lusterkiem, stwierdzono ponad podziałem tchawicy masy nowotworowe, nieregularnie guzowate, zwężające silnie światło tchawicy. Badanie tracheoskopem wykazało szparę małą, gruszkowatą, otoczoną szarawo-czerwonymi guzkami. W wyjętych kawałkach stwierdzono utkanie gruźlicze. Leczenie: usunięcie w tracheoskopie nacieków, przypalenie kwasem mlecznym. Gdy po dwukrotnym nawrocie w miejscu nacieków wytworzyła się blizna, przystąpił Schrötter do rozszerzania miejsca zwężonego. Po kilku próbach użył wreszcie następującego sposobu, który podaję jego słowami: „Ich kam daher auf eine andere Idee, das Trachealrohr an seinem vorderen Ende gleichsam abzuschneiden u. das periphere mit einem Faden versehene Rohrstück nach Zurückziehung des restlichen als Conductor dienenden Rohrantheiles in der Stenose zu belassen, wobei sich der nicht genug zu schätzende Vortheil ergab, dass man während der Einführung das vor sich liegende übersehen, den Sitz des Tubus genau kontrolliren und durch Zug am Faden bei wieder vorgeschobenem Rohre eine nachträgliche Correctur vornehmen konnte. Schliesslich wurde dieses unten offene, mit Fenster versehene, in der Mitte etwas eingezogene 4 gr. schwere Rohrstück angewendet, u. der Faden um einen Bügel geschlungen, welcher dann durch die Glottis nach oben gehend u. ausserhalb der Mundhöhle befestigt wurde“. Rozszerzadło to (*dilatator*) pozostawiał Schrötter z początku $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ godziny, potem nawet godzinami z dobrym wynikiem. Rozszerzenie trwało 21 dni, średnio po 3 godziny dziennie. Rura trzymała się dobrze i niewywoływała obrzmień ani

w krtani, ani w tchawicy. U chorej tej atoli potworzyły się podczas rozszerzania ponad zwężeniem owrzodzenia tak, że rozszerzanie musiano przerwać. W tem miejscu atoli, gdzie wytworzyła się blizna, rozszerzanie odniosło skutek; miejsce zwężone powtórnie już się bowiem nie ściągło.

Krytyka sposobu, podanego przez H. Schröttera, jest trudną, przypadek jego bowiem był do tego sposobu nieodpowiedni, czego dowodem ciągłe nawroty owrzodzeń gruźliczych w tchawicy. Sądzę atoli, że w razie czysto bliznowatych lub do tego zbliżonych zwężeń sposób ten może oddać pewne usługi. (C. d. n.)

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. L. Gluziński. **Wpływ dziedziczności na występowanie zapalenia płuc.** (*Gazeta lekarska* 1905, Nr. 35). Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że przebyte w młodym wieku zapalenie płuca wpływa bardzo często ujemnie na dalszy rozwój klatki piersiowej i płuca. Taka zmieniona budowa i słabszy rozwój klatki piersiowej, oraz mniejsza odporność i słabszy rozwój płuca, a nawet odpowiedniego odcinka płuca, dziedziczy się często, co objawia się nietylko łatwiejszem zapadaniem osobników dalszych pokoleń i to z z umiejscowieniem tej sprawy nietylko w tem samem płucu, co u prostoplasty, lecz nawet prawie zawsze w odcinku płuca, dziedzicznie słabszym. Autor przytacza spostrzeżenia własne, dotyczące trzech pokoleń jednej rodziny, u której dolny płat lewego płuca był dziedzicznie słabszym i ulegał zapaleniu wielokrotnie u członków tej rodziny. *Dr. M. Blassberg.*

K. Pichler. **Przyczynek do symptomatologii następowego zapalenia gruczołu przyusznego.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1905, Nr. 43). Autor już przed dwoma laty opisał wypływ ropy z przewodu ustnego Stenona, jako nowo poznany objaw wtórnego zapalenia gruczołu przyusznego przy zapaleniu płuc. Obecnie spostrzegał autor dalsze dwa przypadki zapalenia gruczołu przyusznego przy zapaleniu płuc, a jeden jako powikłanie duru brzusznego, w których przy ucisku na gruczoł przyuszny wydobywała się ropa z przewodu Stenona w jamie ustnej. W dwóch przypadkach, zakończonych śmiercią, obdukcya potwierdziła rozpoznanie ropnego zapalenia gruczołu przyusznego. *Dr. M. Blassberg.*

Schilling. **Przyczynki do kwestyi wydzielania się amoniaku.** (*Deutsches Archiv für klin. Med.* Tom 84, Zeszyt 1—4, 1905). Autor badał mocz, mianowicie zawartość w nim amoniaku u osobników zdrowych, co 2 godziny w ciągu dnia i nocy. Absolutna ilość wydzielonego amoniaku większą jest w ciągu nocy, niż w ciągu dnia. Stosunek wydzielonego amoniaku do ilości wydzielonego azotu przedstawia krzywą z największym spadkiem w godzinach w środku dnia lub koło wieczora, która to krzywa nie jest zawisłą od pobrania pokarmów lub od wydzielania kwasu solnego drogą żołądka. Ze zwiększeniem się ilości wydzielonego azotu zwiększa się ilość amoniaku równolegle tak, że można myśleć, że ilość wydzielonego amoniaku jest zawisłą od rozpadu białka. Prostszym jest jednak pogląd, że amoniak jest tylko wyrazem stopnia kwasoty ustroju. Ze zwiększeniem się rozpadu białka zwiększa się ilość produktów kwasowych w ustroju, stąd równolegle wzrasta ilość amoniaku; także równoległe podniesienie się ilości azotu i amoniaku można spostrzegać po ciepłej kąpieli, po wysiłkach fizycznych, które to ostatnie napewno zwiększają ilość kwaśnych produktów przemiany materyi. Podanie tłuszczu jako pokarmu zwiększa ilość wydzielonego amoniaku, ale dopiero po 1—2 dniach. Fakt ten tłómaczy słusznie Schlesinger tem, że do zmydlenia tłuszczów zużywa ustrój zasady; brak tychże musi pokryć zwiększoną produkcyę amoniaku, który wiąże kwasy ustroju. Wogóle zatem stosunek amoniaku do ilości wydzielonego pokarmu jest przy prawidłowym pokarmie i unikaniu podawania alkaliiów najlepszym wskaźnikiem dla ilości nagromadzonych w ustroju kwaśnych produktów, jest wyrazem „acidozy" ustroju. *Mostowski.*

Dr. de Dominicis. **Znaczenie widma hemochromogenu.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 38, 1905). Autor podaje metodę badania śladów krwi, do której wystarcza tak mała ilość krwi, jak do żadnej z dotychczas znanych, z wyjątkiem może próby Teichmanna. Ślad krwi suchej lub w stanie rozpuszczenia, albo kilka milimetrów jednej nitki materyi, przepojonej krwią, umieszcza się na szkiełku przedmiotowem, dodaje kropelkę pirydyny i kroplę siarczku amonu, poczem przykrywa się szkiełkiem nakrywkowem. Ślad przybiera zabarwienie purpurowe od wytwarzającego się hemochromogenu; pod mikroskopem można oglądać niezbyt zresztą wyraźne kryształki tego ciała; badając zaś mikrospektroskopem, otrzymuje się bardzo wyraźne widmo hemochromogenu. Widmo to występuje nawet w takich rozcieńczeniach, przy których widmo hematoporfiryny kwaśnej już nie występuje. *Mostowski.*

Frommer. **Nowy odczyn na aceton i uwagi nad acetonuryą.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 32, 1905). Autor podaje nową próbę na aceton w moczu. Do 10 sz. cm. moczu w probówce dodaje się 1 grm. KOH w substancyi i, nie czekając na rozpuszczenie ługu potasowego, 10—12 kropli aldehydu kwasu salicylowego ($1C_6H_4OHCOH$ i 10 alkoholu absolut.). W razie obecności acetonu tworzy się na dnie koło ługu potasowego purpurowy pierścień. Jeżeli przed dodaniem aldehydu salicylowego ług potasowy się rozpuścił, płyn w całości przybiera zabarwienie żółtawe, czerwonawe, ciemnoczerwone, wreszcie karminowe. Żadne ciało, prawidłowo w moczu występujące, nie daje tego oddziaływania. Odczyn daje wynik dodatni nawet przy 0,000001 grm. acetonu w 8 sz. cm. moczu; polega on na zagęszczeniu aldehydu salicylowego z acetonem, przyczem powstaje oksybenzylaceton, który w obecności silnych zasad ulega znowu zagęszczeniu z jedną drobiną salicylaldehydu, wytwarzając dioksybenzylaceton. Sole potasowcowe tego ostatniego połączenia posiadają silnie czerwoną barwę.

Autor podaje dalej przegląd spraw chorobowych, w których występuje acetonurya. Znaczenia dla rozpoznania śmierci płodu podczas ciąży acetonurya nie posiada. Po długotrwałych porodach utrzymuje się acetonurya do 3 dni. Po krótkotrwałej akcyi porodowej nie występuje. *Mostowski.*

Moritz. **Oznaczenie bilansu kwasów i zasad w cieczach zwierzęcych.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* Tom 83, Zeszyt 5 i 6, 1905). Autor podaje swoją metodę oznaczenia amoniaku i moczu. Różni się ona bardzo mało od metody Folina, ale autor opracował ją niezależnie. Mocz znajduje się w kolbce o dwu rurkach (jedna sięga do dna, druga się kończy pod korkiem); przez dodanie 10—20 sz. cm. $\frac{n}{10}$ NaOH wypędza się amoniak z moczu i przeprowadza do drugiej kolbki, zupełnie tak samo złożonej, zawierającej 10—20 sz. cm. $\frac{n}{10}$ HCl lub H_2SO_4, gdzie amoniak ulega pochłonięciu. Przez obie tak złożone kolbki przeciąga się powietrze przez 6—8 godzin zapomocą wodnej kolbki; powietrze musi być poprzednio uwolnione od amoniaku i kwasu węglowego przez przeprowadzenie przez odpowiednie płuczki. Metoda Folina różni się tem od opisanej, że Folin używa 6—7 razy silniejszego prądu powietrza do wypędzenia amoniaku, który dla dokładnego pochłonięcia musi wobec tej szybkości prądu powietrza być chwytanym w osobnym przyrządzie. Folin używa do zalkalizowania moczu 1·0 wody i dodaje 10·0 soli kuchennej, przez co dalsze badanie danego moczu lub treści żołądkowej jest uniemożliwione. Do oznaczenia kwasu węglowego w moczu lub treści żołądkowej autor dodaje do 10 sz. cm. moczu 4 sz. cm. $\frac{n}{2}$ szczawianu sodu i około 15 sz. cm. stężonego roztworu soli kuchennej. Potem zobojętnia dokładnie mocz względem fenolftaleiny $\frac{n}{10}$ NaOH lub $\frac{n}{10}$ HCl zależnie od warunków, przyczem wszystkie węglany, w danym razie obecne, przechodzą w węglany kwaśne; dodaje się zatem do tego moczu 10 sz. cm. $\frac{n}{10}$ HCl, który wypędza CO_2, od którego badany przedmiot uwalniamy przez przeprowadzenie strumienia powietrza w tym samym przyrządzie, co do oznaczenia amoniaku. Poczem miareczkuje się dany mocz $\frac{n}{10}$ NaOH; gdy węglanów nie było w moczu, zużywa się dokładnie 10 sz. cm.; gdy były węglany, to po wypędzeniu CO_2 kwasota się zmniejszyła i przy miareczkowaniu zużywa się mniej $\frac{n}{10}$ NaOH, niż 10 sz. cm., z czego można ilość węglanów obliczyć. *Mostowski.*

CHIRURGIA. Engelmann. **Leczenie przerostu stercza sposobem Bottiniego.** (*St. Petersb. med. Wochs.* 1905, Nr. 32). Zamiarem autora jest zachęcenie swych ziomków do operacyi sposobem Bottiniego. Po wyliczeniu wad innych metod, mniej lub więcej doszczętnych, przechodzi do omawiania samej operacyi i jej techniki, polecając przyrząd modyfikacyi Freudenberga. Poprzednie badanie cystoskopem i zaznaczenie sobie kąta (sposób Jacoby'go taka sama kątowa podziałka jest też na nożu elektrycznym) wy-

klucza operowanie na ciemno i kieruje narzędzie tam, gdzie oko przedtem wybrało miejsce. Przecinać się powinno bardzo powoli (1 cm. około 1½ minuty). Cięć wystarcza 3. Palec w odbytnicy kontroluje operacyę. Efekt po operacyi następuje dopiero w kilka dni. Śmiertelność według Freudenberga 4—5·8 prc., 86·65 prc. wyleczeń, w 7·6 prc. operacya bez skutku. Z następowych powikłań najgorszem tylko jest możliwy krwotok zaraz po operacyi, lub w 1—2 tygodni przy oddzielaniu się strupa. Przeciwskazaniami są: niedowład zupełny pęcherza, zajęcie miedniczek nerkowych, jądra lub przyjądrza. Przy kamieniach trzeba najpierw je skruszyć. Z 8 operowanych pacyentów autor osiągnął u 5 zupełne wyleczenie. U jednego z nich dopiero po drugiej operacyi. *A. Klęsk.*

Kümmell. **Leczenie operacyjne przerostu gruczołu krokowego.** (*Archiv für klin. Chir.* Tom 77, Zeszyt 4, 1905). Leczenie przerostu gruczołu krokowego znalazło główny oddźwięk u amerykańskich operatorów, w szczególności wycięcie. Z początku leczono operacyjnie przerost wycinaniem częściowem od strony cewki (Mercier), a ulepszeniem tego sposobu jest operacya Bottiniego. Oparacyę tę wykonał autor 52 razy: 45 razy wynik był pomyślny. Jest ona bardzo mało bolesną, chorzy mogą zaraz wstawać z łóżka. Niebezpieczeństw autor nie widzi wielkich, robi się ją pod kontrolą palca, wprowadzonego do odbytnicy; pamiętać tylko należy, by rowki były głębokie (około 3 ctm.). W roku 1893 polecił Bier w celu wywołania zaniku gruczołu podwiązywanie tętnic biodrowych wewnętrznych. Wyniki może są i dobre, operacya ta jednak jest dla ludzi starych za poważna. Związek ścisły gruczołu krokowego z jądrami, a mianowicie częsty zanik tegoż u wytrzebionego bydła i u eunuchów naprowadził na myśl trzebienia przy przeroście gruczołu. Operacyę tę wykonał pierwszy w roku 1893 Ramm. Wyniki uważać należy za bardzo nawet korzystne. Niektórzy spostrzegali wprawdzie zmiany psychiczne po wytrzebieniu; zaliczyć je trzeba chyba do wyjątków. Chorzy zwykle w późnym wieku zgadzają się chętnie na operacyę, zwłaszcza gdy wiedzą, że zabieg jest tak mały. Kümmell wykonał tę operacyę 26 razy, z tego w 22 był efekt, gruczoł się zmniejszył, a chorzy zaczęli mocz oddawać sami. W miejsce trzebienia wprowadzono wycięcie nasieniowodu. Stosował je autor 7 razy, w 3 chorzy zaczęli oddawać sami mocz. Goldmann polecił przyszycie opadniętego pęcherza w celu usunięcia zaułka; pod tym względem autor niema doświadczenia. Bezwątpienia prowadzą jednak do celu jedynie sposoby doszczętne, t. j. klinowate wycięcie, a zwłaszcza wyłuszczenie zupełne gruczołu. To ostatnie stosuje teraz autor na szeroką skalę, zwłaszcza w przypadkach krwotoków, trudnego cewnikowania i zajęcia pęcherza. Operuje od kiszki stolcowej lub od pęcherza, zależnie od tego, gdzie lepiej czuć gruczoł. Trzeba badać zawsze pęcherz cystoskopem, bo nieraz przerost widać tylko od strony pęcherza. Gruczoł daje się bardzo łatwo z torebki wyłuszczyć, krwotok przytem jest niewielki. Cewka leży zwykle w gruczole, nieraz jednak tylko na jego przedniej stronie. Obecnie ma autor statystykę, obejmującą 19 wycięć (10 od międzykrocza, 9 nadłonowych). Umarło z tego 4 chorych. Zresztą wyniki są bardzo dobre. W razie gdy obniżenie punktu zamarzania krwi jest poniżej 0,6, autor wykonuje tylko operacyę Bottiniego. Wyniku może nie być po operacyi w przypadkach, gdzie wypieracz moczu jest porażony. Autor operuje w znieczuleniu lędźwiowem. *Dr. Adolf Klęsk.*

Tilmann. **Znieczulenie lędźwiowe stowainą.** (*Berliner klin. Wochs.* 1905, Nr. 34). Autor stosuje obecnie tylko znieczulenie lędźwiowe stowainą. Używa gotowego rozczynu 10 prc., który przed użyciem przegotowuje. Do strzykawki, napełnionej rozczynem, wciąga po wkłuciu igły trochę płynu mózgowordzeniowego, by lepiej wymieszać. Znieczuleń robił 42. Znieczulenie występowało najpóźniej w 15 minut, zawiodło ono tylko raz i to w przypadku, gdzie znieczulano powtórnie. Widać z tego, że następna dawka powinna być większą, niż pierwsza. Znieczulenie ustępowało po 1½—2½ godzin. Średnia dawka 0,06. Głównie używał autor znieczulenia przy operacyach kończyn dolnych i dolnych części brzucha: przy otwarciach jamy brzusznej jeszcze go nie stosował. Następowych powikłań nie widział autor żadnych. Po operacyi podaje chorym szklankę wina. Wysokie ułożenie chorych w łóżku chroni od bolu głowy. W razie mdłości przy operacyi wstrzykuje z dobrym skutkiem olejek kamforowy. Stowainę uważa autor za środek idealny do znieczulenia lędźwiowego. W końcu zrobił autor jeszcze jedno ciekawe spostrzeżenie, które może zarazem być środkiem leczniczym. Otóż u chorego z rwą kulszową miał autor operować wodniak jądra. Po znieczuleniu lędźwiowem nerwoból ustąpił zupełnie na 4 dni. Wobec tego zrobił autor energiczne bezkrwawe wyciągnięcie nerwu i w 8 dni chory wstał, czując się zdrowym. Zachęcony tem, wykonał autor to znieczulenie jeszcze w 3 przypadkach rwy i radzi gorąco w ciężkich przypadkach tej choroby znieczulenie lędźwiowe i bezkrwawe naciągnięcie nerwu. *Dr. Klęsk.*

Bartholdy. **Próby kliniczne z formicyną.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 40, 1905). Od dwóch lat w oddziale klinicznym w Wiesbadenie robią się próby z formicyną (form-aldehyd-acetamid), jako środkiem w zastępstwie mieszanki jodoformowej, lub jako jej uzupełnienie. Środek ten przedstawia się jako gęsty jasno-żółty płyn o słabo kwaśnym smaku, rozpuszczający się w wodzie i wyskoku. Już przy cieplocie 37° z wodnych rozczynów wydziela się z niego formaldehyd, który można w moczu wykazać zapomocą 1 prc. rozczynu floroglucyny z dodatkiem ługu sodowego (zabarwienie czerwono-brunatne). Środek ten stosowano w ropniach gruźliczych, zajęciach stawów i kości, dalej w schorzeniach stawów wiądowych, przymiotowych, urazowych i innych. W porównaniu z formaliną środek ten ma te zalety, że po wstrzyknięciu nie sprawia bolesności, nie działa na nerki i nie wywołuje podniesienia cieploty. Rozpuszcza się znakomicie tak, że można go i strzykawką Pravatza wstrzykiwać, co w przypadkach ze skłonnością do tworzenia się przetok jest bardzo ważnem. Stosowano go 83 razy w gruźlicy, 21 razy w innych cierpieniach. Dawka dla dorosłych 10 sz. cm. 5 prc. rozczynu. Próbowano go także podawać śródżylnie (0,25 rozczynu 1 prc.) u dziecka z gruczolakiem limfatycznym złośliwym. Pęcherz płókać można jedynie 2 prc. rozczynem, albowiem silniejsze sprawiają bolesne pieczenie; 2 prc. rozczyn działa też dobrze jako środek odkażający i odwaniający zakażone jamy i otoki ropne: 1 prc. rozczyn stosowano jako okład odkażający skórę 12 godzin przed operacyą. Wogóle wyniki bardzo miały być dobre, szczególnie w gruźlicy. *Dr. A. Klęsk.*

Chiari. **W sprawie rozpoznawania nowotworów jamy szczękowej.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 39, 1905). Po wyliczeniu nowotworów, które spotkać można w jamie szczękowej, przechodzi autor do wskaźników rozpoznawczych. Ważnem bardzo jest w pierwszym rzędzie prześwietlenie jamy. W razie nowotworów i ropy odbicie (refleks) będzie ciemniejsze; w razie torbiela surowiczego — jaśniejsze. Nakłucie próbne dać może też czasem pewne wyjaśnienie. Trudno bardzo rozpoznać torbiele, a spotyka się je często. Torbiele śluzowe występują często jako następstwo lub zejście ostrych zapaleń, które rzekomo się wyleczyły. Czasem torbiel taki pęka i wylewa się nosem płyn, zawierający obficie kryształki cholestearyny. Spotyka się tu także torbiele pochodzenia zębowego. W przypadkach wyjątkowych spotkać można wodniaka jamy szczękowej. Częste krwotoki nosowe wzbudzają przy schorzeniu jamy podejrzenie nowotworu złośliwego (rak, mięsak). Ropienie jamy szczękowej jest często wywołane właśnie nowotworem. *Dr. Klęsk.*

Heile. **Autoliza jako czynnik leczniczy w chirurgii i wzmacnianie jej z pomocą promieni Röntgena.** (*Archiv für klin. Chir.* Tom 77, Zeszyt 4. 1905). Salkowski i inni wykazali, że w narządach wyjętych z ustroju znajdują się fermenty, działające rozkładowo na różne części komórkowe. Fermenty takie tworzą się i za życia i działaniem ich może jest rezolucya w zapaleniu płuc, działanie zaczynowe wątroby przy otruciu fosforem itd. Autor spostrzegał, że przy „rozchodzeniu się“ ropni gruźliczych tworzą się fermenty, rozpuszczające włóknik (czego ropa zwykle nie czyni). Fermenty te biorą początek z rozpadu ciałek białych, który charakteryzuje wydzielanie z moczem większej ilości zasad purynowych i kwasu moczowego. Rozpad występuje bardzo wyraźnie po naświetlaniu promieniami Röntgena. Tak n. p. śledziona królika naświetlanego rozpuszcza włóknik szybko. Fermenty te rozkładają tłuszcz, węglowodany i białko, wiążą toksyny i działają zabójczo na drobnoustroje, są więc bardzo ważnym czynnikiem leczniczym. Ideałem też byłoby wynalezienie sposobu wzmacniania ich wydzielania się. Autor starał się wywołać miejscowe nagromadzenie się leukocytów i następowo naświetlał te partye promieniami Röntgena. Takie miejscowe zbieranie się wywołać można wstrzykiwaniem n. p. aleuronatu. W miejscach naświetlanych tworzyły się wrzody, podczas gdy naświetlane miejsca, gdzie wstrzyknięto środki obojętne, pozostały zdrowemi. Wydzielanie się takich fermentów spotykamy też w zapaleniu otrzewnej (w moczu wykazać można obfity kwas moczowy i zasady purynowe). Autor, korzystając z tego, wywoływał leukocytozę przez śródotrzewne wstrzykiwania zwierzętom kwasu 2 prc. nukleinowego lub aleuronatu, następnie zakażał otrzewnę zapomocą *bac. coli* i następowo prześwietlał, by wywołać rozpad leukocytów, a przez to tworzenie się fermentów. Wyniki były zachęcające. Leukocytoza, wywołana z otrzewnej, jest ogólna, po naświetlaniu znika i to n. p. z 40.000 na 1000, by potem znowu powrócić. Spostrzegać przytem często można spadek cieploty. Autolizę spotykamy także przy stosowaniu przekrwień podług Biera; dalej w podskórnych złamaniach kości ze silnem zmiażdżeniem części miękkich, przy wycinaniu wola podług Mikulicza (gdzie wiele tkanki zostaje podwiązanej lub okłutej). Tworzące się z rozpadu fermenty wywołują wtedy często aseptyczną gorączkę,

czasem dość wysoką, tak zw. „z wessania“. Autolizę uważa autor za ważny czynnik leczniczy, radzi też próbować wywoływać sztuczną leukocytozę i następowe naświetlanie chorego narządu w różnych cierpieniach, n. p. stawów. *Dr. A. Klęsk.*

PEDYATRYA. Comby. **O rodzinnej zaraźliwości gruźlicy.** (*Arch. de méd. des enfants*, 1905. Listopad). Pojawianie się gruźlicy w rodzinach i szerzenie się jej z pokolenia na pokolenie tłómaczono przez długi czas dziedzicznością bezpośrednią choroby. Gdy wobec nowszych badań pojęcie to nie mogło się utrzymać, przyjęto dziedziczność terenu, na którym choroba później z łatwością może się rozwinąć, czyli t. zw. usposobienie do gruźlicy. To rzekome usposobienie nie zdradza się jednak u dziecka żadnym widomym śladem, a rozwijający się w późniejszych latach t. zw. *habitus* gruźliczy jest raczej wyrazem już nabytej, a utajonej gruźlicy, nie zaś obciążenia dziedzicznego. Zdaniem autora, każde dziecko, jakiegobądź pochodzenia, skłonne jest do zakażenia gruźlicą, a dziedziczność nie się do tej skłonności nie przyczynia. Skoro dziecko natychmiast po urodzeniu rozłączymy z matką cierpiącą na gruźlicę, pozostanie ono zdrowe: — jeżeli zostawimy je matce, skazanem jest niemal niechybnie na zakażenie gruźlicą. Nie jest to zatem gruźlica dziedziczna, lecz gruźlica nabyta przez zakażenie rodzinne. Przypuszczano, iż gruźlica dostaje się do ustroju drogą przewodu pokarmowego; obwiniano kolejno mięso i mleko zwierząt gruźliczych. Jednakże pomimo usunięcia tych źródeł zakażenia zapomocą odpowiednich zarządzeń, śmiertelność z powodu gruźlicy nie zmniejsza się, lecz przeciwnie ciągle wzrasta. Zdaniem autora narząd oddechowy jest główną, prawie jedyną drogą, którą zakażenie gruźlicą dostaje się do ustroju dziecięcego. Badania zwłok wykazują, iż gruczoły oskrzelowe są stale zajęte gruźlicą (97 prc.); jest to pierwszy etap rozwoju gruźlicy w ustroju dziecięcym. Inne umiejscowienia są znacznie rzadsze i następowe. Nigdy (na 387 zwłok ze zmianami gruźliczemi) nie spotkał autor pierwotnej gruźlicy w narządzie trawienia. Zmiany te były zawsze następowe, a tłómaczą się łatwo zakażeniem przez połykanie plwocin. U dzieci, które wyszły z pierwszego dzieciństwa, zakażenie może nastąpić poza domem rodzinnym (na przechadzce, w szkole i t. d.); jednakże nawet u dzieci starszych niebezpieczeństwo zakażenia rodzinnego przewyższa o wiele inne sposobności do zakażenia. W pierwszem dzieciństwie zakażenie rodzinne odgrywa wyłączną rolę; a należy też brać w rachubę nietylko rodziców, lecz i innych krewnych i domowników. Wszystkie te osoby mogą stanowić niebezpieczeństwo wobec tego, iż każde dziecko stanowi niezmiernie podatny teren do rozwoju gruźlicy. Zdaniem autora u dziecka podobnie, jak u świnki morskiej, każde szczepienie daje wynik dodatni. Zakażenie rodzinne może nastąpić bardzo wcześnie, zwłaszcza jeżeli mamy do czynienia z gruźlicą u matki. Autor spotkał zserowacenie gruczołów oskrzelowych u dzieci w 40 i 56 dniu życia. Wogóle jednak nie spotyka się gruźlicy przed upływem 3 miesięcy; w miarę oddalania się od tego wieku staje się ona coraz częstszą: fakt, który przemawia przeciw dziedziczności, a za nabytem zakażeniem. Wobec tego, iż niebezpieczeństwo zakażenia rodzinnego jest u dzieci tak wielkie, należy je usuwać jak najszybciej od tej możliwości. Stwierdzono, iż dzieci rodziców gruźliczych, umieszczone na wsi zdala od ogniska domowego, w bardzo małym stopniu ulegają gruźlicy (3 prc.): pozostawione w rodzinie, giną w ilości 50 prc. Autor oświadcza się jak najgoręcej za myślą podjętą i wprowadzoną w czyn przez prof. Granchera, aby dzieci z rodzin gruźliczych umieszczać na wsi wśród rodzin zdrowych: jest to najskuteczniejszy środek zapobiegawczy. Prócz tego żąda autor najenergiczniejszych środków zaradczych, aby chorzy na gruźlicę nie szerzyli tej choroby zapomocą plwocin, jak również, aby rodzice byli przez lekarzy dostatecznie oświeceni co do niebezpieczeństw, jakie grożą dzieciom ze strony wszystkich osób, z jakiemi się bliżej stykają. *Żeleński.*

Kiraff. **Urotropina, a zapalenie nerek w płonicy.** (*Archives de méd. des enfants*, 1905. Listopad). Autor stosował urotropinę w 63 przypadkach płonicy; zajęcie nerek (licząc w to przemijający białkomocz) wystąpiło w 16 prc. U 100 innych chorych, leczonych bez urotropiny, zajęcie nerek pojawiło się w 53 prc. Autor przypisuje tę różnicę działaniu zapobiegawczemu urotropiny, które jest tem pewniejsze, im we wcześniejszym okresie choroby zaczęto podawanie tego środka. Podawanie urotropiny nie wywołało żadnych zaburzeń w narządzie trawienia. Działanie moczopędne było bardzo nieznaczne. Autor stosował ten środek w ilości 0·1—0·5, stosownie do wieku dziecka, 1—2 razy dziennie, przez 15—20 dni. *Żeleński.*

Carmelo Ciaccio. **Etyologia i patogeneza niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony.** (*Archives de méd. des enf.* 1905. Październik). Autor streszcza wyniki swych badań w następującym poglądzie: Niedokrewność niemowlęca z obrzmieniem śledziony przedstawia dwa różne typy choroby: 1) Niedokrewność niemowlęca pierwotna, z wrodzonem anatomicznem usposobieniem. W tych razach jakakolwiek sprawa chorobowa może stać się przypadkową pobudką do rozwinięcia się niedokrewności. 2) Niedokrewność niemowlęca objawowa, mogąca się rozwinąć w przebiegu różnych chorób, jak kiła, nieżyt przewodu pokarmowego, krzywica i t. d. W pierwszym razie sprawa chorobowa jest przeważnie nieuleczalna; w drugim wyleczenie zależnem jest od istoty i stopnia ciężkości sprawy chorobowej pierwotnej. *Żeleński.*

Flesch i Winternitz. **O potworniakach gruczołu tarczowego i ich operacyjnem leczeniu.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 62. Wrzesień. 1905). Autorzy opisują dwa wrodzone przypadki potworniaków gruczołu tarczowego. Leczenie polegało na wycięciu. Co do wskazań do leczenia operacyjnego wrodzonego wola, to autorowie sądzą, że jeżeli guz jest mały, nie sprawia zaburzeń oddechowych ani połykowych i nie rośnie szybko, można czekać do końca 1-go, 2-go lub 3-go roku życia; w przeciwnym razie należy operować bez względu na wiek. *Lewkowicz.*

Singer. **O leczeniu mocznicy płoniczej upustem krwi.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* Tom 62. Wrzesień, 1905). Autor przemawia bardzo gorąco za tym sposobem leczenia. Wyniki, które osiągnął w swoich 17 przypadkach (tylko 2 przypadki śmierci), są bardzo zachęcające. Upust byłby głównie wskazany w przypadkach, w których przeważają objawy podrażnienia mózgu (drgawki); przy śpiączce i obniżeniu wrażliwości mniej można liczyć na pomyślny wynik. Upust wskazany jest nietylko u dzieci silnych, ale przy pewnej ostrożności i u osłabionych i niedokrewnych, bez względu także na to, czy tętno jest rzadkie i napięte, czy częste i miękkie. Tylko przy tętnie nitkowatem zabieg ten jest bezowocny. Upust powinien być wykonany wcześnie, przy pierwszym napadzie mocznicy; można go, jeżeli potrzeba, powtórzyć po 24—36 godzinach. Ilość krwi, która się wypuszcza, zależy od wieku, stanu ogólnego dziecka i ciężkości przypadku. Według Baginskyego można bez niebezpieczeństwa wypuścić $^1/_{20}$—$^1/_{15}$ całej ilości krwi ($^1/_{13}$ części ciężaru ciała). *Lewkowicz.*

Winternitz i Finaly. **O guzach jajnikowych u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 62. Wrzesień, 1905). Cztery własne spostrzeżenia guzów dobrotliwych. Usunięcie guza operacyjne z wynikiem korzystnym we wszystkich przypadkach. Guzy dobrotliwe (głównie torbielogruczolaki i potworniaki) są u dzieci dwa razy częstsze od złośliwych mięsaków, rzadziej raków. Rozstrzygającym objawem do przyjęcia guza jajnikowego jest obecność w dolnej części brzucha lub w okolicy pępkowej guza, mniej lub więcej symetrycznie umieszczonego. Ruchomość jego zależy od tego, czy wytworzyły się zrosty z narządami sąsiedniemi. Wykazanie szypułki, łączącej guz z narządami płciowymi, jest u dzieci trudne. Guz może sprowadzać zaparcie stolca, parcie na mocz, bóle w brzuchu, nagromadzenie cieczy w otrzewnej. Skręcenie szypułki może wywołać nagle gwałtowne bóle w brzuchu z objawami zadraźnienia otrzewnej: wymiotami, zaparciem, zapadem. Napad taki może być pomieszany z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Zabieg operacyjny jest jedynem racyonalnem leczeniem. Bezwzględnem wskazaniem byłyby do niego powtarzające się objawy skręcenia szypułki i to bez względu na wiek dziecka, gdyż zachodzi wtedy obawa zropienia guza. *Lewkowicz.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. L. Karwacki. **Przyczynek do badań cytologicznych nad wypociną stawową w sprawach gośćcowych i rzeżączkowych.** (*Medycyna* 1905, Nr. 40). Poszukiwania cytologiczne autora obejmują 10 przypadków ostrego gośćca stawowego i 5 przypadki rzeżączkowych powikłań stawowych. Płyn otrzymywał przez nakłucie stawu i wyssanie do wyjałowionej strzykawki. W przypadkach gośćca wypocina zawierała wyłącznie leukocyty neutrofilne wielojądrzaste, w małej liczbie eozynochłonne wielojądrzaste, a liczba śródbłonków w żadnym przypadku nie przekraczała 1 prc. W wysiękach rzeżączkowych natomiast również dominowały leukocyty wielojądrzaste, które stanowiły 50 prc. ogólnej liczby pierwiastków komórkowych, lecz obok nich prawie w równych ilościach znajdowały się krwinki czerwone i śródbłonki. Przyczyna tkwi w tem, że dwoinki Neissera, cechując się powinowactwem do tkanki nabłonkowej i śródbłonkowej, niszczą komórki nabłonkowe, a równocześnie powstaje odczyn rozrodczy w komórkach sąsiednich. Komórki zwyrodniałe spadają z powierzchni błony do wypociny i warunkują powyższy wzór cytologiczny. *Dr. M. Blassberg.*

Porges. **O aglutynacyi otoczkowców.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 26, 1905). Autor przypuszczając, że otoczkowce trudno jest zaglutynować z powodu tamującego działania otoczek, usuwał otoczki przez ogrzewanie drobnoustrojów w słabym roztworze kwasu solnego. W ten sposób przyrządzone prątki Friedländera można było aglutynować zapomocą odpowiedniej surowicy w rozcieńczeniu

1: 500, podczas gdy surowica królicza, jakoteż surowica z odpowiednio uodpornionego zwierzęcia nie dawała w hodowli zwyczajnej żadnej aglutynacyi. Własności absorbcyjne aglutynin występują mniej wyraźnie w drobnoustrojach niezmienionych, aniżeli sposobem wspomnianym przyrządzonych. Nadto udało się autorowi w podobny sposób otrzymać aglutynacyę u innych otoczkowców, które ma zamiar ogłosić w innej pracy. *Gertler.*

Funk. **O wpływie środków leczniczych na tworzenie się niweczników i o stosunku precypityn do białka surowiczego.** (*Med. Klinik. Würzburg, Diss.* 1905). Autor w swej pracy doszedł do następujących wyników: Przez wprowadzenie wielkich ilości pilokarpiny wystąpiło we krwi królika krótkotrwałe, bo już po kilku godzinach przemijające wzmożenie aglutynin durowych prawie do podwójnej ilości. Małe dawki pilokarpiny, jakoteż atropiny, były bez wpływu na tworzenie się aglutynin, również cholestearyna i lecytyna nie wywołały zmian w tworzeniu się niweczników. Precypityny słabe składają się głównie z euglobuliny, silniejsze zawierają nadto pseudoglobulinę i to tem więcej tej substancyi, im są silniejsze, w każdym razie mniej, niż euglobuliny. Przez ostrożne i krótkotrwałe działanie siarkanu amonowego surowica nie traci własności wywoływania strątów (precypityn), natomiast ta własność zmniejsza się przez dłuższe działanie siarkanu amonowego. *Gertler.*

Kelling. **O odczynie surowicy krwi u dotkniętych rakiem.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 29 i 30, 1905). Autor znalazł we krwi chorych na raka właściwe precypityny, które tworzą się przy pomocy białka odmiennego gatunku. W szeregu badań 67 chorych znalazł w surowicy ich 22 razy substancye, wywołujące precypityny w surowicy, pochodzącej z kur i ich płodów, 4 razy zaś w surowicy świń i także ich płodów. Precypityn tych nie znalazł w surowicy osób zdrowych i przy innych chorobach. Autor opisuje dokładnie metodę, według której przeprowadził doświadczenia: Wątrobę i młode płody odpowiednich zwierząt przechowywał w glicerynie, później rozcierał w roztworze fizyologicznym soli kuchennej w stosunku 1: 1000 i dodawał następnie surowicy odpowiedniej w stosunku 1: 2. Rurki wstawiał do cieplarki przy 37° C. Po 3 godzinach występowały charakterystyczne zmącenia. Autor przerobił nadto szereg doświadczeń dla kontroli, aby udowodnić, że odczyn wspomniany jest charakterystyczny dla surowicy, pochodzącej od osobników dotkniętych rakiem. *Gertler.*

Zur Verth i Schumacher. **O oznaczaniu hemoglobiny zapomocą skali Tallquista.** (*Münch. med. Wochs.* 1904, Nr. 30, str. 1338). Autorowie oznaczali hemoglobinę zapomocą skali Tallquista w 100 przypadkach i porównywali otrzymane tą drogą wyniki z wynikami, uzyskanymi przy pomocy hemoglobinometru Fleischla; 19 razy otrzymali takie same wyniki na obu hemoglobinometrach; — najwyższe różnice nie przekraczały nigdy 15 prc. Autorowie wnioskują, że dla celów klinicznych, gdzie idzie o ściśle wyniki, skala Tallquista nie wystarcza, że jednak najzupełniej powinna i może wystarczyć do celów praktycznych, a więc n. p. lekarzowi w godzinie ordynacyjnej. *Stahr.*

Dr. Syllaba. **W sprawie rozpoznawania słabszych stopni żółtaczki** (*Fol. haemat.* I. 1905, 636). Od lat już zajmuje się autor badaniem surowicy krwi co do zawartości w niej istot pochodnych od hemoglobiny, jak bilirubina, urobilina, hemosideryna i hemofuscyna [1]), a przedewszystkiem zajmował się krwią wśród złośliwej niedokrwistości i bladaczki. Wnioski, do jakich doszedł, dadzą się wyrazić w następujących słowach: Jak z jednej strony wśród niedokrwistości złośliwej da się stwierdzić stale bilirubinemia z urobilinuryą i siderozą narządów wewnętrznych, tak we krwi bledniczych niewiast nigdy niema bilirubiny, czemu towarzyszy brak urobiliny w moczu (Hoppe-Seyler, Gawod, Noorden, Limbeck, Syllaba) i w stolcu (Noorden), a prawdopodobnie brak ubarwienia narządów wewnętrznych; czyli — pochodne od Hb są wśród niedokrwistości złośliwej wzmożone, a wśród bladaczki ilość ich obniżona, albo ich zupełnie brak. W niniejszym artykule podnosi autor jeszcze raz, że się przekonał, iż bilirubinemii w niedokrwistości złośliwej towarzyszy urobilinurya, nigdy zaś bilirubinurya, czyli innemi słowy: chemiczne badanie surowicy prędzej wskaże nam obecność żółtaczki, niż badanie moczu. Autor zaznacza, że w ciągu lat przekonał się, że właśnie badanie surowicy na bilirubinę jest najczulszą metodą wykrywania nizkich stopni żółtaczki i że tylko tą drogą da się nieraz rozstrzygnąć pytanie, czy to lub owo zabarwienie skóry jest pochodzenia żółtaczkowego. Tego samego zdania, co autor, jest i Dr. Hamel, który z kliniki Gerhardta w Berlinie ogłosił pracę p. t. „Zur Frühdiagnose des Ikterus" (Deutsche med. Wochenschr. 1902, Nr. 39). *Stahr.*

[1]) Porównaj „Sbornik klinicky" 1900—1901 i „Casopis Cékarů ceskych", 1904.

Loewi i Meyer. **O działaniu substancyi syntetycznych, pokrewnych adrenalinie.** (*Archiv f. exper. Pathologie und Pharmak.* T. 53, 1905). Od czasu otrzymania przez Takaminego substancyi czynnej nadnercza w czystej postaci, czyli t. zw. adrenaliny, pojawiło się już sporo prac, mających na celu zbadanie wpływu adrenaliny na ustrój zwierzęcy. Niebawem okazało się, iż adrenalina wywiera różnorodny wpływ na ustrój zwierzęcy. Pierwszym, a zarazem najwybitniejszym objawem działania adrenaliny, wstrzykniętej do krwiobiegu, jest znaczne podniesienie się ciśnienia w tętnicach. Później występują zaburzenia w przemianie materyi (cukromocz), zmiany w tętnicach, wątrobie i t. d. Rzeczą ze wszech miar pożądaną zbadać było po pierwsze, azali niema związków chemicznych, któreby tak samo działały na ciśnienie krwi, jak adrenalina: a powtóre, jeśli związki takie istnieją, czy wywołują w ustroju takież lub podobne zaburzenia, jak adrenalina. Loewi i Meyer zajęli się głównie pierwszym zagadnieniem. Wstrzykiwali oni królikom do żyły związki chemiczne, syntetycznie otrzymane przez Stolfa, zbliżające się swym składem chemicznym do adrenaliny. Okazało się, iż związki rzeczone podnoszą u zwierząt ciśnienie, podobnie jak adrenalina, acz niektóre w stopniu mniejszym. Z badań autorów wynika, iż ciśnienie podnosiło się po wstrzyknięciu wspomnianych związków do krwi w sposób następujący:

po wstrzyknięciu	1 mg.	metylaminoketonu	z 64	na 96	mm. Hg.
„	„	„	„ 88	„ 110	„
„	„	etylaminoketonu	„ 64	„ 96	„
„	„	aminoketonu	„ 70	„ 122	„
„	„	„	„ 77	„ 120	„
„	„	etylaminoalkoholu	„ 66	„ 124	„
„	„	„	„ 70	„ 124	„
„	„	„	„ 60	„ 134	„

Z tych wyników okazuje się, iż zasady alkholowe silniej podnoszą ciśnienie, niż zasady ketonowe. W końcu pracy autorowie wspominają krótko, że związki chemiczne, wyżej wspomniane, wywołują w ustroju takie same zaburzenia i zmiany anatomiczne, jak adrenalina. *A. Wrzosek.*

De Waele H. i Sugg. **Doświadczenia z krowianką.** (*Centralbl. f. Bact.* Bd. 39, H. 1 i 2, 1905). Autorowie przeprowadzili większą liczbę doświadczeń nad paciorkowcem ospowym, zawartym w ospie i krowiance, na królikach, kozach i cielętach. Przekonali się, że króliki są rozmaicie wrażliwe, mniej kozy, a najwięcej czułe na zakażenie są cielęta, u których wytwarzały się największe ilości ciał, wywołujących aglutynacyę. Przesącz krowianki, otrzymany filtrem Chamberlanda, nie zakaża cieląt i nie uodparnia ich, natomiast można je uodpornić rozcieńczoną szczepionką ospową, umieszczoną na 3—7 dni podskórnie w torebkach celulozowych. W treści woreczka wyrasta paciorkowiec ospowy. *Gertler.*

Tizzoni i Bongiovanni. **Działanie radu na jad wścieklizny w ustroju zwierzęcym i poza ustrojem.** (*C. f. Bact.* Bd. 39, str. 187, 1905). Jad wścieklizny, rozmieszany w bulionie, przestał być jadowitym po 2 godzinach zadziałaniu radu, a po 1 godzinie był tak osłabiony, że zwierzęta nim szczepione ginęły znacznie później wśród objawów ogólnego wycieńczenia. Jeśli zastrzykniemy jad królikom do oka, mózgu lub do nerwu kulszowego i równocześnie zastosujemy promienie radu przez tydzień po 1 godzinie dziennie na miejscu zakażenia, możemy uchronić zwierzęta doświadczalne od śmierci. Jeżeli natomiast leczenie radem rozpoczyna się w 24 godzin po zakażeniu, już zwierząt uratować nie można. *Gertler.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Opryszczki na wargach leczył miejscowo Halbhuber (*Wiener med. Presse* 1905, 48) 6 prc. **jodvasogenem** Pearsona. Przed pojawieniem się opryszczek uczuwa chory na wargach swędzenie; w tym okresie można lekkiem mięsieniem i lekkiem wcieraniem 6 prc. jodvasogenu opryszczkom zapobiedz. Zwykle jednak lekarz widzi chorego w późniejszym okresie, gdy już wytworzyły się pęcherzyki. Wtedy wystarcza 3—4-krotne wtarcie odrobiny 6 prc. jodvasogenu palcem w miejsca zaczerwienione i wyniosłe, aby zapobiedz dalszemu rozwojowi pęcherzyków i powstawaniu sztywnych strupów; opryszczki goją się potem w ciągu tygodnia, nie, jak zwykle, po 2 tygodniach. Jeżeli w toku gojenia strup się oderwie, to 6 prc. jodvasogen tamuje krwawienie i ułatwia powstanie nowego podatnego strupa. W każdym zaś razie jest użycie jodvasogenu, zdaniem H., lepsze od zazwyczaj stosowanych maści i zasypek. Wobec wytworzonych już pęcherzyków użyć należy jodvasogenu pierwszego dnia 3—4 razy, później raz na dzień. *P.*

Digalenu zamiast naparstnicy używał w szeregu przypadków Kollick (*Prager med. Wochs.* 1905, 18), pragnąc uniknąć przykrych objawów ubocznych, zdarzających się po naparstnicy, która przytem ma tę wadę, że jej liście mają skład niestały i zawierają skuteczne składniki w bardzo zmiennej ilości. Według K. jest działanie digalenu pewniejsze, niż działanie naparstnicy; okazało się to w niektórych przypadkach, w których dłuższe podawanie naparstnicy nie wywarło skutku, a wywołał go potem digalen, zawierający stałą ilość skutecznego składnika (digitoksyny). Digalen można przeto znacznie ściślej dawkować. Nadto działa digalen znacznie szybciej od naparstnicy, nadaje się przeto szczególnie wtedy, gdy zależy na jaknajszybszym skutku. Niemiłych skutków po digalenie K. nigdy nie zauważył. *Hf.*

Kreozotal w zapaleniu płuc zyskał sobie uznanie u lekarzy amerykańskich. Obecnie znowu zaleca go Stackhouse (*Med. Rew. of Rew.* 1905, 25/VI), radząc podawać dawki pełne (dzieciom według ich wieku 0,25—4,5, dorosłym 8—12 gramów dziennie) jeszcze parę dni po przełomie. Herrmann zaś (*Georg. Pract.* 1905, 5) leczył wszystkich swych 31 chorych na zapalenie płuc tylko kreozotalem i nie stracił żadnego, stwierdzając przy tem leczeniu wyraźnie korzystny wpływ na ciepłotę i tętno. Ubocznego działania na żołądek, serce i nerki H. nie zauważył. Podaje on dorosłym po 15 kropli co 3 godziny. Tegoż leku używał Hecht (*Therapie der Gegenwart*, 1905, 4) w przypadkach zołzowych i gruźliczych obrzęków gruczołów krezkowych u dzieci i zapewnia, że skutek był równie dobry, jak po użyciu tego leku wobec zmian gruczołów szyjnych. *H.*

W nagminnem zapaleniu opon mózgowych próbowało kilku autorów użyć wcierań **maści Credego**; w niektórych przypadkach leczenie to miało odnieść istotnie skutek. Po jednym pomyślnym przypadku ogłosili w ostatnich czasach Sehrwald (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 35), Nitour (*Bull. gen. de ther.* 1905, 15/VI) i Bjorkman (*Mercks Arch.* 1905, I). Pierwszy wcierał dziennie po 7·5 gr. maści Credego w skórę tułowia, obmytą mydłem i wyskokiem i twierdzi, że skutek był po każdem wtarciu wybitny. Drugi wyleczył temi wcieraniami (2—3 dziennie) ciężki przypadek w ciągu dni 9. Trzeci zaleca oprócz tych wcierań (2, potem jedno dziennie), jeszcze zawijanie ostrzyżonej głowy w okłady z 1·5 prc. formaldehydu, acetanilidu i 1—10 prc. kresaminy. *H.*

VI. O kąpielach w starożytności.

Napisał

Dr. Adam Langie.

Początek używania kąpieli wodnych gubi się w pomroce bajecznych okresów historyi ludzkości. Należy przypuszczać, że już w czasach przedhistorycznych posługiwali się niemi ludzie, bądźto dla oczyszczania, bądź też dla ochładzania ciała, idąc wprost za przykładem zwierząt, a należy tak przypuszczać na podstawie spostrzeżeń, czynionych dziś jeszcze u pierwotnych, całkiem dzikich narodów, które kąpią się dlatego, bo naśladują zwierzęta.

Pierwsze najdawniejsze wzmianki o kąpielach poniekąd już leczniczych spotykamy w prastarych zabytkach pisma klinowego, gdzie nawet nie brak wiadomości o dalekich podróżach, jakie przedsiębiorą chorzy do pewnych źródeł i wód, mających tradycyjną sławę uzdrawiania. Przeważnie jednak kąpiel lub częściowe obmywania były czynnością religijną u najdawniejszych ludów historycznych, jak Indusi, Asyryjczycy, Egipcyanie i Izraelici. U tych ostatnich n. p. nakłada prawo Mojżesza jako obowiązek obmywania i kąpiele przy wielu aktach religijnych.

Zbawienny wpływ na zdrowie wody źródlanej, rzecznej, czy morskiej, wreszcie różnych zdrojów mineralnych, znanym był od wieków, a tylko sposób, w jaki i dlaczego one działają, tłómaczono sobie rozmaicie, stosownie do pojęć i fantazyi poszczególnych narodów. Wogóle przypisywano działanie siłom mistycznym, więc bóstwom, które w ten sposób władzę swą i potęgę ludziom okazują. Najwybitniej występuje to u Greków i u Rzymian, gdzie też początki balneologii — *sit venia verbo* — związano są ściśle z mitologią. U nich wszystkie wody już to poświęcone są bogom pierwszorzędnym, jak Apollo, Saturn, Afrodyte, Dionysos, Hermes, Neptun, już też bujna poetycka wyobraźnia stwarza nowe bóstwa specyalne i przystosowuje do działania leczniczego pewnych zdrojów. Zwłaszcza cieplice, wytryskujące z ziemi, jako źródła gorące, wydają się czemś tak tajemniczem, że nawet Aristoteles twierdzi, jakoby miały wprost boski początek, gdyż zawierają siarkę i ogień piorunów. Cieplice przeważnie poświęcano Herkulesowi, który uosabia ich siłę leczniczą, jak n. p. źródła w Termopilach, Thermae Herculis w Kampanii rzymskiej, lub zdroje, które do dziś noszą jego imię — „Herkulesbad“. W myśl poetycznej wyobraźni Greków morzem włada wielki Posejdon i żona jego Amfitryta; dalej Okeanos i Nereusz, praojcowie licznej rzeszy bogiń podrzędnych, zwanych Okeanidami. Na dnie morskiem przebywa syn Okeanosa i Tetydy Proteusz, który rzadko tylko pojawia się na powierzchni morza. Sługą i heroldem Neptuna jest Tryton, ciągnący po falach wóz jego i dmący w ogromnej konchy zwoje, by rozkołysać lub uspokoić spienione morskie bawany. Opiekunką żeglarzy jest bogini Leukotee, a syn jej Palemon roztacza pieczę nad modrą tonią spokojnych portów i zatok przybrzeżnych. Achelous, równie jak Cefir, jest bogiem rzek i ojcem nadobnych Syren, co skaliste zamieszkują rafy.

Prócz tych bóstw, rzeki, źródła i jeziora ożywia tajemny liczny świat Nimf, będących bóstwami żeńskiemi niższego rzędu, uosabiającemi wogóle siły przyrody. Towarzyszą one wśród śpiewów i pląsów świetnym orszakom bogów wyższych, a obdarzone są darem stawania się niewidzialnemi i spełniania rzeczy nadludzkich, zawsze młode, wesołe i urocze, jak uroczym jest całej Hellady krajobraz. Są one powszechnie czczone i kochane, bo ludziom chętnie spieszą z pomocą. Więc w ustronnych miejscach, nad brzegami jezior lub u górskich wywierzysk wznoszą im świątynie i ołtarze, tak zwane Nymphcae, w miejscu których odnajdujemy dziś jeszcze kamienie z napisami dziękczynnymi za wyleczenie. Najznakomitsi poeci wielbią ich czyny i życie w całym szeregu natchnionych utworów.

Nimf czczono całe mnóstwo i nadawano im różne nazwy. Przedewszystkiem Najady tworzą rodzinę nimf wodnych w odróżnieniu od Dryad, nimf drzewnych i Oread, nimf górskich. Wspomniane już wyżej Okeanidy były nimfami źródeł i strumieni; Nereidy zamieszkują błyszczącą w głębi morza grotę, pływają na grzbiecie delfinów lub suszą w słonecznych zatokach bujne swych włosów sploty. Każde zjawisko morskie jest dla Greków zjawiskiem boskiem: fala szemrząca u skalistego wybrzeża, to głos nimfy Nerai, a wzburzone wały spiętrzonych bałwanów porusza nimfa Feruza i Dynamena. Nimfy rzek zwano Potamidami; nimfy jezior, stawów i bagnisk noszą nazwę Limnad. Pierydy, to nimfy źródeł, tryskających u stóp gór Helikonu i Parnasu, których woda udziela pijącym poetyckiego natchnienia; Hesperydy wreszcie zamieszkują na jednej z wysp oceanu przepyszne ogrody, rodzące złote jabłka i najprzedniejsze owoce.

Najdawniejsze kąpiele, jakich starożytni Grecy używali, były to kąpiele na otwartem powietrzu, rzeczne lub morskie, że jednak znano już dawno także ciepłe kąpiele, dowodem tego ustępy z Homera, gdzie do aktu gościnności należy ofiarować gościowi w domu ciepłą kąpiel, którą nawet córy królewskie nie wahają się mu przyrządzać.

Wogóle u wszystkich ludów starożytnych woda, uważana przeważnie jako jeden z głównych pierwiastków wszechrzeczy, znajduje szerokie symboliczne zastosowanie: używaną bywa przy składaniu ofiar, do obmywania rąk przy wielu obrzędach na znak oczyszczenia duchowego (u Homera mycie rąk przed jedzeniem), lub do skrapiania danin poświęconych bogu (u Egipcyan i Izraelitów). Cześć boską oddają Egipcyanie Nilowi, a Indusi Gangesowi. Świątynie wznoszą się zazwyczaj w pobliżu źródeł lub nawet we wnętrzu świątyń znachodzą się studnie święte. Pierwsze świątynie Asklepiosa stawiają Grecy nad źródłami i potokami, których wody mają cudowno-leczniczą moc i pozostają pod opieką kapłanów. Do wielu tych źródeł przywiązana legenda, że po napiciu się ich wody nabywa człowiek daru przewidywania losów przyszłych i wygłaszania natchnionych wyroczni.

Również w biblii mamy liczne wzmianki o cudownych wyleczeniach wodą, jak n. p. usunięcie trądu przez siedmiokrotne wykąpanie się w rzece Jordanu, przywrócenie wzroku ślepym, wyleczenie porażonych. Słynęły zwłaszcza: źródło Kanahan, studnia Jakóba, źródło Siloham i jezioro Bethesda.

Wiadomości o własnościach chemicznych i fizykalnych wód leczniczych były w starożytności z powodu braku znajomości chemii całkiem błędne i skąpe, a lekarze, choć w dziełach swych wiele się o działaniu różnych źródeł rozpisują, nie znają oczywiście przyczyny ich skutecznego wpływu, lecz przypisują to siłom nadnaturalnym lub opierają na doświadczeniu. Herodikos z Sylymbrii, nauczyciel Hippokratesa, żyjący przed wojną peloponeską, który sam na sobie doświadczył zbawiennych skutków ćwiczeń fizycznych i kąpieli, zaleca pierwszy kąpiele i nacierania zimną wodą, jako środek wzmacniający ustrój i wielce dla zdrowia korzystny. U Hippokratesa spotykamy rozrzucone w różnych jego pismach notatki o dobrym lub szkodliwym wpływie zimnej wody, jako pierwsze empiryczne wskazówki leczenia kąpielami, chociaż wogóle obawia się on w wielu przypadkach niskiej ich ciepłoty. Antonius Musa, któremu

udało się wyleczyć cesarza Augusta z długoletniego cierpienia kąpielami i piciem zimnej wody, jest zapalonym zwolennikiem wodolecznictwa.

Więcej natomiast wagi przywiązywano do ciepłych kąpieli, bo ciepło było jednym z pierwiastków życiodajnych. Homer wspomina w kilku miejscach o kąpielach ciepłych w wannach i o źródłach ciepłych pod Troją. Jako środek leczniczy poleca ciepłe kąpiele Hippokrates przy żółtaczce, gośćcu i niektórych chorobach skórnych. Wielkimi zwolennikami leczniczych ciepłych kąpieli są Asklepiades i Eresistratos. (Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Paryżu.

(2—7 października 1905 [1]).

Sekcya I.

Patologia lekarska.

Ferne (Bordeaux) próbował, czy prątki słabej jadowitości, wprowadzone do jamy otrzewnej morskich świnek w workach kolodionowych nabywają silniejszej jadowitości, ale otrzymał wynik ujemny.

Bezançon i Philibert (Paryż) starali się określić szczegółowo własności bakteryi kwasoodpornych, które dzielą na dwie kategorye: jedne są silnie odporne, zarówno na kwas, jak na wyskok i to nawet dziedzicznie, drugie (woskowina, mastka (smegma)) słabiej odporne, nie mają odporności wobec alkoholu, a właściwości swe objawiają tylko w poszczególnych środowiskach. Zapatrywanie powyższe zbija Courmont, twierdząc, że obecnie nie mamy kryteryum do osądzenia, czy prątki kwasoodporne nie są prątkami gruźliczymi saprofitami.

Rodet i Galavielle (Montpellier), wstrzykując czyste hodowle bakteryi kwasoodpornych do żył, otrzymywali zmiany, odpowiadające zupełnie gruźliczym *(nodules tuberculiformes)*.

Gastou (Paryż) w badaniach swych nad własnościami uodparniającemi prątka kwasoodpornego z masła dochodzi do wyniku, że wytwory wydzielnicze tego prątka nie wywierają żadnego wpływu; natomiast hodowle jego, wstrzyknięte zapobiegawczo, osłabiają wybitnie gruźlicę u morskich świnek.

Badania Guirauda (z Tuluzy) wykazały, że niektóre młode hodowle nie mają własności kwasoodpornych.

Mongour (Bordeaux) wykazuje na podstawie danych statystycznych, że w zakażeniu gruźliczem ważniejszą jest rola terenu, aniżeli prątków, które nie muszą działać jadowicie.

Cantacuzène, Irinescu, Behring, Maragliano i Lévy na podstawie swych badań widzą związek filogenetyczny między prątkiem Kocha, a prątkami kwasoodpornymi. Paratuberkulina z kwasoodpornych wywołuje zjawiska analogiczne do tuberkuliny Kocha.

Anglade (Bordeaux) zwraca uwagę na konieczność zwalczania niebezpieczeństwa ze strony prątków gruźliczych w stolcach, które u dzieci i u obłąkanych stanowią główny czynnik zakażenia.

Chauvain (Paryż) wyróżnia trzy stopnie gruźlicy, odpowiadające różnemu zachowaniu się prątków: a) przy zmniejszaniu się sprawy gruźliczej prątki znikają; b) przy potęgowaniu się sprawy chorobowej mnożą się i przedewszystkiem rozwijają się postacie ziarniste; c) przy korzystnym przebiegu gruźlicy znikają prątki ziarniste, a przeważają jednolite.

Jousset na podstawie bardzo ścisłych badań krwi u 50 chorych dochodzi do wniosku, że w przebiegu przewlekłej wrzodziejącej gruźlicy, prątki gruźlicze wyjątkowo tylko znajdują się we krwi; w ostrych natomiast i podostrych sprawach prawie w połowie przypadków zawarte są prątki we krwi i to częściej przy tak zw. zapaleniu serowatem, aniżeli w gruźlicy wrzodziejącej galopującej. Obecność prątków we krwi bywa zawsze objawem chwilowym i nawrotnym.

Robin dowodzi, że u gruźliczych wymiana materyi jest wzmożoną. Zdanie to napotkało na silną opozycyę ze strony Charrina i Tissota, którzy na podstawie całego szeregu doświadczeń i spostrzeżeń, poczynionych na zwierzętach i ludziach, nie spostrzegali bynajmniej zwiększenia przeróbki materyi. Podobne spostrzeżenia porobił Küss (Angicourt).

Według Loranda (Karlsbad) czynniki osłabiające i zmieniające gruczoł tarczykowy sprzyjają gruźlicy, podczas gdy podniety dla gruczołu tego (mleko, mięso, wzrost) wzmacniają odporność gruźliczą.

Arloing i Laulanié w swych badaniach porównawczych nad oddychaniem u krów zdrowych i gruźliczych znaleźli, że spotrzebowanie tlenu na kilogram i godzinę wynosiło u krowy zdrowej 0·230 litra, u krowy gruźliczej 0·228 litra, że zatem niema wybitnej różnicy między współczynnikami oddychania u krów zdrowych i gruźliczych.

Ogilvie (Londyn) stwierdza, że przejście gruźlicy na potomstwo drogą nasienia lub jajek jest wątpliwem; przeniesienie się drogą łożyska nadzwyczaj rzadkiem zjawiskiem. Zaprzecza on istnieniu „specyficznej“ skłonności dziedzicznej w gruźlicy, jakkolwiek nie należy wątpić, że pewne stosunki anatomiczne i kliniczne, przeniesione na potomka, stwarzają łatwość nabycia przez tegoż gruźlicy.

Teissier (Lyon) stwierdza, że na 100 przypadków białkomoczu przepuszczającego (*albuminuria intermittens*) 34 zawdzięcza swe istnienie gruźlicy ustroju. Na tych 34 w sześciu rozwinęła się w dalszym ciągu gruźlica, reszta wyleczyła się.

Achard (Paryż) podnosi, że nie należy zapominać o ważności rozpoznania początków gruźlicy i gdy inne nowe środki rozpoznawcze nie wystarczą, należy się uciec do stwierdzenia aglutynacyi prątków Kocha i do próby z tuberkuliną.

Mariani zestawia objawy, służące do wczesnego rozpoznania gruźlicy. Należy uwzględnić usposobienie dziedziczne i nabyte przez choroby zakaźne, alkoholizm, zapalenia opłucnej z przeziębienia, niektóre zmiany w sercu (zwężenie zastawki dwudzielnej), podniesienia się przemiany oddechowej. Warunki ogólne, znajdowane przy usposobieniu gruźliczem, są następujące: 1) Chudnięcie bez wyraźnej przyczyny; 2) wyrośla gruczołowate w gardle jako pierwszy okres gruźlicy gruczołowej; 3) pewne bole nerwowe, stawowe i opryszczka; 4) niedokrewność u kobiet ze znacznem zmniejszeniem się odsetka hemoglobiny i prawie niezmienioną liczbą krwinek czerwonych; 5) lekka niestrawność (dyspepsya) połączona z wygórowaną kwasotą moczu; 6) obrzęk gruczołu tarczykowego; 7) wzmożenie się liczby uderzeń tętna przy braku gorączki i zmniejszenie się napięcia tętnicy; 8) przedgruźlicze powiększenie się śledziony; 9) jednostronne zwężenie lub rozszerzenie się źrenicy; 10) właściwa barwa brzegu dziąseł; 11) bronchofonia podmiotowa; 12) lekkie przemijające podniesienia ciepłoty w następstwie znużenia; 13) skłonność do potów; 14) suchy, często spazmatyczny kaszel; 15) duszność przy najmniejszym wysiłku; 16) krwioplucie wśród pełni zdrowia; 17) zanik mięśni szyjnych i łopatki, oraz klatki piersiowej. Nadto dodatkowo służą wypuk, przysłuch, spirometrya, radioskopia i objaw Lottena, t. j. zmniejszona ruchomość przepony po stronie zajętej.

Schrötter (Wiedeń) opisuje bardzo rzadki przypadek u młodego mężczyzny, który okazywał porażenie nerwu wstecznego, dwa gruczoły karkowe, przytłumienie na obszarze osierdzia, cień w śródpiersiu przy prześwietlaniu promieniami Roentgena. Był to olbrzymi obrzęk gruczołów, którego powstanie datowało się według S. jeszcze w wieku dziecięcym.

[1]) Według „La Presse médicale“, 1905, Nr. 79—82.

Nicolas na 17 spostrzeganych przypadków tocznia w jedenastu stwierdził aglutynacyę, w sześciu jej brakowało. Także w dwóch przypadkach tocznia rumieniowego stwierdził dodatnią aglutynacyę, coby przemawiało za gruźliczą naturą tego cierpienia.

Vitry na podstawie 568 spostrzeżeń twierdzi, że należy podejrzywać gruźlicę u każdej jednostki nie gorączkującej, okazującej dodatnią aglutynacyę.

Arloing, Bayle i Dumarest stwierdzają, że w aglutynacyi istnieją odmiany, zależne od umiejscowienia anatomicznego i rozwoju sprawy.

Courmont wyciąga wnioski prognostyczne na podstawie zdolności aglutynacyjnej wysięków opłucnych. Jeżeli wysięk w stosunku co najmniej 1:5 aglutynuje, to w trzech czwartych przypadków chory zdrowieje, w przeciwnym przypadku prawdopodobieństwo wyzdrowienia jest tylko 1:4.

Froment (Lyon) stwierdza, że u starców odczyn surowiczy Arloing-Courmonta jest słabszy, niż u dorosłych, że w przypadkach gruźlicy uleczonej jest ujemny i że jego obecność pozwala wykryć utajone ogniska gruźlicze.

Béclère (Paryż) twierdzi, że każdy przypadek rozedmy płucnej nasuwa podejrzenie gruźlicy.

Nattan-Larriere zauważył, że zaszczepienie gruźliczego płynu w sutek śwince morskiej, będącej w okresie karmienia, wywołuje szybką gruźlicę i że już w 5—8 dni stwierdzić można w mleku prątki gruźlicze.

Według Malmejaca mocz gruźliczych, przechowywany aseptycznie, zachowuje swą kwaśność tem dłużej, im dalej posunięta jest gruźlica. U jednostek zdrowych utrzymuje się kwaśność przez 3—4 dni.

Cressun (Algier) wykazuje, że zimnica sprzyja gruźlicy. Między dwiema temi chorobami niema istotnego antagonizmu, lecz niekiedy istnieje antagonizm w rozwoju: wpływ gruźlicy na zimnicę dość rzadko daje się stwierdzić.

Toussaint-Barthélemy (Paryż) wskazuje na to, że kiłowe drugorzędne zapalenia krtani i oskrzeli mogą dawać pozory gruźlicy. Postać wrzodu pierwotnego i kilaka pozostaje zazwyczaj zapoznaną. Kiła dziedziczna daje powód do liczniejszych błędów. Leczniczo wskazana jest rtęć.

L. Bernard (Paryż) wyraża przekonanie, że antagonizm między gruźlicą a dną nie stanowi reguły i niejednokrotnie objawy dny stanowią wtórorzędny objaw w gruźlicy.

Z badań Boucharda i Balthazarda wynika, że drobne serce stanowi usposobienie do gruźlicy. W miarę rozwoju sprawy gruźliczej serce ulega przerostowi, a następnie rozszerzeniu.

Le Noir i Camus (Paryż) stwierdzają, że przy przewlekłej gruźlicy płucnej przebieg gorączki da się ująć w krzywizny, właściwe dla każdego poszczególnego chorego.

Według Burckhardta (Arosa w Szwajcaryi) ciąża nie obciąża rokowania początkowej gruźlicy płucnej, a leczenie powietrzem górskiem jest w tych przypadkach korzystne.

Bossi sądzi, że im dalsze są miesiące ciąży u jednostek gruźliczych, tem większe jest niebezpieczeństwo dla matki i płodu. Należy więc według niego na życzenie matki ciężarnej, dotkniętej choćby tylko początkową gruźlicą, wykonać sztuczne poronienie lub przedwczesny poród. Zdanie to znalazło silnych przeciwników w profesorze Bouchardzie, Burckhardzie i Teissierze, którzy sądzą, że nie mamy prawa zabijać dziecka, którego usposobienia do gruźlicy nie znamy.

Landouzy i Labbé wskazują na to, że najbardziej typowa błędnica jest często tylko zamaskowaną postacią gruźlicy i rychłe przedsięwzięcie leczenia daje skuteczne wyniki.

Nicolas (Lyon), badając krew chorych na toczeń, nie znajdował zmian w krwinkach czerwonych, natomiast wzrost liczebny ciałek białych jednojądrzastych.

Anglade stwierdza, że gruźlicę napotykamy znacznie częściej w stosunku odsetkowym w wywiadach przy upośledzeniu umysłowem i idyotyzmie, aniżeli kiłę i alkoholizm.

E. Batz (Arcachon) stwierdza wbrew panującemu mniemaniu, że gruźlica częściej rozpoczyna się po stronie prawej (117 razy na 180).

Bergonié (Bordeaux) otrzymywał wybitne wyniki po zastosowaniu X-promieni przy niezropiałych gruczołach gruźliczych szyjnych i oskrzelowych.

Trouvé (Courbevoie) na 571 obdukcyi zmarłych na inną chorobę, aniżeli na gruźlicę w 303 przypadkach znalazł gruźlicę utajoną uleczoną, lub w okresie wyleczenia, a u 127 były zmiany podejrzane.

Mendel (Paryż) poleca codzienne wstrzykiwanie olejku rozdrębowego (eukaliptowego) w ilości 10 cm.³ do tchawicy, jako skuteczny miejscowy środek leczniczy w gruźlicy narządów oddechowych.

Wahlen (Paryż) wygłasza zdanie, że prątki gruźlicze w ustroju wydzielają substancyę nukleinową, która w następstwie działa powstrzymująco na proces gruźliczy.

Jaquerod (Leysin) zachwala leczenie wstrzykiwaniami coraz większych ilości tuberkuliny, bez wywoływania silniejszego odczynu.

Spillman (Nancy) poleca wstrzykiwania naftolu kamforowego w świeżych procesach gruźliczych jamy otrzewnej i opłucnej.

Jousset stosował z dobrym skutkiem leczniczym u ludzi stare osłabione hodowle prątków Kocha z przed trzech i więcej lat.

Arloing, Dumarest i Maignan stwierdzają, że zmniejszanie się stosunku mocznika i azotu do fosforanów u chorego gruźliczego jest złym prognostykiem, a zwiększanie się dobrym. Toż samo stwierdził Desgrez.

Rappin i Soubrane (Nantes) stwierdzili hamujący wpływ mocznika na rozwój prątków Kocha.

Jeanselme i Chatin zachwalają w leczeniu tocznia metodę naświetlania i radyoterapię, oraz ich kombinacye, tudzież leczenie zapomocą radu, jakkolwiek nie zarzucają starych sposobów leczenia.

Monisset przestrzega przed forsownem żywieniem gruźliczych bez odpowiedniego doboru pożywienia.

Petit (Alfort) stwierdza wbrew dawnym mniemaniom, że koza, pies i kot ulegają często gruźlicy.

Nattan-Larrier i Bergeron (Paryż) podają, że 10 cm.³ świeżej krwi, zmieszane ze 120—200 cm.³ wody przekroplonej, dają płyn, który po scentryfugowaniu pozwala wykryć prątki gruźlicze.

Arloing przedstawia, że można cielęta uodpornić przeciw gruźlicy, zaszczepiając im osłabione prątki ludzkie lub wołowe drogą krwi lub podskórnie.

Lalesque zachwala leczenie gruźlicy klimatem morskim.

Goudard (Pau) stwierdza zgubny wpływ podniet płciowych i małżeństwa dla gruźliczych.

Prof. Maragliano podaje wynik swych badań nad leczeniem swoistem gruźlicy. Wszystkie wyciągi z krwi, mleka i tkanek zwierząt, uodpornionych przeciw gruźlicy, mają działanie lecznicze przeciwgruźlicze. Surowica zwierząt uodpornionych, wstrzyknięta człowiekowi, zwłaszcza w początkowych okresach, wywiera dodatni wpływ leczniczy. Także wprowadzenie drogą przewodu pokarmowego może wywrzeć wpływ leczniczy.

Beranch (Neuchatel) donosi o swojej nowej tuberkulinie, złożonej z toksyn pozakomórkowych, o słabem działaniu trującem i z toksyn wewnątrzkomórkowych (acidotoksyn), wyciągniętych z pierwoszczy prątków zapomocą kwasu ortofosforowego w stosunku 1:100.

Marmorek (Paryż) zachwala swoją bezwarunkowo nieszkodliwą surowicę, zapomocą której osiągał sam, oraz liczni inni autorowie pomyślne wyniki lecznicze. Cugnillère (z Tuluzy) potwierdza spostrzeżenia Marmorka.

Gelibert zdaje sprawę z nowej metody leczniczej Lumière'a z Lyonu, nazwanej plasmoterapią, a polegającej na wstrzykiwaniu podskórnem tak zwanej hemoplazy, to jest wyciągu z ciałek krwi.

Pasternak poleca fitynę (*phytine*), związek organiczny fosforowy, jako ważny środek pomocniczy w leczeniu gruźlicy.

Ogromne zainteresowanie Kongresu wzbudziło na ostatniem posiedzeniu doniesienie prof. Behringa z Marburga o wykrytym przez siebie nowym środku leczniczym na gruźlicę. Środek wykryty przez Behringa jest obecnie jeszcze w okresie doświadczeń. Zaniechał on wprowadzania do ustroju ludzkiego żywych prątków Kocha, natomiast usiłował z pomyślnym wynikiem pozbawić prątki gruźlicze pewnych własności szkodliwych i przemienić je w ten sposób w bezpostaciową substancyę, wessalną bezpośrednio przez komórki chłonne ustroju zwierzęcego, który w miarę tej resorbcyi nabywa odporności wobec gruźlicy. (C. d. n.).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

XV. Kongres międzynarodowy lekarski w Lizbonie.

Stosownie do wiadomości, podanej przez Szanowną Redakcyę „Przeglądu lekarskiego" w Nrze 45, robiłem usiłowania, aby firma Cook and Son stawiła do rozporządzenia członków Kongresu międzynarodowego lekarskiego w Lizbonie, mając na względzie Polskę i Austryę, a może i Szwajcaryę, większy parowiec, którymby służył za hotel w czasie Kongresu, a zarazem połączył podróż do Lizbony z wycieczkami na wybrzeża włoskie, hiszpańskie i afrykańskie.

Dyrektor firmy Cook and Son w Wiedniu okazał uprzejmą gotowość statek taki swego czasu dać do użytku kongresistów w przystani genueńskiej lub tryesteńskiej, obok statku z Londynu wypływającego, jeżeli w najbliższym czasie Komitet narodowy będzie mógł podać w przybliżeniu liczbę uczestników Kongresu, którzyby chcieli korzystać z takiego udogodnienia.

Wobec tego upraszam wszystkich Szan. Panów Kolegów, by corychlej uwiadomili Komitet narodowy, czy pragnąc wziąć udział w Kongresie (mającym jak wiadomo, odbyć się w czasie od 19—26 kwietnia 1906), zamierzają korzystać z podróży parowym statkiem, a w takim razie, czy wolą Tryest, czy Genuę, jako miejsce odpłynięcia tegoż i nadto, jakie kraje pragnęliby zwiedzić po drodze do Lizbony i z powrotem.

Upraszam o możliwie szybkie odpowiedzi i wzgl. zgłoszenia się na członków Kongresu, aby Komitet narodowy polski mógł na podstawie już pewnych danych przedsięwziąć dalsze kroki w porozumieniu z Komitetem centralnym i firmą Cook and Son, która w miarę dostatecznej liczby zgłaszających się, urządzi tę podróż i poda warunki bliższe.

Zgłoszenia przyjmuje, a za nadesłaniem 25 franków przeszle kartę uczestnictwa skarbnik Komitetu narodowego WPan Dr. W. Słapa, (Kraków, ulica Kolejowa, l. 4).

Prof. Dr. B. Wicherkiewicz,
prezes Komitetu nar. polskiego
dla XV. Kongresu międzynarodowego lekarskiego w Lizbonie.

Upraszа się wszystkie pisma polskie lekarskie o łaskawe powtórzenie powyższej odezwy.

Z okazyi ostatnich kongresów podnosi wiedeński korespondent „Deutsche med. Wochenschrift" kilka interesujących uwag. Na punkcie kongresów zakrada się coraz bardziej do środowiska lekarskiego ciekawa nowa moda. Spis wykładów, mających być wygłoszonymi na kongresie, obejmuje cały szereg takich, których nikt nie wygłasza. Od czasu do czasu wydarzyć się może, że wykładający dozna w ostatniej chwili jakiejś ważnej przeszkody i że nie może przybyć na kongres; — na pewno jednak można powiedzieć, że bardzo wielu zgłaszających wykłady już w domu u siebie wie, że na kongres się nie uda, a zgłaszają się po to tylko, aby figurować w programie kongresu, *eo ipso* w miejscowych dziennikach. Wszak jedne i te same (tego rodzaju) nazwiska, a między tymi i „sławne", co roku można znaleźć w programach kongresowych. A robią to ci panowie dlatego, bo to działa na czytających w dziennikach, że „z naszych sławnych uczonych", — boć każdy uczestnik kongresu jest dla prasy uczonym lub przyrodnikiem, — „zgłosili wykłady Dr. X. Y i Z". Wykład zatem zgłaszają tacy panowie tylko dla dzienników. Z tej to przyczyny „Kölnische Zeitung" nazwał specyalnie ostatni paryski kongres, poświęcony gruźlicy, „Eitelkeitsmarkt" (jarmarkiem próżności), — a niejeden z dotychczasowych kongresów śmiało możnaby nazwać jarmarkiem reklamy. Drugiem nadużyciem, które należy wytknąć, jest ta okoliczność, że coraz więcej wykładających nie zgłasza ściśle określonego tematu. W tej prawie już stereotypowej formułce „temat zastrzeżony" tkwi stanowczo lekceważenie członków kongresu. Pomijając już to, że właśnie tematy, mające być na kongresie roztrząsane, wpływają na lekarzy, czy mają się na kongres wybrać, czy nie, boć każdy z góry chce wiedzieć, czy mu się opłaci poświęcić sprawie czas i pieniądze, to z drugiej strony zastrzeżenie sobie tematu dowodzi, że zgłaszający wykład w chwili zgłaszania nie miał do zgłoszenia nic ciekawego, a tylko spodziewał się, że do czasu kongresu coś mu na myśl przyjdzie interesującego innych, wszak dla kongresu wszystko dobre, co da. Cokolwiek jednak złośliwy mógłby słowa „temat zastrzeżony" i tak tłómaczyć: „Wprawdzie nie wiem, o czem będę mówił, ale mówić muszę za wszelką cenę i ludzie muszą o mnie mówić". Albo tak: „Sam wprawdzie nie mam nic ciekawego do odczytania, ale jeśli urządzający kongres koniecznie chce mego nazwiska, jako przynęty, to nie mam nic przeciw temu. Wszak i tak mnie to nie wiąże do pojechania na kongres". *Stahr.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 14 grudnia.

* W Krakowie otwarty został prywatny Zakład dla leczenia chorób kobiecych. Ginekologia w ostatnich latach wzbogaciła się kilku nowemi metodami leczniczemi, których skuteczność powszechnie została uznaną: do nich należą: długotrwała irygacya pochwy wodą o pewnej ciepłocie; układanie na równi pochyłej; takież układanie z obciążeniem zewnętrznem i wewnętrznem; leczenie gorącem powietrzem; mięsienie mechaniczne, połączone z ruchami biernymi i czynnymi; mięsienie elektryczne; zastosowanie wszechstronne prądu elektrycznego i t. d. Stosowanie tych metod leczniczych, wymagające wiele czasu i licznych przyrządów, natrafia na trudności w praktyce prywatnej. Nowy Zakład, o którym mowa, ma za zadanie trudności te usunąć, a to tak zasobem specyalnych przyrządów i narzędzi, jak i kierownictwem zaszczytnie znanych w naszem mieście ginekologów. Zakład mieści się przy ulicy Podwale, l. 12. Na czele jego stoją: dr. A. Ackermann, dr. M. Cercha, dr. T. Piotrowski i dr. J. Zoll.

* Dnia 8 b. m. odbył się pogrzeb ś. p. dr. Karola Kramarzyńskiego przy licznym udziale obywatelstwa m. Krakowa. Przy wyniesieniu zwłok z domostwa dr. Borzęcki w szczerych i z serca płynących słowach pożegnał zmarłego kolegę w imieniu Towarzystwa lekarskiego krakow., którego nieboszczyk był długoletnim członkiem.

* Uchwałą Rady miasta Lwowa lekarze miejscy obowiązani są mieć obszerne i dobrze ogrzewane poczekalnie dla pacyentów; uchwała ta, oczywiście słuszna, nakłada na lekarzy miejskich znaczny wydatek, bez wskazania źródła na jego pokrycie. Okoliczność ta spowodowała lwowskich lekarzy miejskich do wniesienia podania na ręce prezydenta miasta o wyznaczenie im lokali urzędowych.

* Nagrodę Nobla z działu medycyny otrzymał prof. Koch.

* Wybory do Izby lekarskiej brandeburskiej wypadły zwycięzko dla zwolenników wolnego wyboru lekarzy przez członków Kas chorych. Na 1200 głosujących przeciwnicy mieli tylko 200 głosów.

* W Niemczech przygotowuje się naukowa ekspedycya do Ugandy dla badania choroby „beri-beri"; na koszta zażądano od parlamentu 120,000 M. Nie jest jeszcze wiadomo, czy prof. Koch do tej ekspedycyi będzie należeć.

* Na ostatniem posiedzeniu pełnej wiedeńskiej Izby lekarskiej oświadczył dr. Ewald, prezydent tej Izby, że Rada honorowa skazała prof. Montiego na 200 koron grzywny i ogłoszenie tego wyroku na posiedzeniu plenarnem Izby, a to wskutek niclicującego z godnością stanu lekarskiego zachowania się prof. Montiego względem lekarza praktykującego, który wezwał go na naradę.

* Dnia 11 grudnia, w setną rocznicę urodzin Škody, odbyła się uroczystość, urządzona przez wiedeńskie lekarskie Kolegium i tamtejsze Towarzystwo lekarskie.

* Między 19 a 25 listopada stwierdzono nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bocheńskim, dobromilskim, horodeńskim, kałuskim, kamioneckim (po 1 gminie), nadwórniańskim (3 gm.), przemyślańskim, rawskim, starosamborskim (po 1 gm.), stryjskim (3 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Tytuł profesora uniwersytetu otrzymali: dr. Alt w Uchtspringe; dr. Lorenz — w Darmstadzie i dr. Kuttner — w Berlinie. Dr. Filippson mianowany profesorem dermatologii w Palermo.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Włodzimierz Ortyński — w Samborze. Dr. Karol Kramarzyński, lekarz krak. Kasy dla chorych, lat 58 — w Krakowie. Prof. Leuthold — w Berlinie. Dr. Baraban prof. patolog. anatomii — w Nancy.

Omyłka druku. W Nr. 49, na str. 782, w wierszu 17 od dołu zamiast przygotowaniu ma być przystosowaniu.

Bibliografia:

Czasopism z Królestwa Polskiego — nie otrzymaliśmy.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 49. Frankenberger: Vrozená atresie hrtanu (c. d.). Chvojka: Missed labour při centrálni vcestne placentě. Krále: O stavech úzkostných (dok.). Zahradnicky: Zprava o chirurgicke činnosti všeobecné okresni nemocnice v Nem. Brodě za r. 1904 (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 96. Letulle: Badanie metodyczne szczytów płuc. — Nr. 97. Reclus: Nabłoniak na powierzchni błony śluzowej, uległej łuszczycy *(leucoplasique)*. Damant: Ziarenkowiec nieżytu. Jayle: Spis i określenie zboczeń macicy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 49. Stich: Leczenie ostrych zapaleń zapomocą przekrwienia zastoinowego. Ohm: Przypadek odmy piersiowej, powikłany porażeniem nerwu krtaniowego dolnego. Dührsen: Podskórna pubiotomia metodą Gigliego. Sasaki. Doświadczalne badania nad wpływem herbaty na wydzielanie soku żołądkowego. Edens: Częstość gruźlicy skóry w Berlinie. Pick: Rak gruczołu tarczowego u salmonidów (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 49. Hołobut: Stosunek między parciem naczyniowem a składem krwi. Altmann: Miejscowe leczenie przerostu gruczołu krokowego zapomocą promieniotwórczych cieplic w Gastein. Clairmont Śródnerwowe zastrzykiwanie surowicy przeciwtężcowej Pick: Niezwykłe objawy tocznia rumieniowego. Ravasini: Tymczasowe doniesienie nad uretrotomią wewnętrzną.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 49. Heilbronner: Zaburzenia umysłowe w bezpośrednim związku z wstrząśnieniem mózgu. Graser: Leczenie ran a opatrywanie ran. Lindner: Chirurgia serca i osierdzia. Honneth: Wartość przyrządu ssącego Sondermanna dla rozpoznania i leczenia chorób nosa. Ladenburger: O operacyach w domu pacyenta. Richartz: O stosowaniu przez skórę przetworów jodu *(jothion)*. Clemm: Znaczenie tuczenia posilną pożywką Riedla dla leczenia zwiotczałych opadniętych trzew, ich skutków, oraz stanów towarzyszących. Liepmann: Lewa półkula mózgowa a czynność człowieka (dok).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 49. Ahlfeld: Zrehabilitowanie ręki, jako narzędzia położniczego i chirurgicznego. Wassmuth: Dwa przypadki posocznicy wyleczone wstrzykiwaniami kolargolu. Legrand i Axisa: O beztlenowcach w ropie dyzenterycznej wątroby i ropnia mózgu w Egipcie. Boehm: Przyczynek do kazuistyki uwięzniętej przepukliny przeponowej. Bachauer. Postępy w leczeniu chorób usznych. Speiser: Celuloid, jako wygodny, przeźroczysty materyał na szynę przy złamaniu żuchwy. Joseph i Kraus. Alypin nowy środek miejscowo znieczulający.

Redakcya otrzymała. Bogdanik: Nowy model nożyc do resekcyi żeber.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 49 (od dnia 3 XII do 9 XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 32, dziew. 30; nieżywo: chł. 2, dz. 3. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 19, kob. 23; zamiejscowych: męż. 14, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 15, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 2. 8) odra: miej. —, ob —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. 1, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7, ob. 6 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 4. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem**: miejscowych 33, obcych 21.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 20 b. m., o godzinie 6 wieczorem, w *„Domu Towarzystwa" posiedzenie wyborcze.*

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Odkażanie narzędzi. Jako płyn do odkażania narzędzi, w którym je bez szkody pozostawiać można, nadaje się 3% roztwór lysoformu. W tym roztworze mogą narzędzia niklowane, (jak i najlepsze francuskie lakierowane cewniki), leżeć miesiącami, nie rdzewiejąc.

Ll.

Rok XLIV. Kraków 23 Grudnia 1905. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Zestawienie wszystkich przypadków róży z ostatnich lat dziesięciu, leczonej w oddziałach skórnych, oraz uwagi ogólne i lecznicze, na tem zestawieniu oparte.

Podał

Dr. J. Krzyszkowski

prymaryusz oddziału.

Odmienny sposób lokalnego leczenia róży w oddziale skórnym męzkim, a odmienny w oddziale skórnym kobiecym skłoniły mnie do rozejrzenia się w historyach chorób obu oddziałów i do zestawienia statystycznego wszystkich przypadków z całego szeregu lat, — celem przekonania się, który sposób leczenia dał lepsze wyniki.

Zabrałem się do tej pracy chętnie; liczba bowiem zasłabnięć na różę w ostatnich dwóch latach wzrosła znacznie tak u mężczyzn, jak i u kobiet.

Róża, jako choroba zakaźna i gorączkowa, musi być obowiązkowo przyjęta do leczenia szpitalnego; leczenie jej trwa nieraz długo, a powikłania i następstwa są często, tak jak i wrzody podudzia, tymi niepożądanymi przypadkami szpitalnymi, które pobyt chorych w szpitalu ogromnie przedłużają, a przez to samo znacznie podnoszą i koszt leczenia.

W leczeniu szpitalnem chodzi przedewszystkiem o to, aby leczenie to było dobre i trwało krótko, metoda zaś stosowana powinna być tanią i poręczną.

Wykazanie więc i umotywowanie liczbami, który sposób ze stosowanych dotąd leczy prędzej, który nastręcza mniej powikłań, który jest tańszy i poręczniejszy, a wreszcie uzyskanie pewnego kryteryum do zastosowania innej metody zachęciło mnie do niniejszej pracy.

Wynikami mej obserwacyi dzielę się tem chętniej, że jest ona oparta na bardzo licznym materyale, bo na 795 przypadkach z ostatnich lat dziesięciu; pomijam bieżący rok 1905, którego dla okrągłości rachunku nie przytaczam Jestto w każdym razie liczba pokaźna i bardzo poważna. Wszystkie statystyki zasłabnięć na różę, z któremi spotykałem się w licznych pracach, nie dochodziły nigdy do tej liczby, a wnioski lecznicze były zawsze wysnuwane z kilkudziesięciu, a nawet z kilkunastu przypadków.

Statystyka ma dopiero wtedy znaczenie, gdy jest opartą na licznych przypadkach i na całym szeregu lat. Jest ona także bardzo pouczająca, jeżeli się tylko chce patrzeć na nią krytycznie i umie odpowiednio z liczb otrzymanych wnioskować.

Zanim przejdę do zestawień i do wysnucia z nich wniosków, przypomnę choć w paru słowach rzeczy zresztą dobrze znane co do powstawania i leczenia róży.

Że róża jest ostrem, zakaźnem zapaleniem skóry, wywołanem przez wniknięcie drobnoustrojów, zwrócili już na to uwagę Henle, Hüter, Nepveu i Wilde. Za czynnik podawali jużto koki, jużto prątki. Pierwsze dokładne zbadanie sprawy zawdzięczamy Fehleisenowi. Ten badał tylko przypadki czyste (nie powikłane ropowicą) i otrzymywał z nich czyste kolonie łańcuszkowców. Hodowlami, z nich wyhodowanemi, mógł naodwrót wywołać na zwierzętach typowe objawy róży. Fehleisen uważał wyhodowany przez siebie z róży łańcuszkowiec róży (*streptococcus erysipelatis*) za jedynie wywołujący różę, a nie za identyczny z łańcuszkowcem ropotwórczym (*streptococcus pyogenes*), wywołującym ropienie. Natomiast badania Petruschkyego, przeprowadzone na zwierzętach i ludziach, wykazały, że róża może być wywołaną nietylko przez łańcuszkowca róży, lecz także przez każdego innego łańcuszkowca, n. p. przez łańcuszkowca, wyhodowanego z ropnego zapalenia otrzewnej; zależy to tylko od jego jadowitości i od skłonności danego osobnika.

W ostatnich zaś czasach z typowych przypadków róży wyhodowano także inne drobnoustroje i tak: gronkowca (Bonome, Bordoni), dwukoka zapalenia płuc (Roger), prątka okrężnicy (Delius), prątka duru (Rheiner). Róża więc może być wywołaną różnymi drobnoustrojami; najczęściej jednak powoduje ją zwykły łańcuszkowiec (*streptococcus pyogenes*). Drobnoustroje dostają się zawsze z zewnątrz przez jakiekolwiekbądź uszkodzenie naskórka; rozwijają się w przestworach i w naczyniach chłonnych skóry i tkanki podskórnej, a nigdy w naczyniach krwionośnych. Na skrawkach mikroskopowych widać wyraźnie naczynia i przestwory chłonne, formalnie ponapychane drobnoustrojami; a prócz tego, jako objaw zapalenia, znaczny wysięk od najlżejszego surowiczego do włóknikowego i włóknikowo-ropnego. Przebieg zapalenia, jak zwykle w zakażeniach, zależy od odporności osobnika, od siły jadowitości drobnoustrojów, natężenia jadu i umiejscowienia. Przypadki, przy których drobnoustroje wniknęły głębiej w tkankę podskórną, gdzie wysięk był znaczny, włóknikowo-ropny, przechodzą zwykle w ropienie tkanki podskórnej, ba — nawet czasem w zgorzel całych kawałków skóry (*erysipelas phlegmonosum, erysipelas gangraenosum*)

Miejsca zajęte różą, odpowiednio do znanych cech zapalenia: *dolor, calor, rubor, tumor, et functio laesa* są żywo zaczerwienione, obrzękłe, połyskujące, przy dotyku bardzo bolesne, o ciepłocie w stosunku do otoczenia podwyższonej. Miejsca te są ostro odgraniczone, wyniosłe, jakby wałem od strony skóry zdrowej otoczone. Granica ta nie jest nigdy zupełnie równa, lecz wysyła liczne wypustki w zdrową jeszcze skórę, świadczące o dalszem szerzeniu się róży.

Różę można wziąć mylnie za wyprysk pęcherzykowaty, za rumień pospolity, wypocinowy, za rumień występujący pod wpływem promieni słonecznych, przegrzania, wreszcie za rozpoczynającą się ropowicę. Rozpoznanie różniczkowe nie jest trudne, jeżeli się zwróci uwagę na połysk, odgraniczenie, na stan gorączkowy i objawy ogólne ciężkiego schorzenia i pamięta się o tem, że ropowice są zwykle deskowato twarde, fiołkowawo zabarwione.

Leczenie róży powinno być ogólne i miejscowe. Ogólne, jak w chorobach zakaźnych, jest objawowe, a więc przetwory przeciwgorączkowe, podniecające, moczopędne. Na tem miejscu nie można też pominąć i surowicy Marmorka; ale tak ta, jak i *serum polyvalens antistreptococcicum* Denysa nie dały oczekiwanych wyników.

Miejscowe leczenie ma cały szereg różnych metod i sposobów. W metodach tych widzimy kilka usiłowań: przeszkodzić w szerzeniu się, odkazić pierwotne ognisko, wpłynąć ujemnie na rozrost drobnoustrojów i działać łagodząco na objawy zapalne. Przeszkodzić w szerzeniu starano się przedewszystkiem przez wywołanie w otoczeniu niepomyślnych warunków do rozwoju drobnoustrojów; stosowano więc wstrzykiwania w zdrowe otoczenie jużto 2% kwasu karbolowego (Hüter), jużto 1‰ sublimatu (Küster); metody to bolesne, niebezpieczne i niedające spodziewanych wyników. Wölfler usiłował położyć tamę szerzeniu się przez ucisk, zakładając przylepce i pendzlując otoczenie kolodyonem; metoda niewinna i nieszkodliwa. Odkazić pierwotne ognisko starał się Kraske przez głębokie i gęste nacięcia i następowe założenie silnie odkażającego opatrunku. Zabieg ten, niestosunkowo ciężki i bolesny, nie dawał pożądanych wyników, a natomiast powodował często wytwarzanie się bliznowców (keloidów). Wpływać ujemnie na rozrost mikroorganizmów starano się przez stosowanie różnych środków antyseptycznych tak na miejsca zajęte, jak na najbliższe otoczenie w formie maści, rozpylań, pendzlowań i okładów.

Tu widzimy cały arsenał farmako-terapeutyczny w ruchu: i tak, wcierano: 1‰ maść sublimatową (Gollstein); 5% maść karbolową (Rosenbach); 1:4:10 maść kreolinowo-jodoformową; 30—50% maść resorcynową (Schwimmer); wreszcie 10—30% ichtyol; robiono okłady z 3—5% kwasu karbolowego (Hofmokl); stosowano rozpylania: *sublim. corros., acidi citrici ãã 1‰, alkohol. absol. 10%, aetheris ad 100* (Coget et Talamon); pendzlowano terpentyną (Lache), jodyną (Hamburger), kolodyonem lub traumatycyną z dodatkiem wyżej wymienionych środków, jak ichtyol i kreolina; dalej miejsca zajęte pokrywano woskiem, przetworem wysuszającym (*siccativum*), kolodyonem, traumatycyną, papierem kauczukowym (Borvell, Otto, Kolaček), starając się przez utrudnienie przystępu powietrza wpłynąć ujemnie na rozwój drobnoustrojów. Do nowszych sposobów zaliczyć należy wcieranie mieszanki kamfory z kwasem karbolowym (*Camphor. acidi carb. ãã 25,0 — olei olivae ad 100*) i wcieranie mesotanu. Działać zaś łagodząco na objawy zapalne starano się jużto pudrując, jużto stosując zmywania i okłady z alkoholu, jużto stosując zmywania i okłady zimne (lodowe) z płynów lekko ściągających.

W szpitalu powszechnym lwowskim na obu oddziałach skórnych stosowano przedewszystkiem leczenie przeciwzapalne w postaci zimnych lodowych okładów (worki z lodem). Ponadto w oddziale skórnym męzkim zmywano miejsce zajęte różą kilka razy dziennie 96% alkoholem, a w otoczenie w skórę zdrową wcierano maści antyseptyczne: przez krótki czas 1‰ sublimatową, w ostatnich zaś latach wyłącznie 40% maść resorcynową); po ustąpieniu zaś objawów zapalnych traktowano miejsca zajęte różą i ich otoczenie 20% maścią alumnolową. W oddziale zaś kobiecym przez przeciąg tych lat dziesięciu (jak to jest na tablicy uwidocznione) stosowano kilka sposobów, ale zawsze traktowano tylko miejsca zajęte, otoczenie zostawiając w spokoju. W ostatnich pięciu latach z bardzo nielicznymi wyjątkami nie zmywano miejsc zajętych różą alkoholem, lecz pendzlowano je mieszanką ichtyolowo-kolodyonową (*ichtyoli 10, creolini 5, spir camph., 20, collod. simplc. 100*), — na to dawano zimny kwaśny okład z rozcieńczonego płynu Burowa i kładziono worki z lodem. Pominąwszy więc wspólne leczenie przeciwzapalne i pewną rozmaitość środków, stosowanych lokalnie, główna i zasadnicza różnica polega na traktowaniu otoczenia. Różnica ta wydawała mi się zbyt wielką i zasadniczą, aby nie miała mieć jakiegoś choćby minimalnego wpływu na przebieg leczenia; a ponieważ wszelkie teoretyczne rozumowania pozostawały zawsze tylko teoretycznemi, postanowiłem wyniki sprawdzić liczbami, aby módz na jedną lub drugą stronę się przechylić i mieć pewne dane do wypróbowania innych sposobów. Zestawiłem więc wszystkie przypadki róży z ostatnich lat dziesięciu, leczone w obu oddziałach, jej umiejscowienie, charakter, zejście, powikłania i liczbę dni pobytu w szpitalu. Znając metody lecznicze, stosowane w poszczególnych przypadkach, postanowiłem o dobroci tych metod wnioskować z przeciętnej dni pobytu, względnie dni leczenia, z częstości następowych powikłań i zejść śmiertelnych. Rozumowałem, iż im krótszy czas leczenia, im mniej powikłań chirurgicznych i mniej zejść śmiertelnych, — tem metoda będzie lepszą.

Zabrawszy się do zestawienia tak wielkiego materyału, uwzględniałem i inne dla tego celu mniej ważne, z innych jednak względów nie mniej ciekawe szczegóły. Notowałem mianowicie miesiące zasłabnięć, zasłabnięcia w poszczególnych oddziałach szpitalnych, wiek chorych i wyciągi z protokołów sekcyjnych.

Zanim przystąpię do objaśnienia załączonych tablic — muszę zaznaczyć, że liczba przyjętych przypadków róży została obliczoną w stosunku do ilości chorych, przyjętych tylko na oddział skórny, a nie kiłowy; reszta zaś odsetkowych obliczeń jest notowaną w stosunku do liczby samych zasłabnięć na różę.

Co do umiejscowienia, to w rubrykach uwzględniłem głównie trzy typy: twarz i głowę, kończyny, tułów. Szczegółowy rozdział co do kończyn podaję w zestawieniu osobno. Do obliczenia dni leczenia użyłem dni pobytu chorych w szpitalu, liczby, głównie nas obchodzącej i dającej się łatwo z protokołów uzyskać. Błędy, które mogły się wkraść przez nieco dłuższy pobyt jakiegoś nieudolnego, wydalonego urzędowo chorego, dotyczyły obu oddziałów równomiernie, są bardzo małe i dla ogólnej liczby przeciętnej bez znaczenia. Ponieważ zaś wszystkie przypadki powikłane mogą zmniejszać lub zwiększać ilości dni leczenia, — zależnie od tego, czy zabiegi robi się i leczy w oddziale, czy też dla wykonania tych zabiegów przenosi się je na inny oddział (chirurgiczny, przy porodach położniczy), przeto zestawiłem w jednej rubryce dni leczenia wszystkich przy-

Tablica *A)*. — Oddział męzki.

W roku	Na liczbę wszystkich chorych skórnych	Przyjęto przypadków róży w miesiącach												Ogółem przyjęto	Procent	Z tej ogólnej ilości dostarczyły oddziały			Umiejscowienie				Przebieg			Dni leczenia (pobytu)				Leczenie
		styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień			oczny	chirurgiczny	inne.	twarz i głowa	kończyny	tułów (migrans)	reszta	bez powikłań	z powikłaniami chir.	zmarło	z owikłanymi przypad.	przeciętnie	bez powikłanych przyp.	przeciętnie	
1895	607	—	—	1	1	2	—	3	1	1	2	5	4	20	3·2	1	—	1	20	—	—	—	17	2	1	207	10·30	154	8·55	Zmywanie alkoholem 96%. Zimne okłady (worki z lodem). Wcierania maści resorcynowej 40%.
1896	553	2	—	1	—	2	—	3	1	1	3	2	2	17	3·0	3	—	2	16	1	1	—	15	2	—	187	11·11	159	10·60	
1897	483	4	—	—	2	1	—	1	—	2	1	1	—	12	2·4	—	1	—	11	1	3	—	6	3	3	136	11·33	70	7·77	
1898	488	1	—	—	2	2	2	—	—	2	2	6	2	19	3·8	2	—	2	17	2	3	—	14	4	1	207	10·89	137	9·13	
1899	469	4	2	—	1	5	1	—	2	3	5	2	5	30	6·4	1	—	3	29	1	3	—	28	1	1	235	7·83	227	7·83	
1900	420	2	3	—	—	1	1	—	1	—	8	—	1	17	4·0	—	—	2	16	1	2	—	15	1	1	217	11·76	170	10·62	
1901	383	3	3	1	2	—	—	—	1	—	2	—	2	14	3·6	—	1	1	14	—	—	—	14	—	—	139	8·97	139	8·97	
1902	298	3	1	1	—	—	1	—	2	—	1	5	3	17	5·7	—	—	—	17	—	—	—	15	2	—	185	9·18	152	10·13	
1903	283	6	1	1	—	3	3	1	3	—	9	10	4	41	14·4	5	—	1	40	1	3	—	39	2	—	385	8·39	343	8·79	
1904	380	7	2	2	9	2	5	9	—	1	5	7	4	53	13·9	—	—	3	50	2	4	1*	48	2	3	451	8·53	425	8·33	
Razem	4364	32	12	7	17	18	13	17	11	10	38	38	27	240	5·4	12	2	15	230	9	19	1	211	19	10	2319	9·79	1976	8·94	
														na 240	—	5%	0·8%	6·2%	—	3·7%	7·9%	—	—	7·9%	4·1%					

* Moszna.

Tablica *B)*. — Oddział kobiecy.

W roku	Na liczbę wszystkich chorych skórnych	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień	Ogółem przyjęto	Procent	oczny	chirurgiczny	inne.	twarz i głowa	kończyny	tułów (migrans)	reszta	bez powikłań	z powikłaniami chir.	zmarło	z owikłanymi przypad.	przeciętnie	bez powikłanych przyp.	przeciętnie	Leczenie
1895	422	3	1	4	3	—	—	2	—	3	5	9	6	36	8·5	2	3	—	25	11	1	—	31	2	3	471	13·06	414	12·15	Zmywanie alkoholem, okłady lodowe.
1896	338	5	2	2	4	4	2	3	3	5	2	6	4	42	12·4	3	3	1	26	15	1	—	39	2	1	602	14·33	485	12·12	
1897	337	3	3	4	6	4	3	1	2	4	3	7	2	42	12·4	9	2	—	36	6	1	—	38	2	2	484	11·52	447	11·17	Maść resorcynowa 20%.
1898	370	3	3	—	3	6	8	4	2	5	6	2	5	47	12·7	11	1	1	38	9	3	—	43	4	—	683	14·68	609	14·18	
1899	444	7	5	7	4	12	5	17	—	3	7	6	1	74	16·6	13	6	—	60	13	—	1*	67	5	2	840	11·35	762	11·04	
1900	376	6	5	6	6	5	4	8	2	3	5	5	3	58	15·4	11	1	2	46	12	4	—	51	4	3	912	15·73	804	14·88	Płyn Burowa. — Lód.
1901	357	6	1	4	—	6	4	—	3	5	2	5	8	44	12·6	6	4	4	28	14	1	—	38	3	3	513	11·65	441	10·97	Mieszanka ichtyolowo-kreolinowo-kolodyonowa. Kwaśne okłady. — Lód.
1902	324	2	1	5	6	4	4	1	4	1	—	3	8	39	12·0	7	2	2	35	4	2	—	37	1	1	387	9·92	375	9·86	
1903	360	3	5	3	7	8	6	3	7	15	13	7	13	90	25·0	8	3	3	77	12	3	1*	82	7	1	1042	11·55	910	10·70	
1904	455	6	5	6	6	8	5	7	6	5	15	7	7	83	18·2	9	2	4	74	9	8	—	76	3	4	907	10·94	830	10·37	
Razem	3783	44	31	41	45	55	41	46	29	49	58	57	57	555	14·6%	79	27	17	448	105	24	2	502	33	20	6841	12·32	6077	11·62	
														na 555	—	14·3%	4·8%	3%	—	18·9%	4·3%	—	—	5·9%	3·6%					

* Sutki.

padków razem, — w drugiej zaś dni leczenia przypadków niepowikłanych (patrz tabl. str. 805).

Z porównania i rozejrzenia się w powyższych tablicach odczytać możemy następujące dane:

Znany wpływ pór roku na pojawienie się róży u kobiet jest ledwo widoczny, natomiast u mężczyzn występuje wybitnie; najliczniejsze zasłabnięcia przypadają na jesień i pierwszą połowę zimy, najrzadsze na koniec zimy i gorący sierpień. (Dok. nast.)

II. Niedokrwistość złośliwa postępująca. *Anaemia perniciosa progressiva, anaemia Biermeri.*

Wyjątek z rękopisu dodatkowego zeszytu dzieła „Nauka o chorobach wewnętrznych", wydawanego przez prof. W. Jaworskiego.

Napisali

Prof. Edward Koczyński i Dr. Stanisław Szurek,
Dyrektor kliniki lek. U. J. Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy)

Szpik, jak powiedzieliśmy wyżej, popada w stan czynnościowego podniecenia i rzeczywiście C. Wood, a za nim Cohnheim, stwierdzili, że w większości przypadków niedokrwistości złośl. postęp. szpik kości długich, u osób dorosłych tłuszczowy, zamienia się w tak zw. szpik limfoidalny (płodowy), oczywiście o ile ten szpik zdolny jest do takiego przekształcenia się i o ile czynnik zwyradniający nie jest na tyle silny, by tę przemianę hamował. Ten powrót do utkania płodowego szpiku kostnego jest zjawiskiem jakby celowem, doniosłej dla ustroju wagi. Przed tą destrukcyą krwi, jaka jest niedokrwistość złośliwa, ratuje się ustrój, a ratuje się przez ów, jak go nazywa Ehrlich „powrót do stanu płodowego" (Rückschlag ins Embryonale). Przez ten powrót do stanu płodowego, który jednak nie jest jedynie i wyłącznie właściwym niedokrwistości złośliwej, szpik, pobudzony do wzmożonej pracy twórczej, może wydatniej teraz pracować celem wyrównania zakłóconej równowagi. Destrukcya jednak jest większa, aniżeli wytwarzanie nowych dojrzałych pierwiastków. I wynikiem tej walki między rozpadem a odtwarzaniem krwi jest pojawienie się we krwi niedojrzałych postaci krwinek czerwonych. Szpik wysyła najpierw makro- i mikrocyty; kiedy to nie wystarcza, wypłukane zostają normoblasty, a jako ostatnia rezerwa zjawiają się we krwi krążącej megaloblasty. Praca twórcza szpiku jest u swego kresu, a czy dojdzie do tego kresu, zależy znów od nasilenia sprawy rozpadowej (*haemolysis*), okresu sprawy i czynnościowej sprawności szpiku.

Jaką jest istotna przyczyna tego zwyrodnienia? Tu dalej, jak poza granice przypuszczeń, jakkolwiek bardzo możliwych, nie możemy się posunąć. W etyologii wszelkich zwyrodnień pewne trucizny lub jady zdają się być właściwym czynnikiem chorobotwórczym. Tak i tu większość autorów przyjmuje za istotną przyczynę choroby jady, wytworzone w ustroju lub z zewnątrz wprowadzone *(toxaemia)*; my zaś dodalibyśmy: tylko w pewnej liczbie przypadków, w innych zaś skłonni bylibyśmy przyjąć gorszą jakość (asteniczną) wytworzonych pierwocin, większą ich wrażliwość, która sprawia, że ten materyał komórkowy już w fizyologicznych warunkach szybciej niszczeje, łatwiej ulega rozmaitym szkodliwym wpływom, ma okres życia krótszy. Niedokrwistość złośliwa postępująca byłaby więc w pewnych przypadkach zatruciem, wywołującem rozpad krwinek (hemocytolityczną toksemią), w innych zaś „erytrocytonekrobiozą"

Być może także, że na patogenezę tej ciekawej choroby lub pewnych jej tylko postaci nauka czasów najnowszych o hemolizynach rzuci kiedyś światło. Być może, że w pewnych warunkach wskutek zboczeń w chemizmie ustroju tworzą się pewne „autohemolityczne" substancye, wnikające do surowicy krwi i sprowadzające powolne, ale ciągłe obumieranie krwinek czerwonych. Niedokrwistość złośliwa postępująca byłaby wtedy pewną niedokładnością w chemicznej pracowni ustroju, toksycznem zaburzeniem wymiany materyi w pierwszym rzędzie, a w drugim surowicy krwi. Wobec tego zaś, że tylko pewne osoby zdają się posiadać skłonność do tej choroby, pewne wadliwości w samej sprawie rozwojowej nie byłyby także bez znaczenia, jako czynnik drugi w powstawaniu tej choroby.

Grawitz, którego zdaniem niedokrwistość złośliwa postępująca nie jest samoistną chorobą krwi, a tylko rzadko cierpieniem narządu krwiotwórczego, w którego mniemaniu sprawa ta również prawie zawsze powstaje u osób, do niej skłonnych, przez przewlekle działające czynniki szkodliwe, zwłaszcza jady, kładzie nacisk na konieczność etyologicznego jej podziału i przyjmuje następujące jej postacie: 1) najważniejsza i najczęstsza, powstająca przez wessanie z przewodu pokarmowego enterotoksyn do krwi żyły wrotnej, a temsamem do ogólnego krążenia, tak zw. postać jelitowa; 2) w następstwie przewlekłych krwotoków (wrzód żołądka ukryty, nadżerki krwotoczne błony śluzowej żołądka, owrzodzenia jelit, guzy krwawnicze, choroby macicy, dróg oddechowych i t. d.); 3) w następstwie zmian szpiku kostnego, tak zw. postać osteogenetyczna (mięsak ogólny szpiku kostnego Ehrlich, Grawitz; zapalenie szpiku Leube), a przedewszystkiem w następstwie przewlekłej kiły, jako wynik spraw stwardniających w zakresie kości (Grawitz); 4) w przebiegu ciąży (Gusserow); 5) wskutek niehigienicznych wpływów różnorakiej przyrody, nie wyłączając nawet szkodliwych wpływów psychicznych; 6) w następstwie przewlekłych zatruć np. tlenkiem węgla, prawdopodobnie ołowiem i, być może, arszenikiem.

Przypuszczenie dawniejsze, jakoby niedokrwistość złośliwa postępująca była chorobą zakaźną, przewlekłą (Hunter), nie mogło się utrzymać dla braku dowodów, uzyskanych drogą hodowli lub szczepień na zwierzętach. Jeszcze w r. 1877 opisywał Klebs we krwi takich chorych liczne drobne, niekształtne twory, które nazwał „monadami"; Franhänser znajdował we krwi bakterye i pewne postacie włoskowca (*leptothri*). Również Browicz widział we krwi takich chorych drobne, ruchome, do pasorzytów podobne twory; uznał je jednak za zmarniałe krwinki czerwone, częściowo za twory pochodne od jądra.

Anatomia patologiczna. W czystej i do tego niepowikłanej niedokrwistości złośliwej postępującej oględziny pośmiertne wykrywają wprawdzie pewne i to ciężkie nawet zmiany anatomiczne; żadna atoli z tych zmian nie jest tego rodzaju, żeby można ją uważać za pierwotną przyczynę tej ciężkiej choroby, żeby nie mogła być jej następstwem.

Na obraz anatomiczny składa się przedewszystkiem

znaczna bladość narządów wewnętrznych, obrzęki, wybroczyny i stłuszczenia. Ta bladość narządów nietylko jest następstwem ciężkich zmian we krwi, ale pozostaje niewątpliwie w związku z pomniejszeniem całkowitej ilości krwi, bo z naczyń przeciętych wypływa jej bardzo niewiele. Obrzęki powstają nietylko w tkance podskórnej, ale i we wszystkich jamach surowiczych. Wybroczyny zdarzają się tak na skórze i błonach śluzowych, jak i na błonach surowiczych, a stłuszczenie dosięga często wprost niebywałego stopnia i zajmuje przedewszystkiem mięsień sercowy i nerki.

Ze zmian, do pewnego stopnia swoistych dla niedokrwistości złośliwej postępującej, wymienić należy zmiany na błonie śluzowej żołądka i jelit, polegające na jej zaniku (tak zw. *anadenia ventriculi* E w a l d a), czasem połączone z nadmiernem bujaniem tkanki łącznej międzygruczołowej, a nawet podśluzowej i następowem zgrubieniem i pomniejszeniem całego narządu (*cirrhosis ventriculi* N o t h n a g l a), — powtóre nagromadzenie się większej ilości żelaza w wątrobie (*siderosis*, *haemosiderosis* N a u n y n a), jako następstwo wzmożonego rozpadu krwinek czerwonych, objawiające się już gołemu oku rozlanem zielonawem zabarwieniem powierzchni przekroju, w szpiku zaś kości długich wspomniana już wyżej przemiana szpiku tłuszczowego w czerwony szpik limfoidalny. Przemiana ta szpiku nie jest czemś, cechującem wyłącznie niedokrwistość złośliwą postępującą, ponieważ spostrzegamy ją i w innych chorobach (n. p choroby zakaźne); zdarzają się zaś znów pewne przypadki niedokrwistości złośliwej postępującej, w których tej przemiany niema, lub w małym tylko stopniu się pojawia (tak zw. postać aplastyczna). Co do zmian zaś zanikowych w przewodzie pokarmowym, to wielce prawdopodobnym jest tutaj pewien stosunek wzajemności. Niedokrwistość złośliwa postępująca, wywołując stłuszczenie narządów, wiedzie do zaniku błony śluzowej i odwrotnie: zanik pierwotny błony śluzowej przewodu pokarmowego wzniecić może niedokrwistość złośliwą, rzecz oczywista wtórorzędną, rzekomą. Śledziona zachowuje się niejednakowo: raz bywa powiększona, drugi raz pomniejszona, zanikła. W ośrodkowym układzie nerwowym spotykamy dość często ciężkie zmiany organiczne (L i c h t h e i m, M i n n i c h), polegające na krwotokach i ogniskach zwyrodnienia, głównie w rdzeniu kręgowym, i to w części jego szyjnej, jako wynik zatrucia ustroju jadami, które w równej mierze zdołają wywołać zwyrodnienie krwinek czerwonych, jak i układu nerwowego ośrodkowego.

Takim bywa obraz sekcyjny niedokrwistości złośliwej postępującej. Rzecz oczywista, że jeżeli anatom-patolog znajdzie ciężkie organiczne choroby, jak n. p. raka, gruźlicę i t. d., to tak on, jak i klinicysta, powinien uważać niedokrwistość towarzyszącą za wtórorzędną, choćby klinicznie przedstawiała się jako prawdziwa (esencyonalna) Ale takie rozumowanie nie zawsze jest słuszne. Nie ulega bowiem wątpliwości, że podobnie, jak i inne choroby, tak i niedokrwistość złośliwa postępująca wikłać się może z innem jakiemś cierpieniem (*adenocarcinoma ventriculi* K r o k i e w i c z, *tuberculosis pulm.* S z u r e k), które na jej podłożu bujać poczyna tak, że rozstrzygnięcie, czy to jest niedokrwistość złośliwa prawdziwa, powikłana inną chorobą, czy niedokrwistość wtórorzędna, dla braku pewnych cech różniczkowych jest trudne, niekiedy wprost niemożliwe.

S y m p t o m a t o l o g i a. Choroba zakrada się zwykle do ustroju powoli i to zazwyczaj bez żadnej wyraźniejszej przyczyny, a chorzy w przeważnej liczbie przypadków tracą powoli przedewszystkiem łaknienie i skarżą się na pewne dolegliwości żołądkowe, jak wzdęcie, uczucie pełności w brzuchu, zaparcie stolca naprzemian z biegunką. Z postępem choroby ogólne osłabienie i wyczerpanie dochodzi do tego stopnia, że chory przestaje chodzić i kładzie się do łóżka. Teraz skarżyć się poczyna na inne jeszcze dolegliwości, jak bole głowy, zawroty, bicie serca, uczucie ucisku na klatce piersiowej, wielki brak łaknienia, skłonność do wymiotów i tym podobne przypadłości. Kiedy choroba dosięga swego szczytu, wejrzenie chorego jest tak znamienne, że wraża się w pamięć na całe życie. Nadzwyczajna b l a d o ś ć s k ó r y i błon śluzowych z lekkim odcieniem żółtawym sprawia, że chory wygląda jak trup. Chory jakkolwiek blady i wynędzniały, nie okazuje znaczniejszej chery; podściółka tłuszczowa bywa często stosunkowo dobrze utrzymana. Lekkie obrzęki w tkance podskórnej i przesięki do jam surowiczych (opłucnej, otrzewnej) towarzyszą prawie stale tej chorobie. N a r z ą d k r ą ż e n i a czasami nie ulega żadnym zboczeniom, czasami znów zdarza się powiększenie stłumienia serca, buczenie w żyłach i szmery sercowe, skurczowe, wyjątkowo rozkurczowe, w końcowych okresach objawy niedomogi serca. Tętno, zwykle przyspieszone, jest słabo napięte i daje się łatwo ucisnąć, czasami jednak bywa pełne i duże. W j a m i e u s t n e j pojawia się często zapalenie błony śluzowej, a wskutek zakażenia drobnoustrojami gnilnymi powstawać mogą na dziąsłach owrzodzenia, przypominające gnilec. W ż o ł ą d k u stwierdzić można w większości przypadków brak kwasu solnego (*achloria*), lub też jako znamię, dość cechujące tę chorobę, brak soku żołądkowego (*achylia gastrica*), a w zakresie jelit w jednych przypadkach zaparcie, w innych biegunki; nadto wiotkość powłok, wzdęcie i bolesność uciskową brzucha. Nie wolnym od zboczeń, i to ciężkich, bywa także i u k ł a d n e r w o w y; w zakresie nerwów obwodowych spotykamy zwykle zaburzenia w czuciu w postaci znieczuleń lub parestezyi, zniknięcie odruchów, objaw Romberga, czasem zbiór objawów, przypominający wiąd rdzenia (*tabes*); w zakresie p s y c h i c z n y m senność, obojętność, apatyę, zadumę, u innych podniecenia z majaczeniami, czasem typowe napady szału. Od czasu do czasu pojawia się g o r ą c z k a o torze nieregularnym, rzadko przekraczając 39° C., pochodzenia niezupełnie wyjaśnionego. Prawie stale w przypadkach dalej posuniętych jako ważny znak rozpoznawczy, spotykany bardzo rzadko w innych niedokrwistościach, pojawiają się drobne wybroczyny (*petechiae*) na skórze i krwotoki z błony śluzowej jamy ustnej, nosa i górnych dróg oddechowych, wymioty krwawe i t. d., jako wyraz skazy krwotocznej. Wielkie znaczenie rozpoznawcze mają wybroczyny na siatkówce (*retinitis haemorrhagica*), często już we wczesnych okresach tej choroby dostrzegalne. Znamienną w pewnych zwłaszcza razach jest b o l e s n o ś ć k o ś c i, a zwłaszcza mostka i kości goleniowej.

M o c z bywa zwykle wysycony, o wyższym ciężarze właściwym; białkomocz jest jednym z rzadszych objawów. Natomiast szczególniejszej wagi, jako wskazówka zwiększonego gnicia istot białkowych w jelitach, jest znaczniejsza ilość indykanu w moczu i prócz tego hidrobilirubiny, jako znów dowód zwiększonego rozpadu krwinek czerwonych. Zresztą zaś inne składniki moczu, podobnie jak i sama czyn-

ność nerek, nie ulegają żadnym stalszym zboczeniom od stanu prawidłowego.

Rzadkiem powikłaniem jest żółtaczka. Wymiana materyi przy dyecie lekko strawnej ma się dokonywać w granicach zupełnej równowagi (Noorden, Moraczewski, Strauss); wzmożonego rozpadu białka tkankowego w przeciwieństwie np. do chery rakowej nie można w tej chorobie stwierdzić. (Dok. nast.)

III. Z kliniki laryngologicznej prof. Pieniążka w Krakowie.

Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny

Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Ciała obce.

Metoda Killiana największe zastosowanie miała dotychczas przy wydobywaniu ciał obcych z tchawicy i oskrzeli. Od kiedy Killian ją podał, ogłoszono już cały szereg przypadków. Do pewnego stopnia zeszła ona na manowce. Starano się o ile możności wydobywać ciała obce tak z tchawicy, jak i z oskrzeli, zapomocą tracheo- i bronchoskopii górnej; nieudały zabieg przy tej metodzie uważano za pewien rodzaj upokorzenia. Nad wskazaniami zaś, kiedy wydobywać ciała obce przy tracheo- czy też bronchoskopii górnej, a kiedy przy dolnej, wcale się nie zastanawiano. Dlatego też obecnie nie brak już przypadków, w których tracheo- i bronchoskopia górna zawiodła, tak że musiano przystąpić do dolnej. A i równoczesne spostrzeganie chorych wyjaśnia obecnie wskazania i przeciwwskazania do odpowiednich zabiegów. Na podstawie własnego doświadczenia, nabytego przez spostrzeżenia u chorych, leczonych jużto wyłącznie przezemnie, jużto przez prof. Pieniążka, wskazania do tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej określiłbym w sposób następujący:

Do wyjmowania zapomocą tracheo- i bronchoskopii górnej nadają się ciała o powierzchni więcej gładkiej, równej, nie zatykające szczelnie tchawicy, czy też obu oskrzeli; odczyn błony śluzowej w tych razach bywa bardzo nieznaczny; ciała takie, leżąc nawet w głębi oskrzeli i to nawet przez czas dłuższy, mogą oprócz ograniczonego zapalenia oskrzeli nie wywoływać żadnych innych objawów. Ciała, choć nierówne i o ostrych brzegach i końcach, jak kości, blaszki, gwoździe itd., nadają się do wydobycia tą metodą wtedy, gdy ułożenie ich i podłużny kształt usuwa niebezpieczeństwo głębszego zranienia błony śluzowej; niebezpieczeństwem zaś pod tym względem grożą ciała większe, zajmujące znaczną część światła tchawicy, które łatwo wbić się mogą w ściany, wywołując zmiany następowe, jak ropienie podśluzowe, naokoło chrząstek z ich obumarciem i oddzieleniem się. Niebezpieczeństwo pod tym względem jest tem większe, im później ciało obce wyjmujemy, ocena zaś zmian tych w tracheoskopie jest trudna, często niemożliwa. Ciała ostre, już przechodząc przez krtań, tam już wywoływać mogą zmiany zapalne, wymagające same przez się tracheotomii. Ale i podczas samych prób wydobycia zranić mogą błonę śluzową tak tchawicy, jak i krtani i wywołać następowe obrzmienie, wymagające niejednokrotnie następowej tracheotomii. Obawa uwięźnięcia ciała w krtani podczas wydobywania, powinna być wskazówką do tracheotomii.

Tracheotomia wskazaną jest przy ciałach miękkich, kruchych, mogących przy wydobywaniu rozpaść się na drobniejsze kawałki, które równocześnie zatkać mogą oba oskrzela. Szczególnie objawy niedodmy jednego płuca nakazują wykonanie tracheotomii. Nietylko bowiem przy ciałach obcych miękkich i kruchych, ale nawet i twardych, ciało obce łatwo wpaść może podczas wydobywania do drugiego oskrzela i wywołać zupełne zatkanie dróg oddechowych; jeżeli wtedy nie uda się szybko wydobyć ciała obcego, następuje śmierć; przy tracheoskopii dolnej wyjęcie jest łatwiejsze, mniej więc niebezpieczne dla chorego. Niebezpieczeństwo to jest mniejsze, jeżeli oba płuca są wolne; musiałoby chyba nastąpić szczelne zatkanie obu oskrzeli.

Ciała zwłaszcza miękkie, łatwo rozpadające się, zagrażają wywołaniem zmian następowych w oskrzelach i płucach szczególnie wtedy, gdy dłuższy czas przebywają w drogach oddechowych. Do zmian tych należą ropne zapalenia oskrzeli, ich rozszerzenia, zmiany następowe w płucach, począwszy od nieżytowego ogniskowego zapalenia aż do zgorzeli płuc. W przypadkach tych celem zupełnego usunięcia ciała obcego, a powtóre celem ułatwienia wykrztuszania gromadzącej się wydzieliny, szczególnie u dzieci, wskazana jest tracheotomia, konieczna zaś u dzieci małych, u których wykrztuszanie jest niewystarczające.

Wzgląd brać musimy i na wiek chorych; obrzmienie błony śluzowej krtani, choćby nieznaczne, u dzieci małych wywołać może zwężenie i potrzebę tracheotomii.

Zapomocą tracheo- i bronchoskopii górnej usuwać możemy ciała obce nawet i u najmłodszych dzieci; i tak usunąłem kość z prawego oskrzela u dziecka 9-miesięcznego. O wiele jednak poniżej tego wieku prawdopodobnie zejść nie będziemy mogli, gdyż bardzo mały kaliber tracheo- i bronchoskopów, którychby należało użyć u tak małych dzieci, uniemożliwiłby zarówno przepuszczenie odpowiedniej ilości światła, jak i przeprowadzenie odpowiednich narzędzi.

Ścisłych odrębnych wskazań do tracheo- i bronchoskopii górnej, a odrębnych do dolnej, podać oczywista nie można; obok jakości ciała obcego, siedziby jego, stopnia duszności, czasu przebywania ciała w drogach oddechowych, wieku chorego, ma tu także, i to wielkie, znaczenie osobista wprawa lekarza w takich rękoczynach. Lekarz, dokładnie obeznany z tą metodą, w wielu, nawet groźnych przypadkach, znakomicie metodę tę spożytkować może; lekarz mniej wprawny, dbając przedewszystkiem o życie chorego, powinien w każdym przypadku wątpliwym przystąpić wprost do tracheotomii i tracheoskopii dolnej, jako łatwiejszej.

Pouczające pod tym względem są następujące przypadki:

1) U 13-miesięcznej dziewczynki, która przed dwoma dniami zachłysła się fasolą, badanie wykazało: oddech spokojny, rozszerza się jednak tylko lewa strona klatki piersiowej, po prawej słyszalny tylko ostry szmer zwężenia; odgłos wypukowy po stronie prawej tępy. Ciało obce tkwiło więc w oskrzelu prawem, wywołując objawy niedodmy. Wyjęcie ciała obcego przy tracheoskopii górnej. Prof. Pieniążek usunął najpierw połowę skórki z częścią fasoli, przy drugiej próbie wydobycia prawie połowę fasoli, którą musiano wyjąć razem z tracheoskopem. Równocześnie skutkiem opadnięcia drugiej połowy do oskrzela

lewego powstał zupełny bezdech. Usiłowania wydobycia drugiej połowy najpierw przy tracheoskopii górnej, potem przy dolnej, nie odniosły skutku, dziecko udusiło się. Przy nekroskopii, wykonanej w Zakładzie anat.-patol. U. J. przez prof. Ciechanowskiego, znaleziono drugą połowę fasoli w głębi lewego oskrzela, częściowo w oskrzelu, prowadzącem do górnego płatu. Trudność wydobycia ciała obcego polegała na tem, iż z powodu wązkości oskrzela nie można było odpowiednio rozszerzyć szczypczyków, by w całości objąć fasolę.

Czy w tym przypadku wyjęcie ciała obcego wprost przy tracheoskopii dolnej uratowałoby dziecko, trudno powiedzieć; byłoby ono w każdym razie łatwiejsze, a to ze względu na większą szerokość tracheoskopu i przybliżonego pola działania.

Podobny przypadek opisuje Eichen: u dziecka 3½-letniego przy wydobywaniu fasoli z lewego oskrzela zapomocą tracheoskopii górnej pękła fasola na kilkanaście kawałków; kawałki te Eichen wydobył, ze względu jednak na to, że jeszcze mogły pozostać resztki, wykonał jeszcze i tracheotomię z następową tracheoskopią dolną, przy której jednak ciała obcego nie zauważono. Po pewnym czasie rurkę tchawiczną usunięto. Po wygojeniu się już rany tracheotomijnej silny napad duszności, tracheotomia, wykrztuszenie po niej resztek błony fasoli.

W tym przypadku tracheotomia, odrazu wykonana zapobiegłaby niebezpieczeństwu uduszenia się dziecka i przyspieszyłaby czas leczenia.

2) U dziecka 9-miesięcznego wyjąłem kość ostrą, czworograniastą, z prawego oskrzela przy pomocy tracheoskopii górnej. Obok objawów niedrożności oskrzela prawego w dniu wyjęcia było już zapalenie płuca prawego z wydzieliną ropną i gorączką. Z powodu, iż duszność zupełnie nie ustąpiła, przypuszczając obrzmienie krtani, założyłem tubus O'Dwyera. Dziecko nosiło ten tubus przez 7 dni, oddech był przy tem spokojny; siódmego dnia śmierć. Sekcya wykonana w Zakładzie anat.-pat. U J. przez prof. Ciechanowskiego wykazała głębokie odleżyny w krtani; w środkowej linii przedniej ściany tchawicy szereg wrzodzików odleżynowych ponad pierścieniami chrząstnymi; w okolicy 6—10 pierścienia wrzodziki sięgają aż do obnażonej chrząstki. Poniżej widać nieregularne ubytki błony śluzowej, podobne do wrzodów odleżynowych, zajmujące prawą ścianę tchawicy i początek głównego oskrzela prawego, a także cały klin podziałowy tchawicy. Wreszcie stwierdzono zapalenie obustronne płuc. Odleżyny krtani i tchawicy tłómaczą się w tym przypadku obsuwaniem się ciała obcego ku dołowi.

Czy w podobnym przypadku tracheotomia ocaliłaby chorego, trudno ocenić; w każdym jednak razie wykrztuszanie byłoby łatwiejsze, a może i mniej szybko doszłoby do tak znacznych zmian w krtani.

W trzecim przypadku wydobyłem wprost przy tracheoskopii górnej kość, tkwiącą częściowo w krtani, częściowo w górnej części tchawicy i wywołującą znaczną duszność. Po tym zabiegu duszność chwilowo wprawdzie się zmniejszyła, ale nie ustąpiła zupełnie, w godzinę zaś musiałem wykonać tracheotomię z powodu znacznego pogorszenia się oddechu, wywołanego przez następowe obrzmienie błony śluzowej w okolicy podwięzadłowej.

Czy przy ciałach, uwięzłych w drugo-, czy trzeciorzędnych oskrzelach, zawsze musimy używać bronchoskopii i dotrzeć aż do ciała obcego? W jednym przypadku wyjął prof. Pieniążek odłamany koniec łyżeczki ostrej z oskrzela drugorzędnego przy tracheoskopii tylko górnej, a więc do pewnego stopnia na ślepo. Sądzę, że wobec ciał obcych, nie mogących wywołać obrażenia, nie powinniśmy koniecznie się silić, by je wydobyć pod kontrolą wzroku; u dzieci wobec wązkości oskrzeli niejednokrotnie będzie to wprost niemożliwe.

Pierwszym obowiązkiem naszym jest ratować życie chorego. W przypadkach więc groźnych należy raczej wykonać tracheotomię, nawet i tam, gdzie są niejakie dane, że powiodłoby się wydobyć ciało obce przy tracheo- lub też bronchoskopii górnej. Tracheotomia sama nie jest niebezpieczną, rana po niej już w krótkim czasie może się wygoić. Wzgląd na niestetyczne wyglądanie blizny nie powinien wchodzić w rachubę tam, gdzie rozchodzi się o życie chorego.

Do wydobycia ciał obcych używa się narzędzi różnych, odpowiednio do jakości i do ułożenia ciała obcego. Do ciał okrągławych, podłużnych, używamy szczypczyków i to albo łyżeczkowatych, o brzegach ostrych, lub też łyżeczki są płaskie, klamerkowate o brzegu albo tępym, albo rowkowanym. Łyżeczki o brzegu rowkowanym nadają się do wydobywania ciał o powierzchni gładkiej, równej; szczypczykami w całości przedmiot możemy objąć. Do ciał o powierzchni chropowatej, nierównej, ale twardych, używamy szczypczyków ostrych; tu niema obawy, by ostry brzeg wywołał pokruszenie się ciała. Szczypczyków płaskich używamy i przy wydobyciu ciał takich, jak fasola, groch itd.; przy tracheoskopii dolnej łatwiej nam objąć ciała takie w całości, przy górnej ze względu na wązkość tak tracheoskopu, jak i kąta rozwarcia ramion szczypczyków, może to być niemożliwe, szczególnie wtedy, gdy ciało obce szczelnie zatyka oskrzele; wtedy trafić się może, iż nie zdołamy wsunąć końców narzędzia pomiędzy ciało obce a ściany oskrzela.

Narzędzia muszą być wogóle cienkie i lekkie, a pomimo tego tak zbudowane, by można użyć nawet pewnej siły.

Obok szczypczyków używany bywa hak; narzędzie to potrzebne jest przy wydobywaniu ciał takich, jak guziki, perełki, odłamane kaniule itd. Hakiem możemy zmienić położenie ciał podługowatych, np. z poprzecznego na pionowe.

Przy ciałach większych, a podłużnych, użyć można pętli. Pętlą kaustyczną przeciąć możemy ciało na części, które potem z osobna łatwiej wydobyć.

Przy ciałach metalicznych użyć możemy magnesu, który wprowadzamy przez tracheoskop lub bronchoskop aż do ciała obcego. Sposobu tego użyto dotychczas zaledwie trzy razy.

Zwężenia innego rodzaju.

Tracheoskopię górną stosowaliśmy dwukrotnie przy ziarninie, powstałej w miejscu blizny potracheotomijnej. Było to u dzieci, u których poprzednio wyjmowałem ciała obce z dróg oddechowych, u jednego przy pomocy tracheoskopii dolnej, u drugiego przy pomocy tracheoskopii górnej, a dopiero następowo wykonać musiałem tracheotomię z powodu obrzmień podwięzadłowych. Leczenie w przypadku pierwszym polegało tylko na przeprowadzeniu tracheoskopu aż poza ziarninę; brzeg tracheoskopu oddzielił w zupełności ziarninę od podłoża, tak iż badanie lusterkiem, dokonane dnia następnego, wykazało na przedniej ścianie tchawicy w miejscu dawnej kępki ziarniny biały nalot. W przypadku drugim, w którym wybujała ziarnina zatykała prawie całe światło tchawicy, pozostawiając tylko półksiężycowaty otwór, usiłowałem pierwotnie usunąć ziarninę w ten sam sposób. Gdy atoli po dwukrotnym zabiegu w zupełności oddzielić się nie dała, użyłem ostrej łyżeczki i szczypczyków. W obu przypadkach zabieg ten wykonano bez uśpienia ogólnego i bez znieczulenia miejscowego.

W przypadkach tętniaków aorty wprawdzie dwukrotnie wykonaliśmy tracheoskopię górną, lecz były to przypadki wątpliwe, gdzie przypuszczaliśmy nowotwór śródpiersia, ugniatający tchawicę. W jednym z tych przypadków wnet po tym zabiegu znacznie zwiększyła się duszność, wymagając następowej tracheotomii.

Tracheoskopia górna może wywołać wprost pęknięcie tętniaka do światła tchawicy. Szczególnie w razie, gdy już poprzednio zdarzało się krwioplucie, i przy znacznej duszności —badanie to wywołać może wprost śmierć. W tych przypadkach w razie istnienia zwężenia zadowolnić się powinniśmy obrazem lusterkowym. Jeżeli duszność jest znaczna, to przystąpić musimy do tracheotomii; tracheoskopia dolna bowiem mniej już naraża chorego na niebezpieczeństwo, choć i tu ono wyłączone nie jest. Wskazana jest ona jednak ze względu na możliwość pomyłki rozpoznawczej.

U 17-letniego chłopca ze znaczną dusznością dopiero zapomocą tracheoskopii dolnej wyłączyć mogliśmy tętniaka tętnicy głównej. U chorego tego obok nieznacznego wola prawostronnego można było stwierdzić: przytłumienie ponad mostkiem i w pierwszem międzyżebrzu po stronie prawej, znaczne zwężenie tchawicy z powodu wpuklania się jej ściany prawej, w miejscu wpuklania się tętnienie. Rozpoznanie wahało się pierwotnie pomiędzy tętniakiem, a ugniatającym tchawicę gruczołem oskrzelowym. Wykonano u chorego tego tracheotomię, a tracheoskopia dolna wykazała: uciśnięty jest tylko sam dół tchawicy, błona śluzowa blada. Choremu założono długą elastyczną kaniulę. Przy następnych tracheoskopiach można było widzieć, jak stopniowo guz tchawicy posuwał się ku górze, wreszcie zupełnie zniknął; równocześnie ustąpiło także tętnienie. Ucisk tchawicy wywołany więc był przez guz jakiś ruchomy, usadowiony pomiędzy tętnicą bezimienną a tchawicą, który nie mogąc po wprowadzeniu rurki (kaniuli) ugniatać tchawicy, powoli posuwał się ku górze. Guzem tym był najprawdopodobniej powiększony gruczoł limfatyczny.

Tracheotomia przy tętniakach wskazana jest dopiero wtedy, gdy niebezpieczeństwo uduszenia wprost zagraża choremu. Wtedy nie mamy do wyboru innej drogi, choćby dla przedłużenia życia chorego. W razie ucisku tchawicy zakładamy rurę elastyczną, mijającą zwężenie; jeżeli i sam dół tchawicy jest uciśnięty, to wtedy zwężenie w zupełności usunąć się nie da, aż do klina bowiem podziałowego rury doprowadzić nie możemy, gdyż brzegi jej zasłaniałyby wtedy wejście do oskrzeli. Rura taka w każdym razie zmniejsza zwężenie, rozpychając ściany tchawicy. W razie ucisku jednego oskrzela zabieg operacyjny nie jest wskazany, jeżeli zaś oba oskrzela są uciśnięte, to ratując chorego od uduszenia, wprowadzamy kaniulę wprost do oskrzela i to do oskrzela mniej uciśniętego. Kaniula, uciskając na wypuklone ściany tchawicy, wywołuje dość szybko odleżynę z następowem przebiciem tętniaka w miejscu najbardziej ścieńczałem. Wobec tego jednak jesteśmy bezsilni. W każdym razie tracheotomia przedłuża życie choremu na kilka, czasami kilkanaście dni.

Zwężenie tchawicy i oskrzeli na tle kiły wywołane być może zmianami w samej ścianie tchawicy i oskrzeli lub też w ich otoczeniu. Zmiany w samych ścianach zdarzają się albo pod postacią kilaków lub też nacieku rozlanego. Zmiany w otoczeniu najczęściej towarzyszą zmianom w ścianach, a występować mogą pod postacią nacieku rozlanego, obejmującego tchawicę lub oskrzele, lub też pod postacią nacieku ograniczonego do sąsiadujących gruczołów okołotchawiczych i okolooskrzelowych. Powiększenie gruczołów polegać może albo na odczynie zapalnym lub też tworzą się w gruczołach typowe kilaki. Zmiany następowe polegają na wytworzeniu się zwężającej blizny po wygojonych wrzodach lub grubej tkanki bliznowatej po naciekach.

Leczenie zwężeń na tle kiły jest trudne. Największe prawdopodobieństwo wyleczenia dają ograniczone kilaki. Guzowata ich postać, zwężając tchawicę, wywołuje duszność i sprawia, iż pacyent stosunkowo rychło zwraca się do lekarza. Leczenie w tych przypadkach powinno być energiczne. W przypadkach tych wskazane są wcierania szaruchy i to w wielkich dawkach aż do 9 gr. dziennie.

Podawanie jodku potasu nie jest wskazane ze względu na to, że przy niem mogłoby się zwiększyć obrzmienie błony śluzowej, które, choćby nawet było nieznaczne, to zajmując jednak także i część zwężoną, może powiększyć duszność i zmusić do tracheotomii. Kilaki pod wpływem leczenia mogą uledz zupełnemu wessaniu. Tracheotomia wskazana jest dopiero wtedy, gdy choremu grozi wprost niebezpieczeństwo uduszenia się. W razie usadowienia się kilaków w górnej części tchawicy wskazana jest tracheotomia dolna, unikamy bowiem wtedy ucisku rurki (kaniuli) na kilak. Rurka, ugniatając na kilak, może albo wywołać rozpad jego, albo też, jeżeli istnieją już owrzodzenia, rozpad zwiększyć. Przy nizkiem usadowieniu się kilaka musimy przez miejsce zwężone przeprowadzić rurkę (kaniulę). Kilak, usadowiony tuż ponad klinem podziałowym, może zagrażać wprost śmiercią z uduszenia. Chcąc przeprowadzić rurkę poniżej zwężenia musielibyśmy tedy oprzeć ją wprost na klinie lub też wprowadzić do jednego z oskrzeli. Pierwsze nie zawsze usunie zwężenie, bo obrzmiały zwykle klin zatkać może koniec rurki; wtedy pozostaje tylko wprowadzenie rurki wprost do oskrzela. W tych groźnych przypadkach niejednokrotnie wskazanem będzie wprost usunięcie kilaka zapomocą np. wyłyżeczkowania.

Wykonawszy tracheotomię, przerywamy energiczne leczenie szaruchą, zadaniem jego bowiem było właśnie niedopuszczenie do tracheotomii. Przez tracheotomię ratujemy wprawdzie chorego od grożącej mu śmierci, jednakże, jeżeli przeprowadzić musimy rurkę przez miejsce zwężone, to tracheotomia niekorzystnie wpływa na samą sprawę chorobową, a to przez to, że rurka na miejsce zwężone ugniata. Polecamy wtedy wcierania szaruchy po 3 gr. dziennie i jodek potasu, nie zważając już na możliwość obrzmienia po tym środku. Wcierania szaruchy po 9 gr. dziennie, pomimo dokonanej tracheotomii wskazane są wtedy, gdy kilaki usadowiły się bardzo nizko

Niebezpieczeństwo rozpadających się kilaków leży w następowem wytworzeniu się ściągającej blizny; przy głębokich owrzodzeniach przyjść może do zapalenia ochrząstnej, zwapnienia, oddzielenia się chrząstek; oddzielone chrząstki mogą albo być wykrztuszone na zewnątrz, albo też zatkać tchawicę lub oskrzela. Wskutek obumarcia chrząstek i wypadnięcia ich, może tchawica po wygojeniu się sprawy chorobowej zapaść się. Kilak rozpadający się może wreszcie

przebić do sąsiednich narządów, jak do śródpiersia, przełyku, większych naczyń i t. p.

Częstszą postacią zmian kiłowych jest naciek rozlany; może on zajmować znaczne przestrzenie tchawicy i przechodzić dalej bezpośrednio na oskrzela, nawet trzeciorzędne. Nacieki te, rozpadając się, wytwarzają wrzody okrężne lub podłużne, przechodzące wtedy czasem wprost na oskrzela. Wrzód może w jednem miejscu się wygoić, pozostawiając promienistą bliznę, gdy naciek szerzy się jeszcze ciągle dalej.

Leczenie polega na tych samych zasadach, co przy pojedynczych kilakach. Tracheoskopia górna tak przy nacieku rozlanym, jak i ograniczonym, tj. kilakach, jest przeciwwskazana.

Przy naciekach wreszcie, szerzących się w sąsiedztwie tchawicy, czyto rozlanych, czyto powstałych w pojedynczych gruczołach w postaci kilaków, kaniula, nie uciskając wprost na naciek, nie działa tak szkodliwie, jak przy naciekach śródtchawiczych. Często jednak łączą się nacieki śródtchawicze i śródoskrzelowe z okołotchawiczymi i okołooskrzelowymi.

Zwężenie jednego oskrzela nie wymaga żadnego zabiegu. Jeżeli oba są zwężone, to wprowadzamy rurkę do oskrzela mniej zwężonego. Wobec zajęcia drugorzędnych oskrzeli po obu stronach jesteśmy ograniczeni tylko do leczenia ogólnego rtęcią i jodem. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. dr. Otto Lubarsch. **Die allgemeine Pathologie. Ein Hand- und Lehrbuch für Aerzte und Studierende.** 1 Band 1 Abtheilung. Wiesbaden 1905 Str. 317.

Znany badacz na polu anatomii patologicznej, wydawca doskonałego wydawnictwa peryodycznego p. t. „Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Thiere“, które od lat dziesięciu w szeregu krytycznych referatów zbiorowych odzwierciedla postęp nauki w dziedzinie patologii, podjął dzieło na wielką zakrojone skalę. Lubarsch rozpoczął wydawnictwo dzieła, które w przeciwstawieniu do dość licznych zresztą nowszych niemieckich podręczników ogólnej anatomii patologicznej ma być podręcznikiem patologii ogólnej, a zatem dzieła, w którem obok morfologii ma być w równej mierze uwzględniona fizyologia patologiczna, a nadto w którem teorye naukowe mają być przedstawione w związku z odpowiedniemi zjawiskami klinicznemi.

Trzeba przyznać, że należyte opracowanie tak pojętego podręcznika patologii ogólnej, przedstawiającego rzecz wyczerpująco i krytycznie, wymaga nietylko ogromnego nakładu pracy, ale zarazem takiej wszechstronności autora w dziedzinie patologii, jaka przy dzisiejszym stanie nauki stanowczo przekracza możność jednostki. To też zarzut jednostronności w traktowaniu rzeczy można uczynić niemal wszystkim nowszym podręcznikom patologii ogólnej, nawet tak obszernemu i to zbiorowemu dziełu, jak sześciotomowa „Patologia ogólna“, wydana przez Boucharda, w której wyniki badań doświadczalnych i histologicznych w różnych działach bardzo nierównomiernie są uwzględnione.

Sądząc z pierwszego zeszytu, który obejmuje patologię ogólną komórki, zaburzenia krążenia w przekrwieniu miejscowem, niedokrwieniu, naukę o krwotoku, obrzęku, zakrzepie, zatorze i przerzutach, oraz ogólne zaburzenia krążenia, powstałe wskutek chorób serca, naczyń i zmian we krwi krążącej, rozpoczęte dzieło Lubarscha, zwłaszcza w ostatnich rozdziałach zeszytu pierwszego, niezupełnie odpowiada temu, co w przedmowie autor zapowiedział, a mianowicie i tutaj, podobnie jak w przeważnej części podręczników niemieckich, morfologia jest znacznie więcej uwzględniona, niż fizyologia patologiczna. Należy jednak uznać, że pod tym względem podręcznik Lubarscha przewyższa inne nowsze książki niemieckie, dążenie bowiem do uwzględniania wyników badań fizyologiczno-patologicznych wyraźnie się w nim zaznacza, można mieć przeto nadzieję, że dzieło to, którego założenie odpowiada rzeczywistej potrzebie, w piśmiennictwie podręcznikowem będzie stanowiło pewien postęp.

K. Klecki.

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Einhorn. **Leczenie radem raka przełyku.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 44 a, 1905). Siedmiu chorych z rakiem przełyku poddawał autor w szpitalu niemieckim w Nowym Yorku miejscowemu leczeniu radem. Wprowadzał on mianowicie aż do miejsca zwężenia kapsułkę z radem, przyśrubowaną do dolnego końca cewnika z przetyczką (mandrynem). Po natrafieniu na opór zwężenia wyciągał przetyczkę, a wolny koniec cewnika przymocowywał nitką do ucha chorego na przeciąg $\frac{1}{2}$—1 godziny codziennie. Po wyjęciu cewnika z przełyku odśrubowuje się kapsułkę z radem w celu dokładnego oczyszczenia całego przyrządu. Po upływie pewnego czasu (kilkanaście dni do półtrzecia miesiąca) można było stwierdzić u wszystkich chorych pod względem podmiotowym znaczną poprawę w łykaniu, a przedmiotowo zgłębnikiem przywrócenie do pewnego stopnia drożności przełyku. Należy zauważyć, że przy całem tem postępowaniu możliwość mechanicznego stopniowego rozszerzania przełyku autor wprost wyklucza, gdyż cewnik wprowadzał zawsze bez użycia jakiejkolwiek siły. Sam zabieg chorzy zawsze dobrze znosili. *Wilczyński.*

Prof. Eulenburg. **Antytyreoidyna w chorobie Basedowa.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 44 a, 1905). Obok obu dziś w chorobie Basedowa stosowanych przetworów organoterapeutycznych, t. j. wprowadzonego przez Burgharta i Blumenthala „rhodagenu“ i t. zw. „Basedowsanu“, posiadamy jeszcze trzeci preparat, zalecony przez Moebiusa, a wyrabiany przez Mercka, t. zw. »*thyreoidserum*« (= *Antithyreoidin* Moebius). Podczas gdy „rhodagen“ stanowi suchy i sproszkowany, „Basedowsan“ zaś płynny wyciąg z mleka kóz, którym wycięto gruczoł tarczowy, antytyreoidyna jest natomiast surowicą, otrzymywaną z baranów tyreoidektomowanych; w handlu znajduje się ona w 10 cm.³ flaszeczkach, zmieszana z małą ilością $\frac{1}{2}$ prc. karbolu dla uniknięcia zepsucia. Doświadczenia, jakie w bieżącym roku ze środkiem tym zrobiono, przemawiają zgodnie na jego korzyść i zdają się zapewniać mu trwalsze stanowisko w skarbcu lekarskim. Autor stosował antytyreoidynę w 11 przypadkach, z których 7 bliżej spostrzegał i opisał: podawał on ją na wewnątrz w dawkach z początku coraz większych, następnie zaś mniejszych: w pierwszym dniu rozpoczynał chory 3 razy dziennie po 10 kropli, podnosząc ilość tę w trzecim dniu na 15, w piątym na 20, w siódmym na 25, w dziewiątym na 30 kropel (dziennie zatem 90 kropel). Dawki tej autor już nie przekraczał, jakkolwiek niektórzy stosują na raz i po 5 grm. Od 11-go dnia począwszy, zmniejszał chory dawki z powrotem tak, że mniej więcej w 18-tym dniu zużywał piątą flaszkę antytyreoidyny. Wówczas robiono przerwę jednotygodniową i albo na nowo rozpoczynano całą kuracyę w powyżej opisany sposób, albo też czas jakiś chory stale zażywał po 10—20 kropel 3 razy dziennie. W ogólności zużywał chory 6—10 flaszeczek w ciągu 32—50 dni. Ponieważ smak samej antytyreoidyny ze względu na dodatek karbolu jest przykry, zaleca się zatem podanie jej w soku malinowym.

Wilczyński.

Ruhemann. **O działaniu moczu ludzkiego na kwas jodowy i jod i opinia Eschbauma i Krafta o urykometrze Ruhemanna.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 39, 1905). Kwas jodowy, dodany do moczu ulega odtlenieniu: odtleniająco działa kwas moczowy. Wolny jod zostaje w znacznej części związany następowo przez kwas moczowy, najsilniej zaś wiążąco działa kwas acetooctowy. Stąd w moczu, zawierającym kwas acetooctowy, po dodaniu kwasu jodowego i chloroformu i po wstrząśnieniu chloroform wcale się nie zabarwi na fiołkowo, co występuje zawsze w moczu prawidłowym. Riegler podał ten objaw, jako odczyn znamienny dla kwasu acetooctowego. Według autora oddziaływanie to najczęściej wskazuje na kwas acetooctowy, ale i inne ciała, jak kwas β-oksymasłowy, fenol,

antypiryna i aspiryna mogą je wywołać, gdyż także wiążą jod. Autor przytacza dalej porównawcze badania nad dokładnością obliczenia kwasu moczowego jego urykometrem, którego zasada polega na oznaczaniu ilości jodu, związanego przez kwas moczowy. Wyniki zgadzają się wcale dobrze z metodami ścisłemi. Przeszkadza jednak dokładności obliczenia znaczna ilość żółci, krwi, białka, antypiryny i aspiryny i oczywiście kwasu acetooctowego, który jednak można eterem wykłócić. *Mostowski.*

Jolles. **Wykrycie pentoz w moczu.** (*Zentralblatt für innere Medicin* Nr. 43, 1905). Jako pewną próbę na pentozy, odróżniającą je zwłaszcza od kwasu glikuronowego, z którym je łatwo pomylić, poleca autor następujący sposób: do 10—20 cm.³ moczu dodaje się nieco fenylhidrazyny i octanu sodowego, gotuje się w łaźni wodnej godzinę i pozostawia następnie około 2 godzin w zimnej wodzie. Po przesączeniu przez sączek azbestowy i po przemyciu pozostałego na nim osadu wodą, wkłada się cały sączek wraz z osadem do kolby, dolewa się do niej 20 cm.³ wody przekroplonej, 5 cm.³ stężonego kwasu solnego i przekrapla (destyluje) około 5 cm. do epruwetki, zawierającej nieco wody. W razie obecności pentoz daje 1 cm.³ przekroplonego roczynu z 4 cm.³ odczynnika Biala (1 grm. orcyny i 500 grm. stężonego kwasu solnego + 20—30 kropel 10 prc. chlorku żelazowego) wyraźne zabarwienie zielone. Próba ta daje ewentualnie wynik dodatni nawet i przy obecności większych ilości cukru gronowego. *Wilczyński.*

Prof. Jürgensen. **Nadużywanie leków przeczyszczających w przewlekłem nawykowem zaparciu stolca.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 44a, 1905). W codziennej praktyce lekarze z małymi wyjątkami i dzisiaj jeszcze szafują zbyt lekkomyślnie i bezkrytycznie środkami przeczyszczającymi. Dogadza to z jednej strony oddawna zakorzenionym przesądom wśród publiczności, która zawsze i wszędzie żąda natychmiastowych i widocznych skutków leczenia, nie bacząc na jego późniejsze, częstokroć ujemne następstwa; z drugiej zaś strony przepisanie tego lub owego środka jest wygodniejszą i łatwiejszą do spełnienia dla lekarza i chorego rzeczą, aniżeli przestrzeganie odpowiedniej dyety i całego szeregu fizykalnych metod leczenia (mechano-hidro-elektroterapia), wymagających wiele częstokroć czasu, trudu i kosztów. Nawet i w przypadkach, gdzie tych ostatnich metod leczenia z jakichkolwiek bądź powodów przeprowadzić się nie da, lekarz nie powinien być skorym do zapisywania środków przeczyszczających, pamiętając zawsze, iż pierwszą zasadą według słów Ewalda jest w leczeniu przewlekłego zaparcia stolca obchodzić się o ile możności bez leków czyszczących. Autor jest z własnego doświadczenia zwolennikiem niewinnych ziółek, z których jako przykład 3 mieszaniny przytacza: I. *flor. tiliae, flor. sambuci, flor. chamom., hrb. menth. pip., rhiz valerian aa.* II. *flor. arnica, flor. verbasci, flor. chamom., hrb. menth. pip., rhiz. valerian. aa.* III. *flor. arnicae, flor. verbasci, hrb. rosmar., rad. bardanae, rad. liquir. aa.* Z ziół tych 2 łyżki zaparza chory mniej więcej 2 filiżankami gotującej się wody i po ¼ godzinnem odstaniu wypija na czczo w 2 porcyach w odstępie kwadransa, poczem dopiero w ½ godziny spożywa śniadanie. *Wilczyński.*

Kernig. **Przypadek duru brzusznego wśród niezwykłych okoliczności.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 44a. 1905). Chora 19-letnia, czując się już od kilku dni niezdrową, wyszła w czasie styczniowych rozruchów w Petersburgu na ulicę, gdzie została w brzuch postrzeloną. Po przewiezieniu do szpitala stwierdzono wlot postrzału na prawo od linii środkowej poniżej pępka, wylot zaś w okolicy spojenia chrząstkowego krzyżowo-biodrowego. Przy otwarciu jamy brzusznej znaleziono w niej pewną ilość krwi, a jelito kręte (ileum), zwłaszcza w części dolnej, poprzestrzelane w licznych miejscach tak, że chirurg zmuszony był wyciąć kawałek jego długości 98 cm. i wytworzyć przetokę krętniczo-okrężniczą (ileo-colostomia). Po ustąpieniu zapadu przebieg gojenia się samej rany był całkiem prawidłowy. W ciągu dalszego jednak pobytu chorej w szpitalu stwierdzono w niej dur brzuszny o lekkiem natężeniu (typowy przebieg gorączki, ostry obrzęk śledziony, stolce grochówkowate, odczyn diazowy, dodatni odczyn Widala). Jako potwierdzenie klinicznego rozpoznania wykazało późniejsze badanie przypadkowo zachowanego wyciętego kawałka jelita, zmiany w kępach Peyera i gruczołach odosobnionych, odpowiadające w zupełności wstępnemu okresowi duru brzusznego. Pomimo, iż równocześnie w Petersburgu panowała ciężka epidemia, przypadek zakończył się pomyślnie; być może — jak autor przypuszcza — dlatego, że główne siedlisko choroby, jelito kręte, przypadkowo zawczasu zostało wycięte. *Wilczyński.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Prof. Vahlen. **O nowym, skutecznym, w wodzie rozpuszczalnym składniku sporyszu.** (*Deuts. med. Wochs.*, 1905, 32). Dążeniem współczesnem jest nietylko wydzielić z leków surowych składniki istotnie działające, ale także określić je ściśle pod względem chemicznym. Odróżnione naprzód przez Koberta dwa składniki sporyszu, różniące się swem działaniem na ustrój, t. j. kwas sfacelinowy (wywołujący zgorzel rojniczą) i kornutyna (wywołująca kurcze) nie były chemicznie ściśle określonymi związkami, jak nią nie była także wydzielona później przez Jacobjego sfacelotoksyna (również wywołująca zgorzel). Wszystkie te trzy ciała, w wodzie nierozpuszczalne, były zdolne wywołać skurcze macicy. Dopiero Vahlenowi powiodło się przed rokiem uzyskać ze sporyszu nowe ciało, w wodzie rozpuszczalne, nie wywołujące u zwierząt ani zgorzeli, ani kurczów, natomiast działające na macicę. Ciało to nazwał V. clavina. Odkrycie to dostarczyło naukowego uzasadnienia dla używanych oddawna wodnych wyciągów sporyszu. Okazało się dalej, że clavina jest jedynym ze składników sporyszu, dającym się ściśle chemicznie określić, a mającym według V. wzór: $C_{11}H_{22}N_2O_4$. W stanie czystym jestto krystaliczny proszek; z jego roczynu wyskokowego można uzyskać większe pryzmatyczne kryształy, które można przetalać przez ostrożne ogrzewanie, a które są nierozpuszczalne w wyskoku bezwzględnym, eterze, rozpuszczają się zaś w wodzie i w wyskoku rozcienczonym. Ponieważ u zwierząt nawet spore ilości claviny nie wywoływały nietylko zgorzeli, ani kurczów, ale żadnych wogóle szkodliwych skutków, natomiast działały swoiście na macicę ciężarną, przeto nie wahano się użyć tego leku u ciężarnych kobiet, mianowicie w klinice Bumma w 4, w klinice Veita w 2 przypadkach, wstrzykując podskórnie 1,01—0,02 w 2 prc. roczynie wodnym, poczem nastąpiły regularne i silne bole, chociaż przedtem były bardzo słabe lub wskutek wyczerpania mięśnia macicznego ustały. Dalsze próby prowadzą się w klinikach Veita, Bumma i Franza. W stanie suchym clavina nie zmienia się, natomiast roczyny rychło mętnieją (znosząc zresztą gotowanie, konieczne do wyjałowienia); dlatego roczyny należy sporządzać dopiero przed samem użyciem. Najdogodniejsze do tego celu są kołaczyki, zawierające po 0,02 leku, wyrobu Mercka. Jeden ich gatunek, z cukrem, przeznaczony jest do zażywania, drugi, zawierający po 0,08 NaCl, rozpuszcza się w 1 gr. wody do wstrzykiwań. *M.*

Bussala. **O cięciu na umierającej i zmarłej ciężarnej z wadą serca.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 38). B. podnosi wielkie trudności rokowania wobec umierającej z powodu wady sercowej i przytacza na dowód 1) przypadek Füth, w którym po operacyi nastąpiła poprawa stanu przez dni kilka, potem dopiero śmierć z powodu udaru mózgowego (Ref. w „Przegl. lek.“ 1905, Nr. 27) i 2) przypadek Rungego, dotyczący wieloródki w VIII. miesiącu ciąży, umierającej z powodu wady sercowej. Ponieważ tętno płodu było wyraźne, namyślano się, czy operować zaraz, czy też czekać na śmierć matki lub pogorszenie się tętna płodu. Wśród tego stwierdzono bole i ujście do połowy rozwarte. Po obrocie miano trudności z wytoczeniem główki tak, że płód omdlały wkrótce umarł. Stan matki szybko się poprawił. Zdaniem B. należy w podobnych przypadkach przy oznaczaniu chwili operacyi kierować się głównie tętnem płodu, co pozwala niekiedy uniknąć przykrej operacyi na umierającej. I tak zdarzył się autorowi przypadek, w którym, mając przed sobą ciężarną, umierającą z powodu wady sercowej, lecz z dobrem tętnem płodu, mógł czekać i wykonać operacyę z pomyślnym skutkiem dopiero w chwili śmierci matki. Dodatkowo opisuje B. przypadek Potena, w którym P. wykonał cięcie cesarskie na ciężarnej, pozornie umierającej z powodu drgawek porodowych. Nietylko udało się płód docucić, lecz i matka wyzdrowiała. *B. Wojciechowski.*

C. Bucura. **Stosunek płci noworodków ze szczególnem uwzględnieniem płodów wymiękłych (zmacerowanych).** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 39). Collin wykazał statystycznie, że na 1000 zmarłych dziewcząt w czasie porodu wypada 1475 chłopców: zaś na 1000 wymiękłych (zmacerowanych) dziewcząt tylko 952 chłopców. Tłómaczono to sobie w ten sposób, że chłopcy, jako silniej rozwinięci, bywają więcej narażeni na urazy w czasie porodu; dziewczęta zaś, jako wątlejsze, ulegają łatwiej zaburzeniom w odżywieniu i chorobom. Kontrola tych wyników, przeprowadzona na 40.119 porodach, wykazuje w przybliżeniu zgodność pierwszej liczby (1000: 1407); stosunek zaś liczby wymiękłych dziewcząt do chłopców przedstawia się odwrotnie (1000: 1155). Najprawdopodobniej odgrywa tu rolę przypadek. *B. Wojciechowski.*

H. J. Kreutzmann. **Pro domo.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 38). Autor występuje ponownie przeciw przytwierdzeniu macicy do jamy brzusznej. Jeżeli się unika słusznie zrostów i powstawania postronków przy każdej operacyi w jamie brzusznej, to nie jest usprawiedliwionem stwarzanie umyślnie tych stanów. Zamiarem operacyi jest wprawdzie sprowadzenie luźnych zlepów, tymczasem nie mamy dotąd metody, którаby zdołała zapobiedz zrostom ściślym,

silnym, które tak często już wywoływały poważne powikłania w czasie ciąży i porodu. Obrońcy tej operacyi podnoszą, że powikłania poważniejsze zdarzają się bardzo rzadko: jest to jednak argument niewystarczający, gdyż tylko taka operacya z powodu tyłopochylenia macicy może mieć racyę bytu, która daje bezwzględną pewność późniejszego zdrowia operowanej. Skrócenie więzadeł okrągłych w różnych swych odmianach prowadzi bez niebezpieczeństwa do tego celu. W końcu broni K. wobec Spaetha swego pierwszeństwa co do propozycyi użycia cięcia poprzecznego Pfannenstiela, celem połączenia skrócenia więzadeł okrągłych w kanale pachwinowym z innymi wskazanymi zabiegami w jamie brzusznej. *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. Fish. **O związku między chorobami jam dodatkowych nosa, a chorobami wewnętrznemi oka.** (*Arch. f. Aug.* 53, Z. 3, 1905). Autor spostrzegał siedem przypadków jednoczesnego zapalenia jagodówki i schorzenia jam dodatkowych nosa, w których z całą pewnością można było stwierdzić zależność zmian zapalnych w oku od chorób zatok czołowych. Często się zdarza, że żadną miarą nie możemy znaleźć tła dla choroby oka; wywiady nic dają nam żadnych wskazówek co do przebycia zakaźnej choroby lub schorzenia ogólnego, podczas gdy właściwa przyczyna może być natury czysto mechanicznej i polegać na zwężeniu lub zamknięciu kanału nosowo-czołowego wskutek obrzęku lub zapalenia. Zmiany chorobowe jam dodatkowych nosa mogą istnieć i wówczas, gdy jest brak znamiennych objawów tej choroby (nerwoból nerwu trójdzielnego), a wówczas częstokroć porażenie akomodacyi może być ważnym czynnikiem rozpoznawczym. Porażenie akomodacyi byłoby w tych przypadkach wywołane przekrwieniem biernem oczodołu i wyrostków rzęskowych w następstwie ukrytego zapalenia zatok czołowych. Chorzy, skarżąc się wówczas głównie na zaburzenia oczne, zwracają się do lekarza chorób ocznych. Przy otwartym zaś ropotoku jam dodatkowych nosa, gdzie zaburzeń ocznych brak, chorzy zgłaszają się o poradę do lekarza chorób nosa. Z tego też powodu powikłania oczne tak mało są uwzględnione w podręcznikach chorób nosa. Tem większą uwagę powinni zwracać okuliści na możliwość powikłań ze strony jam dodatkowych nosa przy zapaleniach wewnętrznych oka. Gwałtowne nerwobóle w obszarze nerwu trójdzielnego, występujące dość często w zapaleniach jagodówki, mogą mieć swą przyczynę w zmianach chorobowych zatok czołowych. Sączkowanie zatok czołowych i następowe polepszenie świadczą o tem, że owe nerwobóle były następstwem ukrytych zmian zapalnych w zatokach czołowych. Przypadki takie, jak powyższe, byłyby częstsze, gdyby zwracano uwagę na ów wzajemny stosunek chorób ocznych i jam dodatkowych nosa. Przez leczenie podstawowego cierpienia dałyby się osiągnąć lepsze wyniki w zapaleniach jagodówki, a choremu oszczędziłoby się nieraz t. zw. „rzęskowych nerwobolów". *Dr. W. Reis.*

Guttman. **O miejscowem znieczuleniu przy operacyach ocznych z szczególnem uwzględnieniem rękoczynów przy jaglicy.** (*Archiv f. Augenh.* 52, Zeszyt 3, 1905). Miejscowe znieczulenie oka zapomocą wkraplania kokainy wprowadził do chirurgii ocznej Koller w roku 1884. Guttman, idąc za przykładem chirurgii ogólnej, stosuje przy operacyach ocznych odmienną metodę znieczulenia miejscowego. Jest ona w ścisłem tego słowa znaczeniu miejscową, a poprzednie wkroplenie 4 prc. kokainy stanowi tylko okres przygotowawczy. Do wstrzykiwań używa G. roztworu: *Natrii chlor. 0,2, Cocaini mur. 0,05* (u osób wrażliwych 0,1), *Aquae destil. 100,0.* Ponieważ spojówka powieki górnej zanadto silnie przylega do chrząstki, przeto odsłania G. zapomocą szczypczyków załamek spojówkowy i wstrzykuje na brzegu długą i cienką igłą w pewnych odstępach po 3—4 kropli płynu, aż cały worek spojówkowy jest nacieczony. Wówczas powieka górna pozostaje odwróconą nawet bez pomocy szczypczyków. Na dolnej powiece zabieg ten jest już łatwiejszy. Przy operacyach gałkowych należy tylko bardzo małą ilość płynu wstrzykiwać w spojówkę gałkową, gdyż w przeciwnym razie powstać może obrzęk, zakrywający pole operacyjne. W porównaniu z dotychczasowym sposobem znieczulania kokainą posiada ten zabieg następujące zalety: bezbolesność, znieczulenie natychmiastowe po nacieczeniu, brak bolów następowych, możność wykonowania operacyi u dzieci bez pomocy, a w końcu ziarna jaglicze w nacieczonej spojówce występują tak wybitnie, że sposób ten może nawet posłużyć do rozpoznawania różniczkowego z zapaleniem mieszkowem spojówki. Ziarna jaglicze mogą być poddane systematycznemu zniszczeniu zapomocą szczypczyków daleko dokładniej, niż to dotychczas jest możebnem przy gwałtownem nacieraniu i rozdzieraniu całej spojówki. Obrzęk z nacieczenia, który w nieznacznym stopniu zmienia wejrzenie tkanki przy drobnych naroślach i pewna wprawa, konieczna przy tym rękoczynie, są jedyną niedogodnością, która nie może jedynie wpłynąć na wartość polecanego przez G. sposobu znieczulania miejscowego. Autor wypróbował podaną przez siebie metodę w kilkudziesięciu przypadkach, z których 52 zabiegów operacyjnych było przy jaglicy, a reszta przy naroślach powieki górnej i dolnej, ropotoku woreczka łzowego i podwinięciu powieki. *Dr. W. Reis.*

HIGIENA. Kitasato. **Rodzime bydło japońskie, a gruźlica.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, Bd. 48, 1905). Znanem jest od dawna, że rodzime bydło japońskie, chowane w sposób naturalny, nie podpada gruźlicy, podczas gdy rasy importowane i rasa mieszana (ojciec z rasy obcej, matka z rodzimej) często jej podlegają. Czy ta odporność wobec gruźlicy, zresztą nieznana u innych ras bydła, jest swoistą dla bydła japońskiego, czy też spowodowana brakiem sposobności do zakażenia, starał się K. rozstrzygnąć na podstawie doświadczeń. W pierwszym szeregu doświadczeń nad bydłem rodzimem, wypróbowanem tuberkuliną, w seryi pierwszej na 15 zwierząt, zakażonych hodowlą gruźlicy bydlęcej i zawiesiną narządów gruźliczych do żył, jamy brzusznej, tchawicy i podskórnie, zapadło na gruźlicę 6, odpornych okazało się sztuk 9; w seryi drugiej na 33 sztuk cieląt 3—8 miesięcznych, 26 pozostało przy zdrowiu, 5 padło z gruźlicy, 2 z innych przyczyn; — w doświadczeniach z gruźlicą ludzką, wykonanych na 6 cielętach z rasy rodzimej i 8 z rasy mieszanej w sposób i materyałem, jak w pierwszym szeregu, 12 sztuk okazało się wolnych od gruźlicy, dwie zaś padły z bardzo nieznacznemi zmianami gruźliczemi. Użyta do doświadczeń gruźlica była dla świnek morskich wybitnie jadowitą. Opis doświadczeń swych poprzedza K. nader interesującą statystyką gruźlicy u ludzi i zwierząt wogóle w Japonii i jej miastach największych, z której dowiadujemy się, porównywując ją ze statystyką gruźlicy w Europie i stołecznych miastach naszego kraju, że gruźlica w kraju wschodzącego słońca nie jest wcale rzadką, a jednak mniej rozpowszechnioną w głównych miastach, niż w naszych miastach stołecznych (Lwów, Kraków), nawet po odliczeniu w nich obcych, że pierwotna gruźlica przewodu pokarmowego w liczbie ogólnej gruźlicy odgrywa dosyć wybitną rolę 10,34 prc. z zestawień sekcyi zakładu patologicznego w Osaka), że nadto istnieją w Japonii okręgi, wśród których gruźlica u ludzi wcale nie jest rzadką, u bydła zaś nieznaną, a szczepienia tuberkuliną bydła przedstawiają wahania co do obecności gruźlicy w poszczególnych miejscach od 1,47 do 377,54 przypadków na 100 sztuk bydła. Stopień zużycia mleka przez ludność Japonii określają liczby, obliczone na głowę i dobę w centymetrach sześciennych dla najwięcej używającego mleka Tokio 8,75 cm.^{3}, w całej Japonii przeciętnie 2,825 cm^3. Na podstawie doświadczeń swych i statystyki twierdzi K., że 1) gruźlica ludzka jest w Japonii równie rozpowszechnioną, jak w innych cywilizowanych krajach Europy i Ameryki; 2) mimo nieużywania mleka krowiego do żywienia dzieci gruźlica przewodu pokarmowego u dorosłych i dzieci wcale nie jest rzadką; 3) w naturalnych warunkach gruźlica ludzka nie jest zakaźną dla bydła; 4) rodzime bydło japońskie w warunkach naturalnych jest odpornem dla gruźlicy bydlęcej, również przy zakażeniu podskórnem, — zakażone jednak gruźlicą w ilościach znacznych do żył i otrzewnej, podlega zakażeniu; 5) importowane rasy bydła i rasy mieszane z krajową nie posiadają odporności swoistej wobec gruźlicy. Wobec dawnego istnienia gruźlicy wśród ludności japońskiej, a pojawienia się gruźlicy bydlęcej dopiero przed laty 30, wraz z importem obcych ras bydła, uważa K. zdanie Kocha o przenoszeniu się gruźlicy z człowieka na człowieka z wykluczeniem pośrednictwa mleka za słuszne. *L. Bier.*

Noetel. **O zobojętnieniu szkodliwego oddziaływania plwociny suchotników.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, Bd. 48, 1905). W pierwszej części swej pracy, obejmującej sprawę zbierania plwocin suchotniczych, przemawia N. gorąco za gromadzeniem jej do spluwaczek, napełnionych materyałem suchym. Obecnie bardzo rozpowszechniony, a nawet przepisany sposób zbierania plwocin w spluwaczkach, wypełnionych płynem, wymaga dezynfekcyi parą, albo przez gotowanie, manipulacye, które, wykonywane tak na wielką, jak i małą skalę, przedstawiają pewne trudności i przykrości, jak nieprzyjemny zapach i t. p.; niszczenie zaś plwocin środkami chemicznymi wymaga zbyt wiele czasu, a nadto jest drogie. Więcej celowym i czystym jest sposób niszczenia plwocin przez spalenie wraz z spluwaczką; łatwiejszy on jest do wykonania, jeżeli spluwaczka zawiera materyał suchy. Nieuzasadnioną jest, zdaniem N., obawa rozniesienia zarazka po wysebnięciu plwociny, gdyż według jego doświadczeń z prądami powietrza, silniejszymi — do 6 m. na sekundę — od wydarzających się w rzeczywistości, nie dało się z piasku i wiór drzewnych oderwać plwociny, wysuszonej, na nich, nawet w ciągu 6 dni. Z fusów (kawy wytrawionej) na których 3—4 dni zasusza plwocinę, odrywały ją dopiero prądy powietrza o szybkości 5 m. na sekundę, z trocin zaś drzewnych już prądy szybkości 2—3 m. na sekundę. W drugiej części swej pracy zajmuje się

autor zakaźnemi resztkami plwociny, które chorzy rękami, trzymając je przed ustami i obcierając usta, lub chowając chusteczki do kieszeni, przenoszą na ubranie, szczególnie w okolicy kieszeni. Pył, otrzymany w szklanem pudle przy tarciu ubrań 6 ubogich suchotników, zastrzyknięty zwierzętom, zawierał w 5 przypadkach liczne i bardzo żywotne zarazki gruźlicze. Żąda przeto autor częściej dezynfekcyi ubrań u suchotników, szczególnie, jeżeli użyte być mają przez innych ludzi. Według doświadczeń autora najprostszy, pewny sposób odkażania, nie niszczący ubrań, polega na rozpyleniu 135·0 formaliny i 500·0 wody w szafie o objętości ½ m.³, wybite blachą cynkową i zadziałaniu tej mieszaniny przez godzin 5. Do odwonienia formaliny wystarczy 60·0 amoniaku. Cenę tej dezynfekcyi podaje N. na 0,85 marki, czyli na 1 koronę. *L. Bier.*

Gottstein. **Jak zachowuje się zarazek gruźliczy w ustroju zwierząt zimnokrwistych.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 6). Wyniki doświadczeń z zarazkiem gruźlicy ludzkiej na zwierzętach zimnokrwistych, wykonane przez badaczy francuskich i niemieckich, dały zbyt sprzeczne wyniki co do powstawania w narządach tych zwierząt zmian anatomopatologicznych, właściwych gruźlicy, jakoteż i co do możności przemiany zarazka gruźliczego kilkakrotnem przeprowadzeniem przez organizm zimnokrwistych. W doświadczeniach własnych napotkał G. z 70 zakażonych żab tylko u 2 padłych po 3, wzgl. 12 tygodniach, po kilka guzków w śledzionie, histologicznie podobnych do świeżych guzków gruźliczych (bez zserowacenia i obumarcia), zawierających nieliczne zarazki gruźlicze o niezmienionej dla świnek morskich jadowitości. Bezskuteczne były również doświadczenia z zakażeniem żab zarazkiem, przechowanym czas dłuższy w żabach, z zarazkiem, szczepionym w wielkich ilościach tym samym żabom kilkakrotnie pod skórę do jamy brzusznej i wcieranym do wątroby; — nie udało się w żadnym przypadku powyższych doświadczeń zauważyć zmian gruźliczych w narządach; znalezione zaś zarazki zawierała gruba błona włóknikowa, przyczepiona do nich na powierzchni narządów luźnie. Żółwie, zakażone gruźlicą ludzką, bydlęcą i padalca, zachowywały się odpornie wobec 2 pierwszych odmian gruźlicy, ułatwiały rozwój ostatniej obficie, przyczem napotkano liczne ogniska martwicze, a błony włóknikowe na narządach w tem zakażeniu przedstawiały liczne ogniska krwawe; — wątroba i śledziona posiadały znacznie rozszerzone naczynia. Na tej podstawie uważa G. przemianę zarazka gruźliczego za wykluczoną. *L. Bier.*

Heim. **Czystość sztucznych i naturalnych wód mineralnych.** (*Hygien. Rundschau* 1905, Nr. 4). Z polecenia Heima badał Schütz w jego zakładzie higienicznym 157 prób sztucznych i naturalnych wód mineralnych na ilościową i jakościową zawartość w nich bakteryi i pleśni, używając w tym celu specyalnego podłoża z zawartością 5 prc. żelatyny, 8·75 prc. agaru i 1 prc. peptonu. Sztuczna woda selterska, wyrabiana w Erlandze, zawierała w 25 próbach 49 do 31,750 w 1 sz. cm., przeciętnie 31,000 bakteryi, a 17 z nich pleśnie od 50 do 4520 w 1 sz. cm. wody. W 15 limoniadach erlangskich było bakteryi od 8 do 477,500, przeciętnie 50,000 w 1 sz. cm., pleśni w 13 z powyższych 15 od 4 do 1180 — nie brakło w nich i drożdży, w niektórych nawet próbach obficie. Na 60 gatunków sztucznej wody selterskiej, wyrabianych w rozmaitych miastach niemieckich, zaledwie 18 posiadało w 1 sz. mniej bakteryi niż 500, przeciętnie zaś liczba bakteryi wynosiła 14,000, a małą zawartość bakteryi w wodach niektórych miast odnieść trzeba do przepisu miejscowego, w szczególności przepisów policyi zdrowia, zobowiązującego fabryki odnośne do używania przy wyrobie wody przekroplonej, do czystości naczyń użytych i przy płókaniu flaszek. Jak wybitnie dodatnio wpływa tego rodzaju czystość i na wody nawet dłużej przechowywane, wynika z badań Schütza, podanych przez Heima, uwidacznia się w nich nadto, że kwas węglowy upośledza żywotność bakteryi nieco tylko, niszczy je głównie zwiększone ciśnienie. Z naturalnych wód mineralnych tylko 6 na 57 flaszek rozmaitych wód zawierało w 1 sz. cm. mniejszą ilość bakteryi niż 500, przeciętnie wynosiła liczba ta 35,000, dochodząc w niektórych flaszkach prawie do ½ miliona. I tu przyczyna nieczystości leży w nieczystem napełnianiu, do flaszek brudnych, w niedbałem korkowaniu, w części w złem ujęciu źródeł; naczynia kamionkowe wewnątrz nierówne i trudno dające się czyścić, mniej się nadają do napełniania wodą od flaszek szklanych.

Dr. Leonard Bier.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Arhovina ma według Meissnera (*D. mediz. Woch.*, 1905, 43) tę szczególną zaletę, że będąc zupełnie nietrującą, jednoczy w sobie dwa związki: difenylamin i kwas tymylbędźwinowy, działające silnie odkażająco, ale też dla ustroju nieobojętne. Otóż arhovina ma własności lecznicze obu swych składników, nie ma zaś już ich szkodliwego działania. M. nie zauważył u żadnego z chorych, leczonych arhoviną, żadnych przypadłości przedmiotowych ani podmiotowych; w szczególności nie wywiera arhovina żadnego działania na przewód pokarmowy. Arhovina nadaje moczowi własności przeciwgnilne, a zarazem koi bole; to są dwa najważniejsze jej skutki. M. leczył tym środkiem 18 przypadków, a mianowicie: 1) 8 przypadków zapalenia pęcherza na tle wiewiórowem: z tego 5 cięższych w toku ostrego wiewióra cewki i 3 lżejsze po przebyciu wiewióra cewki; w 2 przypadkach były nieznośne bole, niedające się uśmierzyć nawet środkami narkotycznymi. Po trzechdniowem zażywaniu arhoviny (6 kapsułek dziennie) bolesność znikła, po 5 dniach wyjaśnił się mocz, a wyleczenie nastąpiło po 12—21 dniach. 2) 4 przypadki wiewióra ostrego u kobiet. Z tych u 2 sprawa nie zajmowała pochwy; arhovinę podawano tutaj tylko wewnętrznie, miejscowo zaś stosowano leki ściągające; wewnętrznemu podawaniu arhoviny przypisuje M., że sprawa i później z moczem, spływającym z zajętego ujścia cewki, na pochwę nie przeszła. U 2 innych kobiet z wiewiórem pochwy i cewki moczowej podawano arhovinę wewnętrznie i stosowano tampony pochwowe, napojone oliwą arhovinową; wyleczenie miało być trwałe. 3) 6 przypadków ostrego wiewióra cewki moczowej u mężczyzn leczył M. miejscowo w zwykły sposób, a równocześnie podawał wewnętrznie arhovinę. Wyniki były dobre. W jednym z tych przypadków przebywał chory wiewiór już poraz trzeci, poprzednio zawsze z zajęciem stawów, którego tym razem nie było; tę korzystną zmianę przypisuje M. arhovinie. *Hr.*

Aspiryną starał się w cierpieniach ginekologicznych koić bole Merkel (*Archiv f. klin. Med.* 1905, 1—4). Według niego uśmierza lek ten bóle, trapiące chore na raka macicy, bole w toku wiewiórowego zapalenia jajowodów, przechodzącego na otrzewnę, kolkę miesiączkową, dokuczliwe bole poporodowe (u 3 wieloródek). M. używał 2—3 dawek pół- do jednogramowych w postaci kołaczyków, podając je w ostrych napadach bolów z przerwami jednogodzinnemi. Aczkolwiek aspiryna niezawsze wywiera skutek, niemniej zasługuje, zdaniem M., na uwagę wobec niebezpieczeństw, łączących się z podawaniem morfiny i jej pokrewnych środków. *B.*

Bioferynę stosował Klautsch (*Centralbl. für Kinderh.* 1905, 8) u szeregu dzieci w zakładzie im. św. Elżbiety w Halle w przypadkach niedokrwistości, błednicy, osłabienia po ciężkich chorobach i wreszcie w krzywicy. Lek ten, zawierający 76 prc. czystej płynnej hemoglobiny, 20 prc. gliceryny i 4 prc. nastojów aromatycznych brały dzieci bez wstrętu, a autor stara się przytoczeniem wzrostu wagi i odsetki hemoglobiny u leczonych uwidocznić zalety leku. Równie korzystnie działała bioferyna u niedokrwistych dorosłych w ręku Gerbera (*Mediz. Blätter* 1905, 28, 29). *Kl.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XV Posiedzenie naukowe z dnia 10 listopada 1905 r.

Obecnych członków 45. Przewodniczy kol. Weksler.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. doc Marischler przedstawia chorą, która zgłosiła się do polikliniki ze zwykłym kaszlem. Przy badaniu znalazł kol. M. na plecach po stronie prawej strup wielkości dłoni, uchodzący dotąd zupełnie uwagi chorej. Wywiadami można było dojść, że przed kilku dniami sparzyła się ona prawdopodobnie gorącą herbatą; bolu jednak na plecach nie uczuła. Badanie wykazuje zniesienie uczucia bolu po stronie prawej, osłabienie władzy po lewej i zaniki mięśni ręki lewej, a więc jest to obraz syryngomyelii.

Kol. Ruff opisuje przypadek chorego z zanokcicą, który dla ogrzania się usiadł przy kaloryferze i opalił sobie prawie całą skórę grzbietu. Potem dopiero zwrócono uwagę na jego stan ogólny i rozpoznano syryngomyelię.

Kol. prof. Łukasiewicz przypomina, że podobne przypadki zdarzają się nietylko w syryngomyelii, ale i w trądzie.

III. Kol. Leszczyński przedstawia preparaty krętka bladego (*spirochaete pallida*) i podaje cechy rozpoznawcze między nim, a „*spirochaete refringens*".

Kol. Fajersztajn L. zastanawia się nad kwestyą, czy istnieje związek etyologiczny między tym krętkiem a przymiotem? Zdaje się,

że znajduje się on w każdym wytworze przymiotu, liczniej w głębszych warstwach, niż w powierzchownych; we krwi znalazło go dopiero dwóch badaczy. Może niezwykle wielka trudność wykrycia krętka stanowi często przyczynę, że go nie wszędzie znajdowano. Ale czy znachodząc się wszędzie, jest zarazem przyczyną choroby? Gdy jedni piszą, że zarazek pod wpływem leczenia swoistego rozpada się na szereg osobników pojedynczych, inni znowu mówią, że nie ulega żadnym zmianom. Wreszcie inni znajdowali go w raku, w mazidle (smegma), w kłykcinach zwykłych.

IV. Kol. prof. Rydygier okazuje kolekcyę przedmiotów, wydobytych z przewodu pokarmowego chorej, cierpiącej na zadumę (melancholię). Są tu gwoździe, szpilki, szpilki do włosów, druty, ołówki. Jedne większe tkwiły w żołądku, inne w jelitach, przebijając pętle w licznych miejscach i wywołując zrosty; ołówek n. p. wywołał ropień w powłokach brzusznych i przebił na zewnątrz. Nie zdołano jedynie odszukać sztucznych zębów, które chora miała dawniej połknąć.

Kol. prof. Beck przy tej sposobności podaje wyniki badań, przeprowadzonych w pracowni fizyologicznej Eksnera, które wyświetlają, jak się ustrój zachowuje w zetknięciu z ostrym przedmiotem, który weń wtargnął. Otóż w jelicie występuje miejscowy skurcz ściany, który więzi ów przedmiot, nie pozwalając mu dalej się posuwać i ranić jelita. Urządzenie to jest celowem u zwierząt, które połykają ostre kości. Taki odłamek kostny zostaje zatrzymany w jelicie, ulegając powoli strawieniu. Poza tym miejscowym skurczem jest jelito drożne dla reszty pokarmów.

V. Kol. doc. Barącz przedstawia prosty sposób ustalania złamanego uda u dzieci, podany przez Amerykanów. Jest to trójkąt z tektury, którego jeden bok przymocowuje się do chorej kończyny, drugi, będący pod kątem rozwartym do pierwszego, przytwierdza się do boku dziecka aż do wysokości dolnego kąta łopatki. W ten sposób dziecko może się podnosić i nie zanieczyszcza się.

Kol. prof. Rydygier nie uważa przyrządu za nowy, gdyż jest to sposób Middeldorpa, tylko zastosowany do nogi. Nadto wobec silnych mięśni uda ustalenie takie wydaje mu się za słabe; zresztą nawet na przedstawionem dziecku widać zboczenie osi uda.

Kol. doc. Schramm na mocy swego doświadczenia stwierdza, że wyciąganie Volkmanowskie daje bardzo dobre wyniki u dzieci. Gdyby zachodziła potrzeba ambulatoryjnego leczenia, nie zastosowałby tego przyrządu, bo nie zapewnia on ustalenia i ekstenzyi, o które właśnie chodzi, szczególnie u dzieci, które są niespokojne.

Kol. doc. Barącz zastrzega się, że nie uważa tej metody jako najlepszą, ale będąc zmuszony leczyć ambulatoryjnie, spróbował tego przyrządu i wynik przedstawił bezstronnemu sądowi, o ile zasługuje na uwzględnienie.

VI. Kol. doc. Barącz przedstawia chorego z przetoką na policzku, pochodzącą od zęba, która przy badaniu bakteryologicznem okazuje się jako promienica.

VII. Kol. Fels wygłasza drugą część odczytu „O obrzezaniu rytualnem". Wyjaśniwszy historyczne powstanie obrzezania, omawia cały akt tego obrzędu u Żydów, składający się z przygotowań, cięcia poprzecznego — *chitach*, rozdarcia napletka i odsłonięcia żołędzi — *periah*, wysysania rany — *mecicah* i wreszcie z opatrunku. Następnie omówił stanowisko obrzezaków u Żydów — *mohelim* i przeciwwskazania talmudyczne do obrzezania. Zestawił rzekome i prawdziwe korzyści obrzezania rytualnego i wyliczył jego niebezpieczeństwa, z których najważniejsze są choroby przyrannę, uszkodzenia członka przez błędnie wykonane operacye, przenoszenie chorób zakaźnych przez usta obrzezaka — *mecicach szel pej*, krwotoki i zatrucia różnymi środkami, stosowanymi do tamowania krwi. Skrytykowawszy dotychczasowe postępowanie przy obrzezaniu rytualnem, wykazał konieczność reformy tego obrzędu, ujmując w końcu swe wywody w następujące wnioski:

1. Obrzezanie jest pozostałością z prastarych czasów barbarzyńskich, podobnie jak n. p. przekłuwanie uszu u dziewcząt. W starożytności miało ono znaczenie narodowe, dzisiaj możemy uznawać dzieci rodziców żydowskich za żydów i bez obrzezania.

2. Korzyści obrzezania są nieznaczne, jego niebezpieczeństwa o wiele groźniejsze.

3. Obrzezania powinni dokonywać albo lekarze albo egzaminowani obrzezacy, przestrzegając wszelkich prawideł aseptyki i to dopiero w drugim lub trzecim miesiącu życia. Krwawiączka winna być ważnem przeciwwskazaniem do obrzezania.

4. Przedzieranie blaszki wewnętrznej napletka paznokciami powinno ustać; wysysania zaś rany ustami należy ostro zabronić, a przeciw wykraczającym wyznaczyć surowe kary.

Kol. Stauber widział w tym roku sześcioro dzieci, zarażonych przymiotem przez osławionego obrzezaka Hersza Szechtera. Prócz przymiotu widuje się często gruźlicę gruczołów pachwinowych, jako następstwo wysysania rany ustami. *Zawadzki.*

VIII. O kąpielach w starożytności.

Napisał

Dr. Adam Langie.

(Ciąg dalszy).

Chociaż w Grecyi znano liczne zdroje mineralne, to o kąpielach mineralnych jako środku leczniczym Hippokrates nie wspomina wcale, raczej uważa wody, zawierające żelazo, siarkę lub sól, za szkodliwe. Inni autorowie piszą wprawdzie o nich, lecz wskazań leczniczych nie podają. Nawet Galen daje nam tylko skąpe o nich wzmianki i raczej odradza, niż poleca.

Jeszcze mniej w użyciu było picie wód mineralnych, chociaż objaśnienia teoretyczne ich składu, oparte oczywiście li tylko na tem, co zmysłami dostrzedz można było, dają już Empedokles, Hippokrates i Aristoteles. Dopiero w IV-tym wieku po Chr. żyjący w Rzymie Antyllus podaje niektóre wskazówki do używania ich, a Caelius Aurelianus wylicza i poleca różne zdroje, których picie skutecznem jest przy wielu chorobach. Niezależnie od tego laicy używają i chwalą więcej, niż lekarze, kąpiele mineralne, np. Horacy i Liwiusz, a podróże bogatych panów rzymskich do miejsc kąpielowych wchodzą nawet w modę za czasów cesarstwa i stają się początkiem świetnego ich rozwoju, jak o tem później jeszcze będzie mowa.

Starożytni Gallowie mieli swoje święte źródła, w których kąpali chorych, a o kąpielach starożytnych Germanów pisze obszernie Tacyt.

Kąpieli morskich używają już bohaterowie Homera. Hippokrates wspomina o zmywaniach, okładach wodą morską i kąpielach w otwartem morzu przy chorobach skórnych. Plato przypisuje wodzie morskiej własność usuwania wszystkiego złego. Celsus poleca kąpiele morskie przy żółtaczce, a Pliniusz i Aretaeus doradzają pobyt nad morzem, jako zbawiennie wpływający na cały ustrój. Caelius Aurelianus zaleca kąpiele wannowe w wodzie morskiej, jedynie Galen nie jest wielkim ich zwolennikiem.

Mimo, że kąpiele w pierwszych wiekach starożytnej medycyny niewielką jako środek leczniczy odgrywają rolę, to jako środek oczyszczający, orzeźwiający i wzmacniający ciało są w Grecyi bardzo rozpowszechnione. W gimnazyach używano zrazu zimnych zmywań, a dopiero później za przykładem Rzymu poczęto urządzać w nich kąpiele ciepłe i gorące.

Największymi lubownikami kąpieli są Rzymianie; to też u nich powstały owe olbrzymie, wspaniałe, pełne zbytku i przepychu gmachy, umyślnie w tym celu budowane, w których ruinach i wykopaliskach znaleziono najcenniejsze dzieła starożytnej rzeźby, malarstwa dekoracyjnego, drogocenne przedmioty zbytku i bogate okazy artystycznej sztuki stosowanej. Rzymianie w pierwotnych czasach kąpali się w Tybrze, dopiero później w kilka wieków od założenia Rzymu powstają urządzenia kąpielowe po domach prywatnych, a jeszcze później kąpiele publiczne.

Jednem z najważniejszych codziennych zajęć Rzymianina jest kąpiel i to wielce skomplikowana, której oddaje się z całą przyjemnością i z pewnego rodzaju namaszczeniem; kąpiel bierze on albo w domu albo w publicznej łaźni, których powstanie datuje się od drugiej wojny punickiej. Łaźnie publiczne zakładała albo gmina, albo prywatni przedsiębiorcy, skąd nazwy: *Balneae Pallacinae*, *Balneae Seniae* i t. p. Za kąpiel w łaźni płaci się zwykle niewielką opłatę, zwaną *balneaticum*. W domach zasobnych i bogatych willach patrycyuszów znajdują się wszędzie urządzenia kąpielowe, składające się z kilku ubikacyi, a nawet mniej zamożni mieli zwykle w swym domu jakiś kącik na to przeznaczony, zwany *lavatrium*.

Z czasem kąpieli publicznych powstaje pełno w każdem mieście, nietylko w stolicy, lecz i na prowincyi; noszą one nazwę *balneae publicae*, a dopiero od czasów konsula Agryppy, gdy przeważnie gorących zaczęto używać kąpieli, zmieniają nazwę swą

na *thermae*. Mecenas był pierwszym, co własnym kosztem zbudował w Rzymie termy publiczne, a później za jego przykładem budują je poszczególni cesarze, starając się ogromem a wspaniałością budowli i wewnętrznego urządzenia prześcignąć jeden drugiego. Powstaje ich więc takie mnóstwo, że w IV-tym wieku po Chrystusie sam Rzym posiada około 900 publicznych term.

Najwspanialsze termy rzymskie są następujące: *Thermae Agrippae*, wybudowane w początkach 1-go wieku po Chr. o powierzchni 100×206 metrów, ozdobione bogatemi malowidłami i rzeźbami; *Thermae Neronis* zbudowane w 64 r. po Chr., zawierające basen na 25 metrów długi; dalej Termy Wespaziana, Tytusa, w których znaleziono wśród skarbów sztuki słynną grupę Laokoona; Domicyana, Trajana, Hadryana, Kommodusa i Konstantyna. Do największych i najkosztowniejszych należą Termy Karakalli, z których pozostały do dziś rozległe ruiny. Zbudowano je w III. wieku po Chr. na olbrzymiej przestrzeni 300,000 metrów kw. O rozmiarach ich świadczy, że wedle słów historyka: »*in usum lavantium habebant sedilia mille et sexcenta a marmore polito fabricata*«. Prócz ogromnych przestrzeni, przeznaczonych dla najrozmaitszych rodzajów kąpieli, obejmował gmach ten szerokie i wysokie galerye, czytelnie, boiska do gry w piłkę i ćwiczeń fizycznych, a wszystko olbrzymie, wspaniałe, o ścianach wyłożonych najcenniejszym marmurem, o posadzkach z najcudniejszej mozajki. Prześliczne dzieła malarstwa ściennego znalezione tam, natchnęły swego czasu Rafaela do stworzenia nieśmiertelnego arcydzieła w postaci »*loggii*« watykańskich. W nich też odkryto drogocenne rzeźby starożytne, jak: „Herkules“, „Flora“ i „Byk farnezyjski“.

Dalsze kapiące zbytkiem termy wznoszą cesarze: Sewerus, Decius i Aurelian, wreszcie około r. 400 po Chr. Dioklecyan. Termy Dioklecyana obszarem i wspaniałością przewyższają jeszcze Termy Karakalli. O ogromie ich świadczyć może, że jedną tylko pozostałą z ruin salę, pokrytą 3 sklepieniami o rozpiętości 80 stóp, mogącą pomieścić 2100 osób, przerobił później Michał Anioł na kościół *Sta. Maria degli Angeli*. W termach tych znaleziono najcenniejsze dzieła sztuki Fidyasza i Praksytelesa.

Za przykładem Rzymu budowano termy w całej Italii i we wszystkich przez Rzym zdobytych prowincyach tak, że obecnie w najodleglejszych od metropolii potężnego państwa miejscowościach znachodzimy resztki tych imponujących budowli, więc w Pompei, Pizie, w Paryżu, w Nimes, w Budzie, koło Frankfurtu, w pobliżu Spalato w Dalmacyi, w prowincyach Nadreńskich i w Anglii. Niektóre z nich są tak jeszcze dobrze zachowane, np. w wykopaliskach pompejańskich lub w Caervent w Anglii, gdzie znaleziono dom rzymski z łaźnią prywatną, obejmującą 6 obszernych ubikacyi, że z ruin tych odtworzyć możemy najdokładniejszy obraz urządzenia wewnętrznego, uzupełniając go szczegółami z jedynego dzieła w tym przedmiocie pod tytułem »*De architectura*«, pisanego przez rzymskiego architekta nazwiskiem Vitruvius Pollio, który żył za czasów cesarza Augusta. (Dok. nast.).

IX. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Paryżu.

(2—7 października 1905 [1]).

(Ciąg dalszy).

Sekcya II.

Patologia chirurgiczna

Arloing (Lyon) zestawia porównawczo wyniki badań różnych spraw gruźliczych u ludzi, jak zołzów, gruźlicy chirurgicznej gruczołów chłonnych, oraz stawów i kości, gruźlicy skórnej, toczenia skórnego i spraw płucnych. Przechodzi następnie różne osiągalne przemiany prątków gruźliczych pod wpływem przystosowania się i różny stopień ich zdolności aglutynacyjnej u dzieci i dorosłych, oraz porównywa gruźlicę różnych zwierząt, jak ssawców, ptaków i zimnokrwistych i dochodzi do ostatecznego wniosku, że istnieją różne stopnie i różne odcienia jadowitości gruźlicy, a co więcej, że niema wyraźnie oddzielnych typów gruźliczych, lecz gruźlica istnieje tylko jedna. Jad gruźliczy podlega wahaniom u ludzi, oraz wahaniom odpowiednio do gatunków zwierzęcych; między gruźlicą u różnych gatunków zwierzęcych istnieją różne przejścia i modyfikacye i niejednokrotnie wykazalny stosunek pochodny.

W przeciwieństwie do powyższego zapatrywania występują dualiści amerykanin Rowenel i profesor Kossel z Giessen, oraz Linières. Wyróżniają oni dwa typy prątków gruźliczych: typ ludzki i bydła rogatego, bezwzględnie oddzielne, zarówno pod względem wzrostu na pożywkach, jakoteż sposobu barwienia i charakteru morfologicznego. Rowenel atoli, jakkolwiek dualista, zaznacza, że chociaż typ ludzki odznacza się słabą jadowitością w porównaniu z typem bydła, to jednak bywają odmiany jadowitsze typu ludzkiego, zdolne zakazić ustrój wołowy.

W dyskusyi nad powyższym tematem oświadcza się de Yang unitaryuszem, ponieważ różnice, zaznaczane przez dualistów, nie są stałemi i określonemi. W doświadczeniach własnych udawało mu się potęgować jadowitość prątka ludzkiego, a zmniejszać u prątka wołowego.

Lydia Rabinowitsch również uważa prątki bydła rogatego i ludzkie jako odmiany jednego gatunku, którego dalszemi odmianami są: gruźlica ptaków i zwierząt zimnokrwistych.

Achard, Gaillard i Lannelongue (Paryż) robili doświadczenia lecznicze na zwierzętach z surowicą koni i osłów, którym wstrzykiwano poprzednio toksyny gruźlicze. Wyniki doświadczeń były korzystne, atoli autorowie nie są w możności stanowczo twierdzić, czy własności surowic są swoiste.

Beranek (Neûfchatel w Szwajcaryi) poleca stosowanie miejscowe wprost do ognisk gruźliczych chirurgicznych swojej tuberkuliny, zapewniając, że tą drogą można uzyskać rychłe i stałe działanie lecznicze.

Cuguillère (Tuluza) przytacza pomyślne wyniki leczenia surowicą własną w przypadkach gruźlicy różnych stawów, zwłaszcza biodrowego i kolanowego.

Villemin (Paryż) podnosi z naciskiem, że gruźlica gruczołów, t. j. w postaci zołzów, nie jest łagodniejsza, lecz jest tak samo jadowita, jak inne postaci właściwej gruźlicy.

Gangolphe (Lyon) stwierdza częstość ropni gruźliczych w następstwie uszkodzeń kostnych. Ropnie rozwijają się nieraz wiele lat po zagojeniu się uszkodzenia kostnego i dochodzą do znacznych rozmiarów. Rokowanie jest ciężkie. Szerokie nacięcie chirurgiczne jest w tych przypadkach przeciwwskazane, natomiast poleca on nakłucia, powtarzane co miesiąc. Laerres (Paryż) i prof. Lannelongue stosowali nadto wstrzykiwania płynu Lannelonguea, złożonego z gliceryny, eteru, kreozotu i jodoformu.

Coudray (Paryż) wywodzi, że istnieją w stawach ciała obce, rozsiane z maziowej błony gruźliczej, będące zatem ciałami obcemi rzekomemi, w przeciwieństwie do rzeczywistych, to jest do odłamków kostnych i chrząstnych.

Reymond przytacza dwa spostrzeżenia gruźlicy kości czołowej zupełnie wyleczone po usunięciu schorzałej kości.

Roux (Lozanna) omawia gruźlicę jelita czczego i ślepego, która bywa pierwotną i leży w zakresie chirurgii. Wyróżnić należy postać wrzodziejącą rozlaną i rzekomo — nowotworową gruźlicy. O ile na obecność pierwszej wskazuje istnienie biegunek, o tyle objawy drugiej są zmienne i nieokreślone. Rokowanie w gruźlicy wrzodziejącej jest złe: w rzekomo nowotworowej względnie pomyślne, o ile niema przetok i o ile sąsiednie pętle jelit nie są objęte sprawą chorobową. Operacya doszczętna, to jest resekcya, która daje w 80% przypadkach wynik pomyślny i to lepszy przy częściowem wycięciu jelita ślepego (100% pomyślnych wyników), aniżeli przy „apendicektomii“. Ileokolostomia, jako zabieg tylko łagodzący, daje w 89—91% przypadków wyniki pomyślne. Laparotomia zwyczajna, jako środek leczniczy w gruźlicy rozsianej, rozpoczynającej się jako gruźlica jelita czczego i ślepego, niema znaczenia zabiegu doszczętnego, ma jednak 74% pomyślnych wyników do zaznaczenia.

Prof. Depage i Pinchart (Bruksela) stwierdzają, że gruźlica jelita czczego i ślepego jest niezależną od gruźlicy wyrostka robaczkowego. Pierwsza bywa znajdowaną w 40% przypadków, druga tylko w 8.3% przypadków. O ile gruźlica wrzodziejąca nie obchodzi chirurga, jak tylko w razie pęknięcia wrzodu, o tyle gruźlica przerostowa jest chorobą czysto chirurgiczną. Przy rozpoznaniu odróżnić ją należy od raka, promienicy i przewlekłego zapalenia kiszki ślepej. Leczenie polega na wyłączeniu lub resekcyi.

Deucoulin stwierdza, że gruźlica wyrostka robaczkowego nie stwarza objawów zapalenia wyrostka robaczkowego.

Le Dentu komunikuje interesujące spostrzeżenie przypadku gruźlicy jelita biodrowego i ślepego, w którym musiał wyciąć więcej niż 96 cm jelita.

Andrieu wyróżnia w gruźlicy stawu kolanowego dwa rodzaje zwichnięcia rzepki. Jedne zwichnięcia powstają przez rozciągnięcie więzadeł, poprzedzające proces kostny, z powodu wysięków do stawu; drugie zawdzięczają swe powstanie zniszczeniu wyrostków kostnych.

Estor stosuje leczniczo w gruźlicy stawu skokowego u dzieci: 1) unieruchomienie; 2) nakłucia i wstrzykiwania eteru z jodoformem; 3) typową astragalektomię. Tę ostatnią jako najwłaściwszą u dorosłych poleca Gangolphe.

Ménard poleca staranne zachowanie przy operacyach stawu skokowego części chrzęstnych, zwłaszcza u jednostek młodych, celem osiągnięcia odnowy kości.

Calot (Berck sur Mer) obecnie nie operuje gruźlicy stawu skokowego, lecz trzyma się następujących zasad leczniczych: 1) przy obecności ropnia nakłucia i wstrzykiwania; 2) jeśli gruźlica nie wywołała rozmiękczenia, stosuje wstrzykiwania mieszanki naftolu kamforowego z gliceryną (1:4) od 5—30 kropel; 3) przy przetokach niezakażonych również stosuje wstrzykiwania; 4) przy przetokach zakażonych nie stosuje wstrzykiwań, lecz opatrunki. Tenże sam autor nie operuje, lecz leczy zachowawczo wstrzykiwaniami naftolu kamforowego z gliceryną gruźlicę jąder i przyjądrzy i otrzymał w 71 przypadkach wynik pomyślny.

Djalil Kan (Persya) nigdy nie wycina jąder gruźliczych, lecz wstrzykuje chlorek cynku lub jodoform z eterem, albo też wypala szeroko termokauterem miejsca schorzałe.

Cornil (Paryż) stwierdza, że gruźlica jajników, podobnie jak szyjki macicznej, jest rzadką w przeciwieństwie do gruźlicy trąbek i trzonu macicy. Spostrzegał on 9 przypadków gruźlicy jajników. Proces przechodzi na jajniki z otrzewnej lub z trąbek.

Boucaud (Bordeaux) przedstawia chorą, u której przed półtora rokiem wyjął z pomyślnym wynikiem obustronnie przydatki, zajęte gruźlicą.

Villemin przedstawia gruźliczo zajęte oba jajowody u królika, któremu do żyły wstrzyknięto gruźliczy miąższ gruczołowy pochodzenia ludzkiego.

Alessandri (Rzym) zaznacza, że o ile w gruźliczem zapaleniu opon mózgowych nie można doradzać operacyi, to przy gruzłach odosobnionych operacyą można osiągnąć pomyślne wyniki.

Według Dureta (Lille), który na 36 przypadków gruźlicy mózgu i opon otrzymał 67·6% wyleczeń, operacya gruzełków mózgu jest zawsze uzasadniona, o ile nie zachodzi gruźlica za daleko posunięta lub uogólniona.

Prof. Lannelongue zaleca swój sposób leczenia gruźlicy stawów wcześnie rozpoznanej: 1) wstrzykiwaniami pozastawowemi 10 kropel u dorosłych, a 5—10 kropel u dzieci, 10% roztworu chlorku cynku. Wytwarza się wówczas odczynowe zapalenie tkanki kostnej i łącznej, ograniczające sprawę gruźliczą; 2) wstrzykiwaniami do stawu następującej mieszanki: oliwy 90.0, jodoformu 10,0, kreozotu 2.0 w ten sposób, aby trzy gramy jodoformu wstrzyknąć do stawu.

Villemin (Paryż) omawia wpływ urazu na gruźlicę, który się w czworaki sposób ujawnia: *a*) uraz powoduje dostanie się jadu gruźliczego z zewnątrz do ustroju; *b*) uraz, zadziaławszy na rozwiniętą miejscową gruźlicę, rozsiewa drobnoustroje na odległość; *c*) uraz ujawnia gruźlicę, dotąd utajoną; *d*) uraz pogarsza gruźlicę jawną, już istniejącą.

(Dok. nast.)

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Największe Kasy chorych w Niemczech: Z 12 największych Kas chorych w państwie niemieckiem znajdują się trzy w Berlinie, a po jednej w Lipsku, Monachium, Dreznie, Frankfurcie, Stutgardzie, Chemnitz, Plauen, Barmen i Charlottenburgu. Najwięcej członków liczy Kasa lipska, bo 154.807, potem idą Kasy w Monachium i Dreznie, każda z liczbą członków, przekraczającą 96.000, a po nich stoi w rzędzie Kasa chorych dla kupców w Berlinie z liczbą 90.442. Kasa w Frankfurcie n. M. liczy 82.000; ogólna Kasa chorych w Berlinie 77.387 członków. Kasa w Stutgardzie ma 65.000; Kasa w Chemnitz 53.000, Plauen 38.000, Barmen 32.000 i Charlottenburg 29.000 członków. Kasa chorych krawców w Berlinie liczy 28.850 członków. *Stahr.*

Stanowisko lekarzy w świecie pod względem społecznym i finansowym. Na temat ten urządził „British Medical Journal" ankietę w różnych częściach świata i poświęcił cały swój numer z 3 czerwca b. r. wynikom tych wywiadów. Wywiady odnosiły się głównie do następujących spraw: warunki praktyki lekarskiej, prawa i obowiązki lekarzy wobec publiczności i państwa, finansowe położenie lekarzy, zawód lekarski w stosunku do ustaw, partactwa leczniczego i praktyki nielegalnej, ochrona interesów zawodowych, społeczne położenie lekarzy i ich rola w polityce i lekarska statystyka. Ankieta ta najjaśniej udowodniła, że finansowe położenie lekarzy prawie na całej kuli ziemskiej jest jednakowe i na ogół bardzo mało zadowalniające. Dochód roczny lekarzy w przeważnej liczbie krajów europejskich waha się między 6000, a 12.000 koron. Najsmutniejsze stosunki panują w Berlinie. Większość lekarzy nie zarabia więcej, jak 5000 koron, a 800 lekarzy w Madrycie zarabia ledwo na najprostsze konieczne do życia potrzeby. Przepełnienie w zawodzie jest przyczyną tych smutnych stosunków. *Stahr.*

XI. Wiadomosci bieżące.

Kraków, 21 grudnia.

* Liczba słuchaczów Uniwersytetu Jagiellońskiego wynosi w bieżącem półroczu 2404 i 75 hospitantek. Do aktu imatrykulacyi przystąpiło 118 medyków.

* Na Wydział lekarski we Lwowie zapisało się 40 słuchaczów, w tem 10 pań.

* Państwowa Rada lekarska przyzwoliła na wprowadzenie do Rosyi i rozprzedaż w całem państwie surowic leczniczych wyrobu prof. Bujwida, mianowicie surowicy przeciwbłoniczej, przeciwpłoniczej, przeciwdurowej i przeciwcholerycznej („Wracz" Nr. 47).

* Do liczby lekarzy, którzy zginęli podczas klęski marynarki rosyjskiej pod Cuszimą, a których nazwiska podaliśmy w Nr. 39 „Przeglądu lekarskiego", należy jeszcze dodać: Kazimierza Obniskiego, Konstantego Kreczunesko i Beniamina Podobiedowa. Wszyscy stali się pastwą morza wraz z okrętami, na których pełnili służbę.

* Układy między wiedeńskim wydziałem lekarskim a prof. Quincke, któremu ofiarowano katedrę po zmarłym prof. Nothnaglu, rozbiły się, jak donosi „Berliner klin. Wochenschrift" w Nr. 51.

* Dr. Schumberg wystąpił dosadnie i nie bez słuszności przeciw chustkom do nosa. Nie mówiąc już o ropie, lecz sam śluz z nosa, na którym osiada wielka liczba prątków, zostaje na chustce w kieszeni, gdzie ciepło, wilgoć i ciemność sprzyjają rozmnożeniu drobnoustrojów, między którymi są i chorobotwórcze. Dr. Sch. nie wskazał jednak, czem zastąpić chustkę, a tylko powołał się na rasę żółtą, używającą miękkiej bibułki, którą po użyciu wrzuca się do koszów.

* Związek okręgowy lekarski w Osieku (Aussig) zamierzył wziąć inicyatywę w zorganizowaniu lekarzy austryackich na wzór organizacyi lipskiej. Namiestnictwo wystąpiło z zakazem rzekomo na podstawie statutów. Związek zamierza uzupełnić swój statut w myśl rządu, a tem samem wystawi namiestnictwo na próbę, czy działało ze względów formalnych, czy też był to krok zasadniczego sprzeciwienia się tego rodzaju organizacyi stanu lekarskiego.

* W Osnabrück pociągnięto do odpowiedzialności sądowej lekarza za to, że nie posiadając egzaminu dentystycznego, wypisał na swojej tabliczce „Specyalista dentystyczny“. Sąd uznał winę lekarza, lecz od kary uwolnił, uwzględniając jego dobrą wiarę. Za to samo przekroczenie skazał innego lekarza drezdeński sąd krajowy.

* Index Catalogue of the Surgeon-Generals Office wyszedł X-ty tom serya II. Rozwój tej światowej biblioteki lekarskiej jest olbrzymi; obejmuje ona 153,007 tomów oprawnych i 266,455 broszur. Świeżo wydany tom Index Catalogue obejmuje 10,856 tytułów samoistnych publikacyi, a 22,622 rozpraw dziennikarskich.

* Sprawozdania i rozprawy z 1-go Kongresu rentgenowskiego wyszły jako tom 1-szy rozpraw rentgenowskiego Towarzystwa niemieckiego.

* Na naradzie profesorów rosyjskich uchwalono wstrzymać wykłady do 1 stycznia 1906 roku w następujących uniwersytetach: moskiewskim, dorpackim, kazańskim, kijowskim i tomskim. Odeski uniwersytet został otwarty dnia 7 listopada, tymczasem 15-go ponownie zamknięty.

* Między 26 listopada a 2 grudnia zaszły nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, mieleckim, mościskim (po 1 gminie), nadwórniańskim (2 gm.), stryjskim (4 gm.), zborowskim (1 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Wojciech Stanko, b. lekarz powiatowy, l. 69 — w Tarnowie. Prof. Schmaus, prosektor miejskiego szpitala, zmarł w Monachium. Szef sekcyi w min. spraw. wewn. Dr. Kusý — w Wiedniu.

Mianowania i odznaczenia. Naczelnym lekarzem wojska niemieckiego w miejsce Leuthold'a mianowany został dr. Schjerning. Doc. Orłow mian. został profesorem nadzwyczajnym położnictwa w Odesie.

Bibliografia:

Czasopism z Królestwa Polskiego — nie otrzymaliśmy.

— *Postęp okulistyczny* (listopad). Majewski: Nowy przyczynek do ametropometryi.

— *Głos lekarzy* Nr. 24 zawiera: Dziesięciolecie Izb lekarskich (c. d.). — Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.). — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905 (c. d.). — Z Izb lekarskich.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 50. Chvojka: Missed labour při centrální vcestne placentě (c. d). Chalupecký: Glaukom v lékařství úrazovém. Frankenberger: Vrozená atresie hrtanu (dok.). Blažek: Prosty nekombinovaný defekt septa komor srdečních a šelesty kardiopulmonální u dítěte novorozeného.

— *La Presse médicale* Nr. 98. Bernard: Zbiór objawów nadnerczowych. Lorand: Obrzęk śluzakowy a choroba snu — Nr. 99 Lermoyez: Olfaktometrya kliniczna. Mouchet: Zawał wybroczynowy jelita cienkiego, spowodowany zakrzepowem zapaleniem żył krezkowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 50. Senator: Dzieje, znaczenie i zadanie poliklinicznego Instytutu wewnętrznej medycyny w berlińskim uniwersytecie Fryderyka-Wilhelma. Morgenroth: Otrzymywanie toksyny z jej związku antytoksycznego. Brühl: Badanie słuchu i stanu anatomicznego przy postępującej utracie słuchu. Apfelstedt: Uwolnienie rączki i obrót. Stich: Leczenie ostrych zapaleń zapomocą przekrwienia zastoinowego (dok.). Edens: Częstość gruźlicy skóry w Berlinie (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 50. Curschmann i Gaupp: O wykazaniu leukotoksyn, powstających pod wpływem promieni Roentgena we krwi chorych na białaczkę limfatyczną. Kühn: Odczyn desmoidowy Sahliego — nowa metoda do badania chemizmu żołądka w warunkach prawidłowych i bez zastosowania zgłębnika przełykowego. Amann: O następowych guzach jajników. Steffeck: Leczenie obrzęków zapalnych przydatków macicy. Raab: Co mierzymy tonometrem Gärtnera? Tomaschny: Niezwykły objaw przy śmiertelnym przebiegu ostrego krwotoku trzustki. Tomaszewski: Zastosowanie podskórne jodypiny. Grossmann: Odbieracz moczu u dzieci. Heilbronner: O zaburzeniach umysłowych w związku bezpośrednim z wstrząśnieniem mózgu (dok.). Lindner: Chirurgia serca i osierdzia (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 50. Schrötter: Józef Škoda. Hamburger: O zdolności trawiennej komórek ciała. Donath: Przyczynek do sprawy porażenia Landryego. Zikmund: Osobliwy przypadek porodu *corpore duplicato.* Kossow-Gerronay: Osobliwy przypadek skrwawienia się matki w porodzie.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 50. Vulpius: Leczenie bocznego skrzywienia kręgosłupa. Curschmann i Schlayer: Metoda Goldscheidera opukiwania serca. Zupnik: Patogeneza tężca. Knauth: Przyczynek do nauki o chorobie Weila. Opitz: Chirugiczne leczenie ropnicy połogowej. Königshöfer: Postępy w leczeniu chorób ocznych. Wichmann: Techniczny przyczynek do leczenia metodą Finsena, oraz uwagi nad leczeniem tocznia. Peters: Nowa fizykalna metoda leczenia choroby morskiej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 50 (od dnia 10/XII do 16/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 28, dziew. 32; nieżywo: chł. 1, dz. 2 — **Zmarło:** miejscowych: męż. 14, kob. 17; zamiejscowych: męż. 14, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 4, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem:** miejscowych 31, obcych 23.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia Dra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu Dra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 500, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1905 roku do dnia 31 Marca 1908 roku Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu Konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jak również i podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie" (ulica Niecała Nr 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłomaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z liczby prac, w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

Rok XLIV. Kraków 30 Grudnia 1905. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie oceny przyrządów formalinowych do odkażania mieszkań, oraz metodyki badania dezynfekcyjnej wartości chemicznych środków odkażających.

Podał

Dr. Leonard Bier.

W ogłoszonej w Nr. 46 „Przeglądu lekarskiego“ pracy „O formalinowem odkażaniu przyrządem zwanym „Berolina“, wykonanej pod kierunkiem doc. dr. Droby, wypowiedział dr. T. Pisarski nader korzystne zdanie o wyżej wymienionym przyrządzie, podnosząc jako szczególną jego zaletę krótkość czasu, w jakim wykonywa się przy jego użyciu odkażenie mieszkania, pewność skutku nawet przy zmniejszonej niż wskazuje przepis ilości formaliny, względnie przy nieszczelności mieszkania odkażanego. Przyjmując za Proskauerem i Elsnerem, twórcami nowego przyrządu „Berolina“, że trudno osiągnąć odkażenie mieszkania w krótkim czasie, — najwyżej 4 godzin, — przy użyciu zwiększonej ilości formaliny w przyrządzie Flüggego bez rozlutowania kotła i zepsucia przyrządu, wynikłego z koniecznie zdwojonej energii palnika, uważa kol. Pisarski przyrząd nowy za ostatni wyraz ulepszeń w tym kierunku.

Aby ocenić, o ile kryteryum — krótkość czasu potrzebna do dezynfekcyi, skutek przy nieszczelności mieszkania i zmniejszonej od przepisanej ilości formaliny, na których oparł kol. Pisarski korzystną swą opinię o przyrządzie „Berolina“, a przyrządowi Flüggego odmawia równej z nim wartości praktycznej, — jest uzasadnione, zastanowić się należy nad czynnikami, według których oceniamy wartość dezynfekcyjną i wogóle praktyczną tego rodzaju przyrządów, w pierwszej zaś linii co do skutku, jaki osiąga się przy ich użyciu. Zasadniczą różnicą w działaniu między przyrządem „Berolina“, a używanymi powszechnie przyrządami, wzgl. systemami dezynfekcyi formaldehydem, jest ilość wydzielonego na jednostkę przestrzeni (1 m^3) formaldehydu, gdy bowiem nowy „Aeskulap“ Scheeringa, przyrząd Flüggego, Prausnitza i Krehl-Elba zużywają na 1 m^3 przestrzeni 2,5 grm. formaldehydu przy działaniu 7, względnie 6-cio godzinnem, a 5 grm. przy 3$^1/_2$, wzgl. 3 godzinnem, przyrząd Proskauera i Elsnera zużywa na 1 m^3 8 gramów, równając się w tym względzie prawie już obecnie zarzuconemu przyrządowi Lingnera (7,5 gr.). Pytanie, które z zestawienia tych liczb się nasuwa, zmierza do odpowiedzi, czy dla osiągnięcia pewnego skutku dezynfekcyi mieszkania konieczną jest ilość stosowana w przyrządzie „Berolina“, a niewystarcza ilość podana dla przyrządów używanych powszechnie przy skróconym czasie ich działania.

Już Fairbanks[1]) osięgał prawie całkowitą dezynfekcyę swobodnie wystawianych na odkażanie prób zakażonych zarazkami błonicy, duru, zarodnikującemi formami wąglika (w ilości prawie 100%), przy zastosowaniu 2-gim paraformaldehydu w postaci pastylek w ciągu 8—10 godzin i przy ogrzaniu pokoju do 22° C; toż samo i Gehrke[2]), Enoch[3]) i inni, nawet przy zwykłej ciepłocie powietrza. Odmienne wyniki innych badaczy wytłómaczyły prace Peerenbooma[4]), Peerenbooma i Rubnera[5]), oraz Hammmerla i Kermaunera[6]) polimeryzacyą formaldehydu i brakiem dostatecznej ilości pary wodnej w powietrzu, która, przepajając przedmioty, chłonie wydzielony do powietrza aldehyd mrówkowy i jest niejako pośrednikiem dla właściwego procesu odkażania, a zarazem przeszkadza polimeryzacyi formaldehydu na ciało dezynfekcyjnie obojętne. Dowodów skutecznej działalności odkażającej formaldehydu, wydzielonego wraz z odpowiednią ilością pary wodnej do uszczelnionej przestrzeni przy użyciu 2,5 grm. w ciągu godzin 7. zaś 5 grm. w ciągu 3$^1/_2$, wzgl. 3 godzin, dostarczyły liczne badania, dokonane przy użyciu przyrządów Flüggego, Prausnitza Czaplewskiego, metody Krehl-Elba i zmodyfikowanej Scheeringa przez Neissera[7]),[8]), v. Brunnla[9]), Czaplewskiego[1])0, Kaupa[11]),[12]), przezemnie[13]) i innych, stwierdzając, że wszystkie zarazki, z wyjątkiem szczególnie opornych bakteryi ziemnych w okresie zarodnikowania, giną pod wpływem wyżej oznaczonych ilości formaldehydu w warunkach wyżej wskazanych, wystawiane bez grubszego pokrycia w ilości blizko 100% (zarazki wąglikowe w 87—96%). Że zaś wyniki takie same otrzymać można przy znacznie mniejszych ilościach formaldehydu, bo zaledwie wynoszących połowę i $^2/_3$ powyższej ilości i przy użyciu zarodnikujących form wąglika, wcale nie mało żywotnych, o ile sprzyjały dezynfekcyi ciepłota, obfita zawartość wilgoci, a w części i sztucznie stworzony ruch powietrza, — dowodów na to dostarczyły liczne doświadczenia w pracowni Rubnera, dokonane przez Mayera i Wolperta[14]). Porównywując wy-

[1]) Centralblatt f. Bacteriologie. Bd 23. Str. 689.
[2]) Deut. med. Wochschr., 1898.
[3]) Hyg. Rundschau, 1899.
[4]) Hyg. Rundschau, 1898.
[5]) Hyg. Rundschau, 1899.
[6]) Münch. med. Wochenschr., 1898.
[7]) Zeitschrift f. Hygiene, Bd. 29.
[8]) Hyg. Rundschau, 1899.
[9]) Zeitschrift f. Hygiene, Bd 30.
[10]) Münch. med. Wocheusch., 1898.
[11]) Wien. med, Wochenschr., 1899.
[12]) Oesterr. Sanitätswesen, 1900.
[13]) Przegląd lekarski, 1902.
[14]) Archiv f. Hygiene, Bd 43.

niki wcale nielicznych (tylko jedno) doświadczeń Proskauera i Elsnera nad wartością przyrządu Flüggego z doświadczeniami innych badaczy, widzi się zbyt wielką ich sprzeczność i trudno przypisywać im jakąkolwiek wagę dla oceny wartości przyrządu Flüggego tembardziej, że w publikacyi ich brak wogóle protokołów z poszczególnych doświadczeń tak nad przyrządem własnym, jak i Flüggego, oraz przyrządem Walter Schlossmanna (Lingnera).

Zwiększenie ilości formaldehydu na 1 m³ przestrzeni odkażanej, które zastosowali w swym przyrządzie Proskauer i Elsner, bynajmniej nie sprzyja dodatniemu skutkowi odkażania, jak to zresztą wynika z własnej ich publikacyi.

W wierszu 21-szym od dołu na str. 171 (szpalta 2) Nr. 11 (z r. 1904) czasopisma „Gesundheitsingenieur“ czytamy: „*Ueber einen Effekt von 70—80⁰/₀ Abtödtung der ausgelegten Proben (es wurden immer Staphylococcenhen benützt kamen wir allerdings auch hierbei nicht heraus. Wenn wir aber bedenken, dass kein anderer uns bekannter Apparat eine desinfektorische Mehrleistung aufzuweisen hat, und*“ i t. d. Ustęp ten dowodzi chyba aż nadto dobitnie, że sami twórcy przyrządu stawiają go co do skutku dezynfekcyjnego nie ponad, lecz na równi z innymi przyrządami, które zużywają znacznie mniej aldehydu na jednostkę przestrzeni.

Tak więc różnica w ilości zużytego formaldehydu na jednostkę przestrzeni nie musi być przyczyną tej rozmaitej wartości dla celów praktycznych przyrządu Flüggego i przyrządu Proskauera i Elsnera, a korzystny wynik doświadczeń dr. Pisarskiego przy niezupełnej szczelności odkażanego pokoju, wzgl. przy zmniejszonej ilości formaliny, poniżej ilości podanej w tabelce Proskauera i Elsnera, nie dowodzi bynajmniej wyższości przyrządu tych autorów nad przyrządem Flüggego, Prausnitza i t. d., gdyż w obu doświadczeniach ilość formaliny zużytej znacznie przewyższała ilość potrzebną dla przyrządu Flüggego. Szczególną zaletę przyrządu Proskauera i Elsnera, według dr. Pisarskiego, objawiającą się w skuteczności działania dezynfekcyjnego już po 4 godzinach, nie można nazwać tak szczególną, w porównaniu z przyrządem Flüggego, gdyż działalność pewna tego ostatniego przyrządu objawia się już po $3^1/_2$ godzinach przy zużyciu formaliny przeszło o $^1/_2$ raza mniejszem.

W końcu należałoby mi odpowiedzieć na zarzut powtórzony przez kol. Pisarskiego za Elsnerem i Proskauerem o rozlutowaniu kotła i zepsuciu przyrządu Flüggego przy zdwojonej energii palnika. Muszę jednak oświadczyć, że co do tego zarzutu trudno mi się oprzeć przekonaniu o złej woli autorów niemieckich wobec przyrządu Flüggego — chyba że przyjmę, iż Proskauer i Elsner nie przeczytali dobrze odpowiedniej publikacyi Flüggego przystępując do doświadczeń z jego przyrządem. Porównywując liczby podane przez nich, rzekomo za Flüggem (strona 170, szpalta druga, wiersz 8 od góry), dla ilości wyskoku koniecznego do odparowania rozcieńczonej formaliny w przyrządzie Flüggego z oryginalną jego tabelką[15]), widoczną jest różnica i nie możnaby się dziwić, gdyby przy użyciu tych ilości wyskoku przyszło do rozlutowania kotła. Wobec tego rodzaju publikacyi i dyskredytowania w powyższy sposób pracy tak poważnego badacza, jak Flügge, nie mam zamiaru odpowiadać na zarzut powyższy, a dotknę tylko wogóle kwestyi zepsucia przyrządów. Że przyrząd Flüggego może się zepsuć, nie przeczę, — ale tylko przy złem i niedbałem jego wykonaniu i nieprawidłowem napełnieniu, z pominięciem stosunku formaliny, wody i wyskoku podanego w tabliczce Flüggego. Ponieważ tabliczka ta tak jest złożona, że po spaleniu wyskoku zawsze pozostaje w kotle Flüggego pewna ilość płynu, to rozlutowanie nawet przy płomieniu silnym i złem urządzeniu palnika, o ile wykonano kocioł trwale, jest niemożliwem. Tak więc zepsucie przyrządu Flüggego leży głównie w rękach wykonywującego dezynfekcyę, o wiele zaś rzadziej zależy od wykonania. Nie można zdaje się powiedzieć tego samego o przyrządzie Proskauera i Elsnera, który w tym okazie, który przed $2^1/_2$ laty miałem sposobność widzieć, łatwo się zanieczyszczał i psuł, a jak mnie zapewniano, w użyciu znacznie więcej sprawia zachodu, niż przyrząd Flüggego.

Jednym z warunków dobrej dezynfekcyi, zazwyczaj wykonywanej na koszt miasta lub ludności mniej zamożnej, jest, by cena jej była ile możności nizką. Jeżeli zważymy, że 1 przyrząd Flüggego wystarcza dla dezynfekcyi przestrzeni 150 m³, zaś przyrząd „Berolina“ tylko dla 100 m³, że przyrząd ostatni bez opakowania przesyłki i cła (ostatnie około 10 kor.) kosztuje w Berlinie wraz z odwaniaczem amoniakowym 60 marek, a przyrząd Flüggego w kraju wykonany nader trwale i z blachy miedzianej kutej i pobielanej również z odwaniaczem kutym i wykonanym z blachy miedzianej pobielanej, a nie składany z żelaznej, jak w „Berolinie“ i niektórych wyrobach przyrządu Flüggego — koron 76 bez cła, — że nadto dla dezynfekcyi przyrządem pierwszym potrzeba przeszło $1^1/_2$ razy tyle formaliny co w przypadku drugim, to oczywiście i temu żądaniu gorzej odpowie przyrząd berliński, niż przyrząd Flüggego.

I zdaje mi się, że przez powyższe krytyczne zestawienie poszczególnych punktów publikacyi Proskauera i Elsnera, oraz dr. Pisarskiego, z piśmiennictwem o dezynfekcyi, wykonywanej przyrządami posługującymi się formaliną, które tylko w części uwzględniłem w niniejszej publikacyi, w należytem postawiłem świetle tak nowy przyrząd „Berolina“, jak i przyrząd Flüggego i mogę twierdzić, że gdyby kol. Pisarski choć trochę przed ogłoszeniem swej publikacyi zechciał był zoryentować się w piśmiennictwie tego przedmiotu poza publikacyą Proskauera i Elsnera, nie byłby w tym stopniu zależnym od nich w swym sądzie, jak to w pracy swej uwydatnił.

Ten brak znajomości piśmiennictwa o odkażaniu ujawnił kol. Pisarski, jak to zauważyć można z protokołów jego doświadczeń, również i w zastosowanej przez siebie metodyce badania wartości dezynfekcyjnej przyrządu „Berolina“. Zarzut mój odnosi się w pierwszej linii do użycia przez kol. Pisarskiego materyału zakaźnego do prób, bez poprzedniego określenia jego siły odpornej wobec znanych środków odkażających, przeciwnie, jak to zalecał Esmarch[16]), a szczególnie C. Fränkel[17]); zarzut drugi odnosi się do wypłókiwania resztek zawartego w zakaźnych nitkach formal-

[15]) Klinisches Jahrbuch, 1900.

[16]) Zeitschrift f. Hygiene. Bd V.

[17]) Zeitschrift f. Hygiene, Bd VI.

dehydu wodą, zamiast zobojętnienia go na drodze chemicznej roztworem amoniaku, na którą to manipulacyę tak silny nacisk się kładzie od czasu pracy Schumburga[18]). Dla wyjaśnienia istoty zarzutów moich tym, którzy nie mieli sposobności zapoznać się z metodyką badania środków odkażających, zaznaczyć pragnę co do punktu pierwszego, że wobec rozmaitej odporności ras czy odmian tego samego gatunku bakteryi, nie jest obojętnem dla wyników dezynfekcyi, jakiego materyału i o jakiej odporności pierwotnej użyjemy do doświadczeń i że nie trudno osiągnąć dezynfekcyę, używając nawet zarodnikujących form bakteryi o słabej odporności; zaś co do zarzutu drugiego zaznaczyć muszę, że od dokładnego chemicznego zobojętnienia formaldehydu zależy bardzo wybitnie wynik doświadczeń z tym związkiem chemicznym, którego resztki, pozostające w nitkach, zawierających przeznaczone dla odkażenia bakterye, wystarczą by wstrzymać w pożywkach rozwój bakteryi osłabionych działaniem środka dezynfekcyjnego. Wprawdzie konieczność dokładnego zobojętnienia chemicznego formaldehydu uwydatnia się szczególnie przy użyciu hodowli o podłożach stałych, żelatynie, agarze i surowicy; mniej przy płynnych, w bulionie, którego użył kol. Pisarski w swoich doświadczeniach, nie mniej jednak nie odpada zarzut co do zaniechania manipulacyi zobojętnienia aldehydu amoniakiem, gdyż jako materyału do nalepiania na nim bakteryi użył kol. Pisarski jedwabiu, chłonącego gazy dosyć obficie, a nie o wiele racyonalniejszych dla danego przypadku pereł szklanych lub granatków, z których łatwo wypłókać lub zobojętnić resztki formaldehydu.

W zamiarze pisania niniejszego artykułu nie kierowała mną czcza chęć polemiki z kol. Pisarskim, ale, obok obrony wartości praktycznej ugruntowanej licznemi doświadczeniami umiejętnie stosowanej dezynfekcyi formalinowej którymkolwiek z przyrządów do celu tego polecanych Krehl Elba, Flüggego, Prausnitza, czy nowszej odmiany Aeskulapa (Scheringowskiego), chęć i obowiązek obrony przyrządu Flüggego tak mocno i niesprawiedliwie zaczepionego szczególnie w artykule autorów niemieckich, za którymi poszedł kol. Pisarski. Dezynfekcya przyrządem tym w przekonaniu mojem, popartem doświadczeniem, czyni zadość wymaganiom higieny co do dezynfekcyi mieszkania w chorobach, w których najczęściej jest ona potrzebną. Ruszyła się też dezynfekcyjna czynność wyraźniej w naszym kraju, zwłaszcza od chwili, gdy obok publikacyi w tym kierunku udało się przyrząd ten wyrabiać u siebie po cenie znacznie niższej od zagranicznej, a w wykonaniu, przynajmniej krakowskiem, znacznie trwalszem od zagranicznego. Nie uzasadniony, jak wyżej wykazano, atak na wartość praktyczną tego przyrządu, uważałem nie tylko za napaść na samą zasadę dezynfekcyi formalinowej, mniejszemi ilościami formaldehydu, ale i za chęć osłabienia tego zaufania, jakie wogóle dla dezynfekcyi mieszkań w ostatnich latach, tak wśród lekarzy jak i publiczności, zaczyna się u nas pojawiać i rozszerzać, chyba nie ze szkodą dla zdrowotności ogólnej, w części zaś i za atak na wyrób krajowy. Zapobieżenie szkodom, które z nieopatrznej krytyki przyrządu Flüggego wyniknąćby mogły wogóle w kraju dla sprawy dezynfekcyi po chorobach zakaźnych, — oto dalsza i główna pobudka do niniejszego artykułu.

[18]) Deutsche med. Wochenschr., 1898.

Użycie tego lub owego przyrządu z odpowiednią ilością formaliny, wody i alkoholu nie załatwia jeszcze sprawy racyonalnej i umiejętnej dezynfekcyi mieszkania, o ile według choroby i w miarę okoliczności nie uzupełni się dezynfekcyi formalinowej zastosowaniem także i innych środków odkażających do poszczególnych części mieszkania. Doświadczenie Mayera i Wolperta wskazały nam czynniki sprzyjające dezynfekcyi formalinowej mieszkania. Umiejętność oryentowania się w warunkach mieszkania, wywiady co do zachowania się chorego w czasie choroby ze względu na sposób i zakres rozsiania zarazków, osiągnięte z rozmowy z lekarzem ordynującym i od otoczenia chorego, wyzyskanie okoliczności sprzyjających dezynfekcyi mieszkania, oto czynniki rozstrzygające o racyonalnem i umiejętnem przeprowadzeniu dezynfekcyi. Znajomość ich równie jest ważną dla lekarza, który ma zarządzić, ocenić lub pokierować dezynfekcyą, jak i dla tego, który ją ma wykonać. W ostatnich 2 latach dzięki ruchliwości Dra Legieżyńskiego fizyka miejskiego we Lwowie sprawa obznajomienia się z istotą i techniką dezynfekcyi mieszkań wśród służby miejskiej i żandarmeryi, oraz osób prywatnych, na specyalnych, w tym celu urządzonych kursach, znacznie w kraju zyskała; ile w tym kierunku zachodzi braków wśród lekarzy zarządzających i oceniających bardzo często dezynfekcyę z racyi swego stanowiska urzędowego, uchyla się to z pod mojej oceny. Sądzę jednak, że, tak zasadnicze omówienie sposobów racyonalnej dezynfekcyi mieszkania nie będzie dla lekarzy niepożądanem, jak również zwrócenie uwagi na niejedne czynniki w sposobie wykształcenia służby dezynfekcyjnej, nada silniejszą podstawę sprawie gruntowniejszego wykształcenia tego rodzaju służby. Oto materyał do następnego artykułu w tej praktycznie nie mało ważnej sprawie.

* * *

II. Niedokrwistość złośliwa postępująca. *Anaemia perniciosa progressiva, anaemia Biermeri.*

Wyjątek z rękopisu dodatkowego zeszytu dzieła „Nauka o chorobach wewnętrznych", wydawanego przez prof. W. Jaworskiego.

Napisali

Prof. Edward Korczyński i **Dr. Stanisław Szurek,**
Dyrektor kliniki lek. U. J. — Asystent kliniki.

(Dokończenie.)

Obraz krwi. Niedokrwistość złośliwa postępująca jako zwyrodnienie krwi musi, rzecz oczywista, we krwi wywoływać zmiany najcięższe. Krew jest w tej chorobie płynna, wodnista, mało krzepliwa; barwa jej bardzo blada, zasem szara lub bursztynowo-żółta; ciężar właściwy jest niski, często poniżej 1·030, a sucha pozostałość obniża się do 10% lub jeszcze więcej; ilość białka we krwi spada do $^1/_3$ ilości prawidłowej.

Zmniejszenie się ilości krwinek czerwonych jest tak znaczne, jak w żadnej innej chorobie; średnio zawiera 1 mm³ około 1 miliona krwinek czerwonych, nierzadko mniej (Biegański 360.000); najniższą liczbę (143.000) krwinek czerw. spostrzegał Quincke. Własność układania się w rulony tracą krwinki prawie zupełnie. Odsetkowa ilość Hb spada również

bardzo. Pomiędzy liczbą krwinek czerwonych, a ilością Hb brak jednak prawidłowego stosunku, na co zwrócił uwagę pierwszy Hayem i Laache t. j. odsetkowa ilość Hb jest w stosunku do liczby krwinek czerwonych zwiększona, czyli istnieje tak zw. względny nadmiar barwika (*hyperchromaemia*), to znaczy każde pojedyncze ciałko czerwone zawiera stosunkowo więcej Hb. Ten niestosunek między ilością krwinek a Hb odrzuca jednakowoż Grawitz, jako sztucznie i to stąd powstały, że przy liczeniu krwinek, licznych w tej chorobie postaci karłowatych krwinek czerwonych nie zalicza się do erytrocytów, jakkolwiek i one zawierają Hb, skutkiem czego ilość Hb musi oczywiście wypadać wyższą. Temu jednak przeczy już choćby ta okoliczność, że w obrazie drobnowidowym nierzadko spotyka się krwinki ciemniejsze, silniej od prawidłowych hemoglobiną zabarwione.

Co do postaci, to dostrzega się wśród krwinek czerwonych makro- i mikrocyty, dalej znamienne wytwory zwyrodnienia, jak poikilocyty o postaciach najdziwaczniejszych aż do drobnych okruchów, tak zw. postaci skarłowaciałych krwinek czerwonych, nadto komórki wielobarwliwe (polichromatofilne) i ziarnisto zwyrodniałe; poikilocyty okazują często wybitną ruchomość jako wynik kurczliwości ich protoplazmy. Obok postaci zwyrodniałych, zależnie od stanu szpiku i jego czynnościowej sprawności, spotykamy więcej lub mniej liczne ciałka krwi jądrzaste, normoblasty i megaloblasty. Normoblasty pojawiają się czasem we krwi krążącej w ogromnej ilości, zjawisko, które uważać należy za pomyślną oznakę; czasem są one znów nieliczne, a może ich i zupełnie brakować. Megaloblasty, znalezione właśnie poraz pierwszy w tej chorobie przez Ehrlicha, długi czas uchodziły za jej cechę znamienną tak, że wedle Ehrlicha bez megaloblastów nie można było rozpoznawać niedokrwistości złośliwej postępującej; z biegiem czasu straciły to znaczenie, skoro przekonano się, że dość liczne przypadki niedokrwistości złośliwej postępującej mogą przebiegać bez lub ze skąpą ich ilością, a powtóre, ponieważ spotykano je czasami i w innych rodzajach niedokrwistości. Obecność megaloblastów jest wedle Grawitza tylko oznaką, że niedokrwistość jest ciężka, nie jest zaś cechą znamienną pewnej jej postaci. Jedynie obfitość i stałość, z jaką pojawiają się w pewnym przypadku, rozstrzyga o złośliwej przyrodzie niedokrwistości (Leube). Ilość krwinek białych jest zwykle na szczycie choroby zmniejszoną (*hypoleukocytosis*; nagle powstające znaczne leukocytozy zwykły wyprzedzać poprawę krwi i stanu ogólnego i noszą nazwę przełomów („*Blutkrisis*“ Noordena). W wyjątkowo rzadkich przypadkach leukocytoza może być wstępem do przejścia niedokrwistości złośliwej postępującej w białaczkę (przypadek Littena).

Co do postaci ciałek białych to nierzadka jest stosunkowa przewaga limfocytów na niekorzyść komórek neutrofilnych tak, że stosunek obu tych gatunków leukocytów zamiast prawidłowego 3:1, wynosi 1:1 lub jeszcze więcej. Ta względna limfocytoza może mieć nawet pod względem rozpoznawczym duże znaczenie, ponieważ w innych niedokrwistościach, najwybitniej zaś w niedokrwistości w toku raka, spotykamy w ogólności stosunkowe zwiększenie się ilości wielojądrzastych w przeciwieństwie do limfocytów (Strauss i Rohnstein).

Płytki krwi co do ilości zachowują się zmiennie. Surowica krwi ma stosunkowo obfitować w białko w przeciwieństwie do niedokrwistości w następstwie raka, posocznicy i t. d., gdzie surowica bywa wybitnie wodnistą (Grawitz).

Bilirubinemię stwierdził tutaj pierwszy Syllaba.

Właściwości i przebieg. Choroba nagabuje przedewszystkiem osoby dorosłe, najczęściej między 30—40 r. ż., częściej kobiety, niż mężczyzn; nie jest jednak obcą i wiekowi dziecięcemu (Demme). W pewnych okolicach, jak w Szwajcaryi, z zwłaszcza w okolicach Zurichu, w krajach skandynawskich, zdaje się być częstszą; podobnież w dużych miastach. Wśród warstw uboższych częściej spostrzegano jej przypadki, niż w warstwach zamożnych. Stosunki dziedziczności z wyjątkiem pewnej wrodzonej, czy wcześnie nabytej osobniczej skłonności, nie mają, jak się zdaje, ważniejszego znaczenia. Choroba zakrada się do ustroju zazwyczaj powoli, chyłkiem, zwykle bez żadnej widocznej przyczyny i dlatego początek jej trudno oznaczyć. Przebieg bywa powolny, ale ciągle postępujący, czasem przerywany, to znaczy choroba na czas pewien zatrzymuje się i nie postępuje dalej. W większości jednak przypadków postęp choroby powraca, a jej ostatecznem zejściem jest śmierć w głębokiej śpiączce lub wśród stale postępującego upadku sił. Ten przebieg nie jest atoli prawidłem. Poprawa, niestety nie na długo, może nastąpić w każdym okresie choroby, a tej poprawie towarzyszy zadziwiająco nieraz szybka odnowa krwi. I wyleczenie nie jest wyłączone, a to wyleczenie może być jużto stanowcze, jużto tylko pozorne, to znaczy choroba później powraca. Zwłaszcza w ostatnich czasach ilość spostrzeganych wyleczeń wzrosła z pogłębieniem wiadomości o etyologii i leczeniu tej choroby. Przy przebiegu przewlekłym nie trwa choroba dłużej, jak kilka lat; trafiają się atoli przypadki o przebiegu ostrym lub podostrym, które wkrótce śmiercią się kończą.

Rozpoznanie. Klinicysta rozpoznaje niedokrwistość złośliwą postępującą, a uzupełnia rozpoznanie lub potwierdza dopiero anatom-patolog. Zanim atoli klinicysta zdoła rozpoznać niedokrwistość złośliwą postępującą pierwotną, iść musi często drogą i trudną i żmudną i nie zawsze uniknie grubych nawet pomyłek. W początku cierpienia obraz tak kliniczny, jak i obraz krwi, niczem się nie różnią od jakiejkolwiek innej lżejszej niedokrwistości i dlatego wtedy nie jest w naszej mocy powiedzieć, że ta niedokrwistość będzie niedokrwistością złośliwą postępującą. Dopiero postępujący charakter tej sprawy budzi podejrzenie właściwej jej istoty. Jednak nawet wtedy, kiedy już rozwinie się znamienny obraz kliniczny niedokrwistości Biermera i skreślony powyżej obraz krwi, nie wolno nam jeszcze rozpoznawać niedokrwistości złośl. postęp. prawdziwej. Ażeby ją rozpoznać, musimy przez szczegółowe badanie kliniczne i dokładne wywiady po wyłączeniu wszelkich wtórorzędnych niedokrwistości, a jest ich sporo, wyłączyć przedewszystkiem całą gromadę tak zw. niedokrwistości złośliwych rzekomych. Badanie więc stolców na czerwie albo ich jaja musi dać wynik ujemny, badanie żołądka wyłączyć obecność nowotworu, np. raka, wywiady — przebytą kiłę, badanie kośćca — sprawy chorobowe albo nowotwory szpiku, badanie ogólne i bakteryologiczne krwi — posocznicę i t. d. Rzecz oczywista, że badanie to, choćby najwszechstronniejsze, mimo to nieraz

i bardzo doświadczonego zawodzi i już nieraz zawiodło. Obecność megaloblastów wbrew zdaniu Ehrlicha nie dowodzi niedokrwistości złośliwej postępującej; przemawia tylko do pewnego stopnia za nią. Za niedokrwistością złośliwą, pierwotną, przemawiać będzie przedewszystkiem przebieg i ujemny wynik klinicznego badania, dalej typowe wyglądanie i obrzęki, wybroczyny, krwotoczne zapalenie siatkówki, stany podgorączkowe, we krwi zaś spadek liczby krwinek czerwonych poniżej 20% t. j. 1 miliona, wskaźnik barwikowy = 1 lub większy od 1, obfitość megalocytów (nad 50%, Ehrlich), stała obecność megaloblastów i leukopenia. Największe trudności sprawia wyłączenie nowotworów złośliwych, a w szczególności raków ukrytych, ponieważ one wywoływać mogą obraz chorobowy, łudząco podobny. Zamiana z innemi chorobami nie jest już, tak łatwa i częsta.

Rokowanie. Wobec postępującego przebiegu tego zwyrodnienia krwi rokowanie będzie oczywiście bardzo wątpliwe; obecnie cokolwiek lepsze, dawniej całkiem niepomyślne, ponieważ prawie każdy przypadek kończył się śmiercią. Rokowanie to w ostatnich czasach stało się cokolwiek lepsze głównie u chorych, leczonych w zakładach. Z wyjątkiem beznadziejnych przypadków nie powinno się nigdy rokować na podstawie jednorazowego badania, ale zawsze na podstawie dłuższego spostrzegania, a w rokowaniu trzeba uwzględnić nietylko obraz krwi, ale i stan ogólny chorego, jego łaknienie, ilość spożywanych pokarmów, stan przewodu pokarmowego i serca, ilość i zachowanie się moczu. Za pomyślną oznakę uważamy pojawienie się we krwi licznych normoblastów i leukocytozy, za niepomyślną brak normoblastów i leukopenię.

Leczenie. Niedokrwistość złośliwa rzekoma ustępuje nieraz zadziwiająco szybko, jeżeli się wykryje i usunie przyczynę, o ile to oczywiście możliwe. Dlatego też, jeżeli w stolcach wykryjemy czerwie albo ich jaja, wskazanem będzie leczenie czerwiogubne. Gdzie nowotwór jest przyczyną niedokrwistości złośliwej, tam dążyć trzeba do tego, by go doszczętnie usunąć zapomocą operacyi. Jeżeli kiła jest przypuszczalną lub wykazalną podstawą, wtedy uzyskać można poważny wynik ostrożnem leczeniem przeciwkiłowem.

I w niedokrwistości złośliwej prawdziwej uwzględnienie etyologii jest w leczeniu koniecznym warunkiem powodzenia. Staranne uwzględnienie wszelkich wpływów szkodliwych, które mogły ją wywołać, a więc zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, przewlekłych krwotoków, zatruć, ciąży wielokrotnych, karmienia dzieci, niehigienicznego życia i t. d. jest warunkiem głównym należytego leczenia. W praktyce rzecz ta natrafia oczywiście na wielkie trudności i dlatego należyte leczenie jest możliwe tylko w zakładach zamkniętych. Chorego takiego kładzie się do łóżka i zaleca mu się zupełny spokój conajmniej przez kilka tygodni, stara się o obfity dopływ świeżego powietrza i reguluje się dyetę, która składać się powinna z pokarmów lekko strawnych i posilnych, często, a w małych ilościach podawanych.

Odżywcze lawatywy są często u takich chorych bardzo pomocne. Z leków podajemy przy braku HCl środki gorzkie, odwar kory chinowej, kwas solny rozcieńczony, naturalny sok żołądkowy „Gasterine" (3 łyżeczki dziennie), a ze środków wpływających na poprawę mieszaniny krwi przedewszystkiem arsen, który jest naszym najdzielniejszym środkiem w tej chorobie, wewnętrznie, a jeszcze lepiej podskórnie. W tym celu wedle rady Ziemssena rozpuszczamy 1 gm czystego kwasu arsenawego w 5 c^3 normalnego ługu sodowego przez zagotowanie, dopełniamy wodą przekroploną do 100 c^3 i następnie sączymy; z roztworu tego początkowo wstrzykujemy $^1/_{10}$ c^3 (= 1 mg *ac. arsenicosi)*, stopniując powoli aż do 1 c^3. Z przetworów gotowych wstrzykujemy *sol. arsen. Pearsoni*, z organicznych zaś związków arsenu *arsycodile* Leprincea, *néoarsycodile*, *cacodylat de soude* Clina, arrhénal, atoxyl i t. d. Żelaza nie polecamy, ponieważ skuteczność jego w tej chorobie jest bardzo wątpliwa; jedynie w okresach zdrowienia możnaby próbować łatwo strawnych organicznych związków żelaza. Francuzi zachwalają w tej chorobie wdychiwania tlenu. Nadto zmiana klimatu, pobyt nad morzem, w południowych okolicach, w lecie w górach, może wesprzeć skutecznie nasze lecznicze zabiegi.

W okresach daleko posuniętych stosujemy środki skrzepiające (*analeptica*), podskórne lub śródżylne wstrzykiwania krwi wedle Ziemssena, przetaczanie krwi (Quincke, Ewald). W miarę poprawy przechodzi się do dyety trudniej strawnej, zaleca się miesienie, kąpiele, gimnastykę i t. d. Po całkowitem nawet wyzdrowieniu powinien chory pozostawać jeszcze czas dłuższy w ciągłej opiece lekarskiej, a ta opieka ma polegać na starannem usuwaniu tych wszystkich wpływów szkodliwych, które niedokrwistość wywołać mogły; krew bowiem chorych takich jest zawsze *punctum minoris resistentiae* i dlatego przy powrocie w warunki dawniejsze może nawrót odrazu nastąpić.

Grawitz w tak zw. jelitowej postaci niedokrwistości złośliwej postępującej, która wedle niego ma być najczęstszą, zaleca dyetę roślinną, lawatywy odżywcze i doradza bardzo zalecane przez Sandoza przepłukiwania żołądka i jelit letnim roztworem soli kuchennej. Takie przepłukiwania jelit wykonywa się zapomocą daleko wsuniętego miękkiego cewnika jelitowego, początkowo raz na dzień, później rzadziej, dopóki objawy zatrucia jelitowego nie ustąpią; równocześnie celem wzmocnienia ich działania podaje Grawitz wewnętrznie tak zwane środki przeciwgnilne jelitowe, jak mentol, kreozot, resaldol, salol i t. d., nadto poleca pić w dużej ilości limonadę cytrynową. Do środków zaś, wpływających na krew, przechodzi dopiero po 2—3 tygodniach tego leczenia, kiedy podmiotowy stan chorego jest już lepszy, waga zaczyna wzrastać, ilość moczu zwiększa się, ilość indykanu zaś spada.

III. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Zestawienie wszystkich przypadków róży z ostatnich lat dziesięciu, leczonej w oddziałach skórnych, oraz uwagi ogólne i lecznicze, na tem zestawieniu oparte.

Podał
Dr. J. Krzyszkowski
prymaryusz oddziału.

(Dokończenie.)

Kobiet zapada znacznie więcej na różę, niż mężczyzn. Kobiet leczono 555, czyli 14·6%, — mężczyzn 240, czyli 5·4%.

Ten sam fakt powtarza się i w przypadkach, powstałych w samym szpitalu. Następnie z tej samej rubryki widzimy, że z oddziałów szpitalnych najwięcej róży dostarczył oddział kobiecy oczny (79), potem kobiecy chirurgiczny (27) Liczby otrzymane z innych oddziałów nie są miarodajne, gdyż mieszczą się w nich także przypadki nieraz mylnie — z powodu gorączki lub bredzenia na nie przyjęte. Również zaznaczyć wypada, że w protokolach z lat dziesięciu znalazłem tylko dwa przypadki róży, powstałej w oddziale skórnym męskim, a trzy w oddziale skórnym kobiecym.

Co do umiejscowienia, to przeważna większość wszystkich zasłabnięć, tak u kobiet, jak i u mężczyzn, dotyczy twarzy i głowy. Róża kończyn jest rzadsza, ale i tu kobiety znacznie przeważają, bo podczas gdy u mężczyzn mieliśmy przypadków zajęcia kończyn 9, czyli 3·7%, to u kobiet było ich aż 105, czyli 18·9%. Zajęcie tułowia zauważyliśmy u mężczyzn 19 razy, czyli 7·9%, — u kobiet 24 razy, czyli 4·3%; zajęcie, to raz tylko z róży kończyny górnej powstałe, było zawsze następstwem róży wędrującej z twarzy i głowy; ponadto mieliśmy dwa przypadki róży sutka u kobiet, oba ciężkie, a jeden przypadek róży moszen; ten był śmiertelny. Róża z umiejscowieniem na kończynach, jako skłonna do przejścia w ropowicę, była zawsze cięższa. Bliższe zaś rozmieszczenie tych przypadków przedstawia się w następujący sposób: u mężczyzn na 9 przypadków była zajęta kończyna górna 2 razy, dolna 7 razy; u kobiet zaś na 105 przypadków mieliśmy zajętą kończynę górną 3 razy, dolną 102 razy; a z tego znów były zajęte: podudzie 79 razy, stopa 12, udo 9, okolice kolan 2 razy. — Do tych wszystkich przypadków przyłączyły się powikłania chirurgiczne, u mężczyzn 19 razy czyli 7·9%, u kobiet 33 razy czyli 5·9% Zarazem muszę zaznaczyć, że u mężczyzn mieliśmy kilka razy ropnie na twarzy, głowie i brodzie, podczas gdy u kobiet wystąpiły one tylko na kończynach dolnych.

Przypadków z zejściem śmiertelnem było u mężczyzn 10, czyli 4·1%, u kobiet 20, czyli 3·6%. Ta rubryka ma znaczenie tylko dla śmiertelności wogóle; wniosków co do leczenia z niej wysnuwać nie można. Przekonać się o tem możemy, przeglądając poniżej załączone, szczegółowe zestawienie wszystkich przypadków śmiertelnych w obu oddziałach.

Mężczyźni:

Lat *60. Erysip. faciei gravis. Sepsis.*
„ *24. Erysip. migrans gravis. Indiv. scroph. Oedema epiglottidis.*
„ *41. Erysip. gravissimum — Vitium cordis.*
„ *46. Erysip. capitis. Sarcoma inoperabile maxillae.*
„ *45. Erysip. capitis. Tuberc. pulm. Cachexia — Sepsis.*
„ *64. Erysip. crurum. Marasmus senilis. Tbc. intestinorum.*
„ *65. Erysip. migrans. Marasmus senilis. Pyaemia.*
„ *76. Erysip. migrans. Pneumonia crouposa.*
„ *52. Erysip. scroti. Cirrhosis hepatis. Hydrops anasarca. Sepsis. In agonia.*
„ *30. Erysip. migrans. Alkoholismus.*

Kobiety:

Lat *30. Erysip. faciei gravis — Sepsis.*
„ *43. Erysip. faciei et capitis — Sepsis.*
„ *67. Erysip. faciei, trunci migrans — Sepsis.*
„ *56. Erysip. femoris — nephritis chronica — Hydrops anasarca.*
„ *25. Erysip. cruris — Pneumonia purulenta.*
„ *78. Erysip. cruris — Marasmus. In agonia.*
„ *38. Erysip. cruris phlegmonosum — Pyaemia.*
„ *70. Erysip. faciei — Marasmus senilis.*
„ *37. Erysip. faciei. Pneumonia lobularis — Sepsis.*
„ *80. Erysip. frontis — Marasmus senilis.*
„ *30. Erysip. faciei. Ulcera laryngis et pharyngis post phlegmonem.*
„ *55. Erysip. faciei — Cirrhosis hepatis. In agonia.*
„ *40. Erysip. faciei — Vitium cordis. In agonia.*
„ *68. Erysip. migrans — Marasmus senilis, Sepsis.*
„ *70. Erysip. faciei. Myocarditis. In agonia.*
„ *72. Erysip. cruris phlegmonosum. Marasmus.*
„ *77. Erysip. faciei migrans trunci. Pyaemia.*
„ *18. Erysip. faciei. Tbc. pulm., hepatis et intestinorum.*
„ *40. Erysip. migrans trunci. Phlegmone laryngis — Oedema epiglottidis.*
„ *60. Erysip. faciei. Atheromatosis universalis. Decubitus. Sepsis.*

Z zestawienia powyższego widzimy, że niektóre przypadki, jako przyjęte już podczas konania nie były całkiem leczone. Z leczonych przypadków kończyły się niepomyślnie przeważnie te, w których czy to z powodu podeszłego wieku, czy to z powodu innych wad nabytych, każde najlżejsze zakażenie wziąć mogło niepomyślny obrót; pozostała zaś reszta jest zbyt małą, aby można było z niej wyciągać krytyczny wniosek.

Leczenie wszystkich przypadków trwało przeciętnie u mężczyzn 9·79 dnia, u kobiet 12·32 dnia; a przypadków niepowikłanych u mężczyzn 8·94 dnia, u kobiet 11·62 dnia. Ten mały wpływ powikłań na przeciętną dni leczenia jest pozorny, a wywołany krótkim pobytem chorych w oddziale, przenoszonych później na inne oddziały. Leczenie kobiet trwało przeciętnie o dwa i pół dnia dłużej, niżeli leczenie mężczyzn.

Streszczając to wszystko widzimy, że przeszło dwa razy więcej kobiet zapada na różę, aniżeli mężczyzn; że u kobiet spotykamy znacznie częściej różę kończyn, a tem samem mamy u nich do czynienia z liczniejszymi przypadkami, okazującymi skłonność do ropienia. U mężczyzn mieliśmy więcej przypadków róży wędrującej, więcej powikłań chirurgicznych, więcej przypadków śmierci; a natomiast leczenie róży u mężczyzn trwało przeciętnie krócej, aniżeli u kobiet. Różnice te nie są wielkie, — stanowią 2—3% lub 2—3 dni.

Wyniki, otrzymane odmiennemi metodami leczenia, są dobre i do siebie zbliżone. Świadczą one, że w obu oddziałach leczono bardzo starannie i że żadna z metod *a limine* nie jest do odrzucenia. Różnice, otrzymane obydwoma metodami, są tak małe, że mogą być prawie sprowadzone do roli przypadku; ale ponieważ są i ponieważ w założeniu zaznaczyłem, że w leczeniu szpitalnem chodzi nam oprócz dobroci i szybkości, o taniość i poręczność, przeto pozwolę sobie jeszcze na krótkie omówienie obu metod i na wyrażenie mych zapatrywań na nie, względnie na leczenie róży wogóle.

Za podstawę do mych obliczeń użyłem przeciętnej z dni pobytu chorych i częstości występujących powikłań. Otóż przedewszystkiem nasuwa się pytanie, czy pewna metoda w leczeniu róży może wpłynąć na czas trwania leczenia? Odpowiedź na to dają nam tablice. U mężczyzn, u których stosowano ciągle jedną tylko metodę, przeciętne liczby, otrzymane z każdego roku, są prawie jednakowe; natomiast u kobiet, gdzie okresowo stosowano różne sposoby, różnice te, — zależnie od stosowanych metod, — są znaczniejsze. Na tej więc podstawie wpływ metody stosowanej na liczbę dni leczenia nie da się zaprzeczyć. Skoro raz uznamy tę

wzajemną zależność za istniejącą, to z kolei rzeczy nasuwa się pytanie, czy dłuższe leczenie kobiet należy poczytać na niekorzyść metody stosowanej w tym oddziale, czy też złożyć na karb innych ubocznych względów.

Leczenie lokalne róży głowy u kobiet z powodu bujnego porostu włosów napotyka na wielkie trudności. Podczas gdy u mężczyzn w każdym przypadku róży głowy pozwalamy sobie na krótkie strzyżenie włosów, u kobiet nie stosuje się tego prawie nigdy; niema więc mowy o użyciu jakichkolwiek środków, wpływających ujemnie na rozwój drobnoustrojów, a nawet stosowanie zwykłego leczenia przeciwzapalnego nie jest zbyt dokładne. Dłuższe więc o parę dni leczenie kobiet mogło być tedy zależnem nietyle od stosowanej metody, ile od samego „ja“ kobiety; to też ta niewielka różnica przeciętnej z dni leczenia nie powinna być braną w rachubę przy ocenianiu dobroci stosowanej metody.

Inaczej rzecz się ma z częstością powikłań.

U mężczyzn mieliśmy o 2% więcej powikłań chirurgicznych, niż u kobiet, jakkolwiek u tych ostatnich z powodu znacznie częstszych przypadków róży kończyn należałoby się spodziewać ich częściej. Nie chcąc faktu tego uważać za przypadek i nie znajdując innego wytłómaczenia, musimy odnieść go do mechanicznego działania wcierań w otoczenie.

Rozlokowanie drobnoustrojów przy róży w głębi skóry i tkanki podskórnej może się znajdować nieraz na większej przestrzeni, niż na to wskazuje zewnętrzne odgraniczenie. Nacieranie więc otoczenia pozornie zdrowego, choćby najsubtelniej przeprowadzone, może z jednej strony skutkiem mechanicznego uszkodzenia ścian naczyń chłonnych dać powód do wystąpienia ropni, które też w siedmiu przypadkach wystąpiły u mężczyzn na nosie, powiekach, brodzie i głowie, a których u kobiet nie spotykałem ani razu; z drugiej strony miesienie może przyczynić się do dalszego szerzenia się róży, do wystąpienia róży wędrującej, którą też o 3% częściej spotykamy u mężczyzn, aniżeli u kobiet.

Pozostaje jeszcze do omówienia taniość i poręczność metod leczenia.

Częste zmywanie alkoholem miejsc zajętych różą nie jest tanie; a ponieważ nie może ono, jako powierzchowne wpłynąć ujemnie na rozwój drobnoustrojów w skórze i tkance podskórnej, przeto uważam je za zbyteczne. Jest ono zarazem tak, jak wcieranie maści antyseptycznych w otoczenie, nieporęczne, wymaga bowiem obecności lekarza albo zaufanego i sprytnego pomocnika. Pendzlowanie mieszanką ichtyolowo-kreolinowo-kolodyonową, jakkolwiek nie może działać hamująco na rozwój drobnoustrojów w skórze, to jednak wpływa dodatnio na przebieg leczenia róży, działając przyspieszająco na ustępowanie obrzęku i następowego zasinienia skóry. Jest niedrażniące, niebolesne, tanie i bardzo poręczne; da się wygodnie zastosować nawet na twarzy. Ujemną stroną tego pendzlowania jest tylko zaciemnienie pola obserwacyjnego i konieczna strata czasu, potrzebna na usunięcie wytworzonej skorupy przed wypuszczeniem chorego.

Z kolei rzeczy poświęcę parę słów stosowaniu okładów lodowych i okładów z płynów lekko ściągających. Ponieważ nie możemy liczyć na to, aby octan glinowy wnikał w głąb skóry i aby działał hamująco na rozwój drobnoustrojów, przeto nie możemy okładom z płynu Burowa przypisywać swoistego działania na różę. Działanie ściągające tego płynu ogranicza się tylko do powierzchownych warstw naskórka i jest rzeczywiście dobre przy róży pęcherzykowej *(erysipelas vesiculosum et bullosum)*. Przy zwykłych różach, a zwłaszcza na miejscach popendzlowanych kolodyonem, płyn Burowa może być z równym skutkiem zastąpiony okładami lodowymi. Zimne okłady (lodowe) jako takie koją ból, działają hamująco na rozwój drobnoustrojów i są nieocenione przy róży twarzy, a zwłaszcza róży głowy, gdzie zwykle przychodzi do podrażnienia opon mózgowych.

Opierając się więc na powyższych zestawieniach wyników dotychczasowego leczenia i na patologii róży uważam, że leczenie miejscowe róży powinno być o ile możności łagodne; wszelkie nacierania nietylko miejsc zajętych, lecz i ich otoczenia, są przeciwwskazane. Zmywanie alkoholem może być zaniechane, stosowanie wszelkich środków w formie pendzlowań jest nieszkodliwe, a specyalnie pendzlowanie ichtyol-kolodyonem działa dodatnio, przyspieszając ustępowanie obrzęku. Okłady z płynów lekko ściągających są uzasadnione przy formach róży pęcherzykowych i powinny być stosowane na skórze niczem nie popendzlowanej. Zimne okłady lodowe działają wogóle bardzo dobrze.

Przy stosowaniu zimnych okładów nasunęło mi się mimowoli pytanie, o ile są uzasadnione zapatrywania dawnych lekarzy, którzy, bądź co bądź, umieli dobrze spostrzegać, że róży nie należy „ani zamoczyć, ani przeziębić“. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że zimno zmniejsza miejscową leukocytozę, a ciepło ją zwiększa, i skoro wiemy, jak ważną rolę w walce organizmu z drobnoustrojami odgrywają leukocyty, — to mimowoli budzi się myśl, czy gorące i rozgrzewające okłady nie byłyby więcej wskazane w leczeniu róży, aniżeli zimne.

Powodując się tedy tem teoretycznem rozumowaniem, zacząłem — z dobrym wynikiem — stosować w przypadkach róży kończyn jużto same gorące słone okłady, jużto z równoczesnem, lokalnem zastosowaniem estrów jodowych *(jothion i resorbol)*.

Wyników tego leczenia, przeprowadzonego wprzód na większej liczbie przypadków, nie omieszkam ogłosić w przyszłości.

IV. Z kliniki laryngologicznej prof. Pieniążka w Krakowie.

Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej.

Podał
Dr. Franciszek Nowotny
Asystent kliniki.

(Dokończenie).

Lepsze już bywają wyniki leczenia zmian następowych, a mianowicie blizn. Blizny, o ile występują w postaci listew, przegradzających światło tchawicy i oskrzeli lub w postaci fałdów półksiężycowatych lub pierścieniowatych, dają rokowanie dobre. Usuwamy je przy pomocy tracheo- i broncho-

skopii górnej, podobnie jak blizny, wytworzone na tle twardzieli. Blizny tego rodzaju powstają albo po rozpadłych kilakach lub też po owrzodziałych naciekach, które zajmowały nieznaczną przestrzeń błony śluzowej tchawicy.

Nacieki rozlane, zajmujące tchawicę i oskrzela na większej przestrzeni, pozostawiają po sobie albo bliznę twardą, niepodatną, zajmującą na dłuższej przestrzeni tchawicę i oskrzela, albo też cały szereg czyto przyściennych promienistych blizn, czyto pojedynczych listewek, przecinających w różnych kierunkach światło tchawicy i oskrzeli. Ta ostatnia postać daje rokowanie dobre: zwężenie usunięte być może przy pomocy tracheo- i bronchoskopii górnej; inne postacie wymagają już tracheotomii i następowego rozszerzania przy tracheo- i bronchoskopii dolnej. Leczenie to z powodu rozległości blizn bywa żmudne i długie.

Przy naciekach rozlanych, zajmujących znaczną przestrzeń błony śluzowej tchawicy, a które, częściowo rozpadając się, wytwarzają ściągające blizny, leczenie jest trudne; ściągająca blizna wymaga rozszerzania, co znowu niekorzystnie wpływa tak na owrzodzenia, jak i na naciek. W przypadkach tych, szczególnie przy silniejszem zwężeniu, konieczna jest tracheotomia; założona rurka (kaniula) ułatwia oddech, a zarazem rozszerza blizny. Działanie zaś jej niekorzystne na owrzodzenia lub naciek wobec bezpośredniego niebezpieczeństwa, jakie wywołuje znaczniejsze zwężenie, schodzi na plan drugi Do rozszerzania blizn zapomocą tracheo- i bronchoskopii górnej przystępujemy dopiero wtedy, gdy przypuszczać możemy, iż obok blizn nie natrafimy na świeże nacieki. Nacieki, zarówno ograniczone, jak i rozlane, istniejące równocześnie z bliznami, stanowią przeciwwskazanie do tracheo- i bronchoskopii. Sposób usuwania zwężeń, wywołanych przez wytworzenie się listew pojedynczych, fałdów, półksiężycowato lub pierścieniowato obejmujących światło tchawicy, omówiłem już przy twardzieli; blizny przyścienne, zajmujące na dłuższej przestrzeni tchawicę, rozszerzamy przy tracheo i bronchoskopii górnej przeprowadzeniem tracheo- i bronchoskopu przez miejsce zwężone. Leczenie to będzie przeważnie długie, może nawet wieloletnie, niejednokrotnie jednak uwieńczone dobrym wynikiem

Pouczającym przykładem jest przypadek następujący: U kobiety 30 letniej w 4 lata po zakażeniu się kiłą powstały zmiany trzeciorzędne, a mianowicie kilak rozpadający się na tylnej ścianie gardła i zwężenie oskrzela prawego. Do rozszerzania oskrzela prawego przystąpiono dopiero po wygojeniu się wrzodu w gardle, w przypuszczeniu, iż równocześnie uległ także wessaniu naciek, zwężający oskrzele, pozostawiając bliznę. Przy tracheo- i bronchoskopii górnej stwierdzono: błona śluzowa dolnego odcinka tchawicy zaczerwieniona, obrzmiała; od strony prawej fałd półksiężycowaty zwężający światło tchawicy i pokrywający wejście do oskrzela prawego; fałd ten jest chrząstkowato twardy; oskrzele prawe widać w postaci małego, około 3 mm średnicy mierzącego otworu; klin podziałowy obrzmiały. Przez pierwsze 5 miesięcy rozszerzano oskrzele prawe przy pomocy tracheo- i bronchoskopii górnej. Z powodu nagłego pogorszenia się musieliśmy wykonać tracheotomię i rozpocząć leczenie zapomocą tracheo- i bronchoskopii dolnej. Obok zwężenia oskrzela prawego rozwinęło się także zwężenie lewego Jednego dnia stan był tak groźny, iż na sinej i nieprzytomnej już chorej przystąpić musiałem natychmiast do energicznego rozszerzania oskrzeli, szczególnie prawego. Zwężenie prawego oskrzela usunąłem łyżeczką ostrą, przerywając nią bliznę która zwężała światło,— szczypczykami, którymi usunąłem zwisające strzępy przerwanej blizny, wreszcie wprowadzeniem coraz grubszych bronchoskopów, zwężenie zaś oskrzela lewego zapomocą cewnika i bronchoskopu Wklaczającą się od strony prawej ku światłu tchawicy ostatnią chrząstkę tchawiczą usunąłem przy pomocy łyżeczki ostrej podwójnej (Doppelkürette) i ostrych szczypczyków. Następowe leczenie polegało na rozszerzaniu oskrzela prawego, częściowo zapomocą cewników, głównie atoli przez przeprowadzanie przez zwężone miejsce bronchoskopów.

W przypadku tym zmiany składały się częściowo z wytworzonych już blizn, częściowo ze świeżych nacieków. Obok pierścieniowatego bliznowatego zwężenia oskrzela prawego było wgniecenie ostatniego pierścienia tchawicy, będące skutkiem bliznowatego przeobrażenia nacieku okołotchawiczego. Obok tego powstał naciek, który zajmował prawdopodobnie gruczoł limfatyczny, usadowiony pod klinem podziałowym. Gruczoł ten podniósł ku górze zrazu klin podziałowy, później zaś i całe oskrzele lewe, wypychając jego dolną ścianę ku górze. Nigdy zresztą badanie w tracheo- i bronchoskopie nacieków ścian nie wykazało. Zwężenie oskrzela lewego wystąpiło dopiero podczas rozszerzania oskrzela prawego, w kilka dopiero miesięcy po wygojeniu się wrzodu w gardle.

Z innych przyczyn, wywołujących zwężenie tchawicy lub oskrzeli, wymienić należy p o w i ę k s z o n e g r u c z o ł y okołotchawicze i okołooskrzelowe. Przyczyną takiego powiększenia jest przeważnie gruźlica gruczołów, rzadziej sprawy zapalne, toczące się w ich otoczeniu.

Tracheo- i bronchoskopia górna pomoże nam niejednokrotnie zarówno rozpoznać przyrodę cierpienia, jak i wysnuć wskazówki do leczenia. I tak w jednym przypadku u chłopca 9-letniego dokładny obraz zwężenia, dostrzeżony przy tracheoskopii górnej, dopomógł nam napewno rozpoznać powiększenie gruczołu limfatycznego z następowem ugnieceniem tchawicy; zwężenie wywołane było tylko ograniczonem guzowatem wpukleniem ściany tylnej i lewej. Wskazówki co do leczenia może nam dać tracheo- i bronchoskopia górna pod tym względem, iż według wejrzenia błony śluzowej możemy rozstrzygnąć, czy wcześniej lub później zagraża przebicie, do czego dopomódz też może zbadanie miejsca wpuklonego przy pomocy zgłębnika. Przebicie do światła tchawicy zdarza się w toku gruźlicy gruczołów.

Jeżeli na podstawie badania zapomocą tracheo- i bronchoskopii górnej należy choćby tylko przypuszczać możliwość wczesnego już przebicia błony śluzowej, to wykonać powinniśmy tracheotomię. Po tracheotomii możemy przy tracheoskopii i bronchoskopii dolnej dokładniej spostrzegać przebieg choroby, a na wypadek nagłego przebicia zmniejsza się znacznie niebezpieczeństwo zatkania dróg oddechowych dostającemi się do dróg oddechowych masami serowatemi. Najczęściej przyczyną śmierci bywa ugrzęźnięcie tych mas w wązkiej dziecięcej krtani; rzadziej już masy takie zatykają, uwięznąwszy w dole tchawicy, równocześnie oba oskrzela. Po tracheotomii masy te może chory łatwo wykrztusić; jeżeli masy te zatkają oskrzela, wtedy dadzą się u chorych tracheotomowanych szybko usunąć przy tracheo- i bronchoskopii dolnej.

Znaczne zwężenie tchawicy wymaga tracheotomii z następowem przeprowadzeniem rurki elastycznej poza miejsce zwężone. Rurka odsuwa powiększony gruczoł. Przy obrzmieniach gruczołów przyrody zapalnej leczenie to, połączone równocześnie z ogólnem leczeniem wzmacniającem, sprawić może znakomity skutek. Ale nawet, jak sądzę, i przy zmianach gruźliczych zdola leczenie miejscowe i ogólne spowodować niekiedy zmniejszenie się gruczołu, a nawet miejscowe wyleczenie przez wytworzenie się tkanki łącznej.

W takich przypadkach, w których na podstawie tra-

cheo- i bronchoskopii dolnej przypuścić możemy rychłe przebicie gruczołu do światła tchawicy lub oskrzeli, możemy odpowiedniemi zabiegami przebicie to przyspieszyć i postarać się o to, by przebicie to nastąpiło w naszych oczach w tracheoskopie. Dla otwarcia zmienionego gruczołu należałoby użyć ostrej łyżeczki; masy serowate można usuwać łyżeczką lub szczypczykami. Sposobu tego użyliśmy u jednej z naszych chorych, u której tak obraz tracheoskopowy, jak i cały przebieg choroby przemawiał za uciskiem tchawicy i oskrzela przez powiększony gruczoł limfatyczny. Kiedy już powierzchnia wpuklenia ściany tchawicy częściowo uległa obumarciu, usunęliśmy strzępki tkanki obumarłej ostrą łyżeczką, by przyspieszyć przebicie. Z powodu jednak mylnego rozpoznania doznaliśmy zawodu, był to bowiem tętniak, coprawda wrzekomy, którego ściany tworzył pakiet zrośniętych ze sobą i otoczonych torebką włóknistą gruczołów limfatycznych.

Sądzę, iż w przyszłości tracheo- i bronchoskopia, tak górna, jak i dolna, oddać nam mogą w tych przypadkach pewne usługi.

W ostatnim wreszcie czasie użyłem tracheoskopii górnej w przypadku następującym. U chłopca 4-letniego z wyraźnymi objawami krzywicy, z głową pochyloną ku stronie prawej, ze skrzywieniem bocznem kręgosłupa wklęsłością ku stronie prawej, już od dłuższego czasu występować miała od czasu do czasu duszność, silne zaś jej napady na trzy dni przed przyjęciem chorego na klinikę. Przechylenie głowy na stronę prawą datować się ma od pół roku. W dniu badania przy pochylonej głowie zwężenie wyraźne, stałe, przy najmniejszem usiłowaniu wyprostowania głowy lub przy płaczu silny napad duszności. Badanie lusterkiem krtaniowem było z tego powodu wprost niemożliwe.

W celu rozpoznawczym przystąpiłem wprost do tracheoskopii górnej. Tracheoskop wprowadziłem bez żadnego znieczulenia u chorego siedzącego, poczem dopiero ułożyłem chorego na wznak. Badanie to wykazało, iż przyczyną zwężenia jest wpuklanie się lewej ściany tchawicy. Po przeprowadzeniu tracheoskopu do wysokości klina podziałowego tchawicy zwężenie ustąpiło, dziecko oddychało zupełnie swobodnie. Przyczyna ugniecenia tchawicy pomimo tracheoskopii pozostała nieznaną. Samo skrzywienie kręgosłupa takiego ugniecenia wywołaćby nie mogło, równoczesne zaś obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej przemawiało za jakąś sprawą zapalną, toczącą się w otoczeniu. Przypuszczać możemy, iż był to powiększony gruczoł limfatyczny. Należało w każdym razie usunąć zwężenie. Wobec obrzmienia błony śluzowej tchawicy dłuższa tracheoskopia wywołaćby mogła zwiększenie się obrzmienia tak, iż po wyjęciu tracheoskopu mógłby wystąpić natychmiast bezdech, tracheotomię trzebaby wykonać wtedy nadzwyczaj szybko, niebezpieczeństwo uduszenia się dziecka w razie jakichkolwiek przeszkód przy tracheotomii było bardzo blizkie; niebezpieczeństwo to atoli nie byłoby usunięte nawet wtedy, gdyby po tracheoskopii duszność się nie zwiększyła. Polegałoby ono wtedy na tem iż wskutek rzucania się dziecka przy tracheotomii mógł tak samo natychmiast powstać bezdech; to samo powstałoby również, gdyby próbować uśpienia, co i tak wskutek dość znacznego stałego zwężenia było przeciwwskazane. Zresztą mógłby bezdech wskutek rzucania się dziecka łatwo powstać już na początku uśpienia.

Dziecko przy tracheoskopie, przeprowadzonym aż do klina podziałowego, oddychało zupełnie swobodnie. Korzystając z tego, wykonałem tracheotomię na tracheoskopie; tracheotomię mogłem dzięki temu wykonać zupełnie spokojnie, powoli, nie obawiając się już krwotoku, ani żadnego powikłania; czując tracheoskop pod palcami mogłem przecinać warstwowo tkanki i otworzyć tchawicę. Dopiero po przecięciu samej tchawicy wyjąłem tracheoskop i założyłem rurę elastyczną, sięgającą aż do klina podziałowego. Ten sposób wykonania tracheotomii może w przypadkach, podobnych do opisanego, a więc przy znacznych zwężeniach z ugniecenia, oddać pewne usługi, przy pomocy bowiem tego sposobu wykrywamy przyczynę zwężenia i ułatwiamy sobie tracheotomię; gdybyśmy ją wykonali wtedy wprost zwykłym sposobem, narazilibyśmy chorego na groźne niebezpieczeństwo uduszenia.

Tracheoskopia górna oddać nam może pewne usługi przy guzach, uciskających tchawicę, szczególnie przy wolu. Jeżeli wtedy ujrzymy w tracheoskopie, iż ściany tchawicy nie są zwiotczałe, to spodziewać się należy, iż po usunięciu uciskającego tchawicę guza zwężenie ustąpi. Gdyby podczas operacyi zagrażała lub powstała znaczna duszność, moglibyśmy wykonać operacyę przy wprowadzonym tracheoskopie, przesuniętym poza zwężenie. W ten sposób uniknąć możemy tracheotomii, która niekorzystnie wpływa na gojenie się rany pooperacyjnej. Jeżeli ściany tchawicy są zwiotczałe, to przed usunięciem wola należałoby wykonać poprzednio tracheotomię, usuwając w ten sposób niebezpieczeństwo nagłej śmierci przez zapadnięcie się tchawicy.

Jakie jeszcze inne usługi będzie oddawać tracheo- i bronchoskopia górna, obecnie przewidzieć jeszcze nie można; jest to metoda, używana dopiero od krótkiego czasu przez niewielu lekarzy, wymagająca znacznej wprawy. Że z tracheo- i bronchoskopii możemy spodziewać się dalszych jeszcze korzyści, na to naprowadza mnie przypadek, który spostrzegałem wspólnie z prof. Pieniążkiem.

U dziecka $2^1/_2$-letniego wystąpiło nagłe utrudnienie oddechu, a zwłaszcza wydechu; przy wydechu obok zblizka słyszalnego szmeru zwężenia, stwierdzić było można na klatce piersiowej suche szmery wydechowe. Przypuszczać tu było można ciało obce w tchawicy. Prof. Pieniążek przystąpił po uśpieniu dziecka do tracheoskopii górnej; badanie to wykazało, iż dolna część tchawicy, jej klin podziałowy oraz oba oskrzela są bardzo silnie zaczerwienione, ich błona śluzowa jest obrzmiała; w oskrzelach trochę śluzu białego, który usunięto wacikiem dla obejrzenia części głębszych; ciała obcego nie znaleziono. Obrzmienie było tak znaczne, że już początki oskrzeli były wyraźnie zwężone. U dziecka tego już drugiego dnia oddech stał się lekki, znikły także wszystkie objawy nieżytu. Prof. Pieniążek wraz z prof. Jakubowskim uznali tę całą sprawę za napad dychawicy, która to choroba, choć rzadko, ale przecież czasami i u tak małych dzieci się zdarza.

W przypadku tym zostało zatem podczas napadu dychawiczego stwierdzone zapomocą wzroku obrzmienie błony śluzowej oskrzeli głównych i klina podziałowego tchawicy; prawdopodobnie była również obrzmiałą błona śluzowa bocznych gałęzi oskrzeli. Wynik ten tracheoskopii przemawia przeciw przypuszczeniu, iż napady dychawicy oskrzelowej powstają pod wpływem kurczu okrężnych włókien mięsnych

w gałązkach oskrzelowych, nie posiadających chrząstnych pierścieni, lecz tylko ściany błoniaste, tj. w oskrzelkach.

Jeśli przyjmiemy, że napad dychawicy wywołany jest obrzmieniem błony śluzowej oskrzeli tak głównych, jak i bocznych, to tracheo- i bronchoskopia górna może nam i w tych przypadkach oddać pewne usługi. Przedewszystkiem pozwoli ona nam dokładnie obejrzeć nawet wejścia do oskrzeli trzeciorzędnych, bardzo być zaś może, iż zastosowanie z pomocą tracheoskopu kokainy lub adrenaliny zdoła zmniejszyć obrzmienie błony śluzowej i przerwać napad dychawicy.

Leczenie dychawicy mogłoby polegać już na wstrzykiwaniu odpowiednich płynów do tchawicy pod kontrolą samego tylko lusterka krtaniowego, w tracheo- i branchoskopie należałoby jednak przedtem wypróbować takie leczenie.

Oto pokrótce opisane wyniki dotychczasowego zastosowania tracheo- i bronchoskopii górnej. Użyta pierwotnie przez Killiana do ciał obcych, tu też prawie wyłącznie była stosowaną, w dwu zaledwie przypadkach użyto jej do usunięcia nowotworów, w jednym przez Schröttera do usunięcia nacieków gruźliczych tchawicy, oraz do następowego leczenia zwężającej blizny. Zresztą używano tej metody tylko w celu rozpoznawczym.

Liczne przypadki zwężeń tchawicy i oskrzeli na tle twardzielowem, leczone na naszej klinice, pozwoliły nam rozszerzyć zastosowanie tego sposobu i na zwężenia przewlekłe. Wyniki takiego leczenia są zupełnie zadowalniające; dokładnie podałem je w „Archiv. f. Laryngologie“, Tom 17, zeszyt II. Zabiegi wykonywane były jużto przez prof. Pieniążka, jużto przezemnie.

Obok twardzieli stanowiły obfity materyał do tracheo- i bronchoskopii górnej zwężenia wskutek ciał obcych, kiły, wreszcie zwężenia wskutek ucisku.

V. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przypadek pubiotomii na wsi.

Podali

Dr. Herz i Dr. Kraus w Rzeszowie.

Na posiedzeniu Towarz. lekarzy-położników w Wiedniu, odbytem w dniu 16 maja b. r., zdał sprawę Gigli z Florencyi z 80 przypadków pubiotomii, operowanych z powodu znacznego stopnia zwężenia miednicy, a sprawozdanie jego wypadło na korzyść tej, w wielu przypadkach zbawiennej operacyi.

Jeżeli się uwzględni, że Gigli opierał swoje wywody na przypadkach, operowanych we wzorowo urządzonych klinikach, to uzasadnioną jest chęć nasza ogłoszenia przypadku pubiotomii, wykonanej jedynie przez nas dwóch, bez dalszej pomocy zawodowej, na wsi, w chacie wiejskiej. Dnia 17 października b. r wezwany został dr. Herz do *M. P.*, żony biednego rolnika w Łukawcu pod Rzeszowem, po raz wtóry rodzącej, u której przed rokiem wykonał kraniotomię na płodzie żywym z powodu znacznego zwężenia miednicy. Bole porodowe znalazł silne, pęcherz płodowy od kilku godzin pęknięty, główkę jednak wymacalną dokładnie nad wejściem do miednicy, przypartą do wchodu, twardą, dużą. Miednica okazała się znacznie zwężoną, a mianowicie wymiary wykazały Sp 20, Cr $23^1/_2$, Troch 26, C. ext. $16^3/_4$ [C. diag. nie można było zmierzyć]. Część pochwowa macicy była zanikła, a ujście rozwarte na wielkość pięciokoronówki [do wzgórka (*promontorium*) dostać się nie można było].

Od czasu przybycia na miejsce czekał dr. Herz kilka godzin; bole przez ten cały czas były silne, a główka nie zstępowała niżej, owszem obrysy jej stawały się przez powłoki brzuszne wyraźniejsze dla oka i dla dotyku; przystąpił tedy do założenia kleszczy, spodziewając się, że przecież może uda się urodzić w ten sposób płód żywy, tak bardzo przez otoczenie upragniony. Kiedy atoli kilkanaście pociągnięć nie wykazało żadnego skutku, wytłómaczył rodzinie, że jeżeli chcą koniecznie mieć żywe dziecko, a niedopuścić do robienia wymóżdżenia na płodzie żywym, muszą się zdecydować do pozwolenia zrobienia na rodzącej pubiotomii, do czego jednak potrzebna jest pomoc przynajmniej jeszcze jednego lekarza.

Po niedługim namyśle zdecydowano się na propozycyę dr. Herza i wysłano konie po dr. Krausa, po którego przybyciu dnia 18/X o godz. 9 rano przystąpiono natychmiast do uśpienia chloroformowego, do dezynfekcyi rodzącej i do operacyi według metody Döderleina, na zwykłym stole wieśniaczym, w chacie, nienależącej wcale do zamożnego kmiecia. Dr. Herz naciął skórę nad górnym brzegiem kości łonowej po stronie lewej od spojenia łonowego aż do kości, wprowadził przez ranę powstałą igłę Döderleina i po palcu, wprowadzonym do pochwy, przesunął ją tuż za powierzchnią kostną, aż do powierzchni skóry w wardze większej, w której znowu bisturem zrobił ranę, ażeby módz na igłę nanizać piłeczkę Gigliego. Przepiłowanie kości łonowej tem pomysłowem narzędziem okazało się bardzo łatwem; dwie babki wiejskie ściskały z obydwóch stron miednicę rodzącej, w której zaraz po przepiłowaniu kości nastąpił rozstęp na 2 palce szeroki. Tutaj musimy dodać, że podczas przepiłowania wystąpiły dwie niemiłe przypadłości: — jedna piłeczka złamała się po kilku pociągnięciach i musiano założyć drugą; powtóre — wystąpił znaczny krwotok z górnej rany. Po zatamowaniu krwotoku i przeprowadzeniu drugiej piłeczki, przystąpił dr. Kraus do urodzenia dziecka zapomocą kleszczy; po kilkunastu trakcyach silnych urodził się płód omdlały, który po przeszło godzinę trwających cuceniach udało się przywołać do życia. Rany obydwie zeszyto, łożysko wygnieciono po $^1/_2$ godzinnej przerwie sposobem Credégo, przekonano się, że nigdzie zresztą części rodne nie zostały uszkodzone, założono opaskę, silnie uciskającą miednicę, i przeniesiono położnicę do łóżka.

Płód płci mężkiej był dobrze rozwinięty, miał dużą twardą głowę.

Operacyę tę robiliśmy po raz pierwszy w życiu i to w warunkach o tyle niekorzystnych, że rzecz działa się w chacie wieśniaczej, a nie w dobrze urządzonej klinice. Wynik operacyi wprost zachwycił nas, a niemniej od nas zachwycona była rodzina rodzącej, która gorąco pragnęła ujrzeć żywe dziecko.

Dalszy przebieg w zupełności nas utrwalił w przekonaniu o zaletach operacyi, dającej możność ograniczenia wskazań do cięcia cesarskiego i pozwalającej się spodziewać, że z czasem kraniotomia na żywych płodach przy średniego stopnia zwężeniach zostanie wyrugowaną.

Położnica pozostawała w naszem spostrzeganiu przez przeszło cztery tygodnie. Oprócz krwiaka w wardze sromnej większej i podwyższonej przez to ciepłoty przez trzy dni do wysokości 38—38·5, — i oprócz utrudnienia w oddawaniu moczu w pierwszych kilku dniach, nie stwierdziliśmy żadnych ważniejszych powikłań. Kość łonowa dobrze się zrosła; w miejscu przepiłowania miewała położnica bole przez pierwsze trzy tygodnie, które jednakowoż bez leczenia ustały.

Dnia 1 grudnia b. r. odwiedził nas mąż operowanej z oświadczeniem, że zarówno dziecko, jak i matka mają się dobrze, że matka wstaje i chodzi potrochę koło gospodarstwa i że nic szczególnego ani w chodzie, ani w trzymaniu się zauważyć nie można.

Pubiotomię może zatem każdy praktykujący w położnictwie lekarz na prowincyi wykonać.

VI. Oceny i sprawozdania.

O zastosowaniu radu w okulistyce.

Sprawozdanie zbiorowe.

Podał

Doc. Dr. K. W. Majewski.

1) Greef: Über Radiumstrahlen und ihre Wirkung auf das gesunde und blinde Auge. (Deutsche Med. Wchschrift. Nr. 13. R. 1904). — 2) Darier: Radium et rayons X. (Clinique Ophtalm. Nr. 1. R. 1904). — 3) Cohn Weitere Bemerkungen über Behandlung des Trachoms mit Radium. (Berl. kl. Wchschrift. Nr. 8. R. 1905). — 4) Prof. B. Wicherkiewicz: Słówko w sprawie leczenia jaglicy zapomocą radium. (Postęp okulist. 1905. Nr. 6) — 5) Darier: Zur therapeutischen Anwendung des Radiums. (Die Ophtalm Klinik Nr 10. R 1905). — 6) Kirchner: Sur la supériorité au point de vue esthétique du traitement du cancer des paupières par le radium et technique de cette méthode (La Clinique ophtalmologique Nr. 15—16 R. 1905). 7) Valude: A propos du traitement des cancroïdes par la radiothérapie. (Annales d' oculistique. Nr. 8. 1905 R.)

Skoro tylko odkrycie materyi promieniotwórczej stało się głośnem w świecie naukowym, zajęły się niem niezwłocznie koła lekarskie, aby stwierdzić, czy nowo poznane własności takich pierwiastków, jak tor, uran, rad, aktinium, polonium, dadzą się w jakikolwiek sposób spożytkować w celu badania i leczenia chorób. Bromek radu, otrzymywany stosunkowo w największej ilości i posiadający największą siłę promieniotwórczą, stał się z natury rzeczy materyałem, z którym wykonywano doświadczenia na zwierzętach i ludziach. Popyt za tym przetworem wzmagał się z dniem każdym, przez co jego cena tak podskoczyła, że można już było obawiać się, iż ustaną w tym kierunku badania w pracowniach klinicznych i szpitalnych. Obecnie produkcya radu jest już na tyle uregulowaną, że za względnie przystępną cenę można dostać szczupłą ilość dostatecznie czystego przetworu ze siłą promieniotwórczą, wystarczającą jako tako do celów lekarskich.

Między lekarzami okuliści w pierwszym rzędzie zwrócili swą uwagę na nowo odkryty pierwiastek i zajęli się zbadaniem jego wpływu na zdrowe i chore oko. Zdolność świecenia, jaką posiada rad, mogła obudzić nadzieję, że nowo poznane promienie zdołają wzmocnić, jeśli nie przywrócić wzrok tym ciemnym, którzy nie mogą już korzystać ze światła zwyczajnego. Nie brakło badań w tym kierunku: Greef z Berlina przekonał się, że za zbliżeniem soli radu do oka w zupełnej ciemności odczuwamy niewyraźny blask zielonawy, tem silniejszy, im większa ilość radu, i im bliżej oka umieszczona. Tosamo spostrzeżenie zrobili Giesel i London. Autorowie ci przypuszczają, że rad wywołuje fluorescencyę środków łamiących oka, mianowicie ciała szklistego, i że w tem leży źródło widzenia owego nieokreślonego zielonawego blasku. W ten sposób oddziaływa na emanacyę pierwiastków promieniotwórczych tylko takie oko, którego siatkówka, a w szczególności warstwa pręcików i czopków jest zdolna do prawidłowej czynności. Oprócz oczu zdrowych dojrzeć mogą zatem tę fluorescencyę także oczy niewidzące, ale tylko takie, które wzrok utraciły z powodu zaćmienia rogówki (*leucoma, staphyloma, pannus*), lub zarośnięcia źrenicy, albo zaćmienia soczewki przy zachowanej jednak wrażliwości siatkówki, a więc przy utrzymanem poczuciu światła. Według doświadczeń Londona oko świeżo po wypatroszeniu nie odczuwa promieni radu, co świadczyłoby o tem, że sam nerw wzrokowy jest na te promienie niewrażliwy. Chorzy z zupełnym zanikiem nerwów wzrokowych nie widzą też światła radu, taksamo jak promieni światła zwyczajnego. Tak więc znikła rychło nadzieja, ażeby promienie radu mogły jakąkolwiek korzyść przynieść tym nieszczęśliwym, co dziennego światła nie widzą. Ale i dla tych, którzy przy utrzymanej wrażliwości percepcyjnych części oka nie widzą przedmiotów z powodu zaćmienia rogówki, soczewki, zarośnięcia źrenicy i t. d., z promieniotwórczych własności radu żadnych korzyści spodziewać się nie można. Jakkolwiek bowiem promienie Becquerela przenikają zaćmione i dla zwyczajnego światła nieprzeźroczyste części chorego oka, to jednak, nie podlegając wcale prawidłom załamania, nie mogą w żadnym razie na siatkówce wytworzyć obrazów przedmiotów zewnętrznych. Prócz zielonawego blasku nic zatem więcej oko takie nie zobaczy. Tak tedy badania nad wpływem promieni radu na oczy ociemniałe, podjęte przez okulistów, z całym zresztą sceptycyzmem, doprowadziły do zupełnie ujemnych wyników.

Pozostała druga własność radu, która mogła być w medycynie lepiej spożytkowaną. Własnością tą jest niszczące działanie promieni Becquerela na żywe komórki ustroju. Danysz w Instytucie Pasteura robił jeden z pierwszych doświadczenia w tym kierunku na królikach, morskich świnkach i myszach. Już małe ilości radu wywołują na skórze myszy wypadanie włosów, wypryski, wreszcie zapalenie skóry bez objawów ogólnych. Wystawione na większe ilości radu popadają myszy w kurcze, a wreszcie giną wśród objawów porażenia. Działanie radu na układ nerwowy jest o wiele silniejsze, niż na naskórek; wyników jednak doświadczeń nie można przenosić wprost ze zwierząt na człowieka, zachodzą bowiem wielkie różnice, zależne od gatunku zwierzęcia. I tak Darier przypomina, że tasama ilość jednostek siły promieniotwórczej radu, która u morskiej świnki niszczy zupełnie szerść i wytwarza wrzody na skórze, u królika przy temsamem trwaniu naświetlania działa tylko pobudzająco na wzrost włosów. Liczne doświadczenia wykazały, że promienie radu działają niszcząco przedewszystkiem na komórki młode, komórki w okresie podziału i bujania, lub komórki, które ulegają okresowemu odradzaniu, jak nabłonki, śródbłonki naczyniowe i t. d. Tem się też tłómaczy pewnego rodzaju elektywne działanie promieni Becquerela na nacieki nowotworowe, z młodych, silnie bujających komórek, złożone, które ulegają zniszczeniu, podczas gdy otaczająca tkanka zdrowa, złożona ze starszych i już morfologicznie przeobrażonych komórek, opiera się ich niszczącej sile. Ta własność czyni rad cennym środkiem leczniczym, służącym do bezkrwawego usuwania powierzchownych guzów i nacieków nowotworowych, oraz innych zmian patologicznych na skórze. W tej mierze dermatologowie wyzyskują już promieniotwórczą siłę radu, a i w okulistyce w obec często zdarzających się raków skórnych i innych nowotworów na powiekach i w najbliższem otoczeniu oka nie zaniedbano sposobności, ażeby się o leczniczej wartości radu przekonać. Kirchner, Guibert, Guériteau, Darier, Valude i inni ogłosili szereg przypadków, w pierwszym rzędzie raków skórnych na powiekach lub w okolicy woreczka łzowego, usuniętych i wyleczonych przez systematyczne naświetlanie promieniami radu. Uzyskiwali oni, używając małych ilości radu (jednego lub kilku miligramów bromku radu), naświetlając kolejno miejsca nowotworem zajęte przez przeciąg kilku do kilkunastu minut i powtarzając takie naświetlenia co kilka dni, w miarę potrzeby 10 do 20 razy, zupełnie gładkie zabliźnienie nowotworu, rozmiękczenie, a następnie zniknięcie głębszych nacieków, przyczem obywa się zwykle bez znaczniejszego odczynu zapalnego. Miejsce nowotworu zajmuje zazwyczaj gładka, lśniąca, miękka, przesuwalna i mało różniąca się od zdrowej skóry blizna. Takie wyniki nie są do pogardzenia, jeśli się zważy, że chorzy bardzo często zaniedbują raka powiek, uważając go z początku za pryszcz lub wyprysk bez znaczenia, leczą go maściami i dopuszczają do tego, że nowotwór zajmuje nieraz znaczną część powieki, przez jej brzeg przechodzi na spojówkę, nieraz od kącika rozrasta się na obie powieki, a wtedy operacyjne usunięcie guza pociąga za sobą trudny nieraz i uciążliwy zabieg plastyczny. Dla pokrycia ubytku po usunięciu niepozornego nieraz guzka trzeba częstokroć wycinać duże uszypułowane płaty skórne z czoła, nosa lub z policzka, po których pozostają blizny zdaleka widoczne i o wiele bardziej szpecące, niż

niebezpieczny wprawdzie, ale niewielki wrzodzik, dla którego operacyę podjęto. Pomijając zatem okoliczność, że wielu chorych obawia się noża i żąda od lekarza leczenia bezkrwawego, radyoterapia i z tego względu zasługuje na wyróżnienie, że umiejętnie i ostrożnie stosowana pozostawia niepozorne i mało szpecące blizny. Tę zaletę leczenia zapomocą radu podnoszą wszyscy autorowie, którzy stosowali je w większej liczbie przypadków.

Pozostaje do rozstrzygnięcia ważne bardzo pytanie, czy wyleczenie złośliwych nowotworów skórnych, uzyskane zapomocą promieni radu, jest równie trwałe, jak wynik doszczętnej operacyi krwawej? Zbyt mała jest liczba spostrzeganych dotąd przypadków, a nowe leczenie wprowadzone do okulistyki tak od niedawna, że stanowczego sądu w tej sprawie wydać jeszcze nie można. To pewna, że niektórzy autorowie widzieli nawroty po pozornie zupełnem zabliźnieniu nacieków rakowych. Być może, że dłuższe lub energiczniejsze leczenie byłoby pojawienie się nawrotu odwlokło, albo mu zgoła zapobiegło. Konieczne są w tym względzie dalsze, latami prowadzone spostrzeżenia. V a l u d e uważa rad wobec złośliwych nowotworów na powiekach tylko za dogodny środek łagodzący (paliatywny), nadający się u chorych, którzy nie chcą przystać na operacyę doszczętną. Wobec narośli i guzków natury łagodnej, jak brodawczaki, tłuszczaki i t. d., stawia on wartość promieni B e c q u e r e l a na równi ze skalpelem.

Co do techniki stosowania radu w leczeniu nowotworów skórnych na powiekach, spojówce i w okolicy oka, to zasady postępowania nie są jeszcze ustalone. Bądź co bądź przekonano się, że do osiągnięcia celu wystarczają małe ilości bromku radu (jeden lub kilka mg.), byle przetwór był dobry, t. j. dostatecznie promieniotwórczy. Przeważna część autorów używa miniaturowej puszki cynowej, wylanej wewnątrz ołowiem. W małym dołeczku, wyżłobionym w ołowiu, umieszcza się szczypta promieniotwórczej soli, przykryta cienką blaszką miki, przyklejonej zapomocą odpowiedniego kitu. Używać szkła jako nakrywki nie poleca się dlatego, ponieważ pochłania ono przeważną część promieni B e c q u e r e l a. Mimo tego niektórzy autorowie polecają zatapiać bromek radu do cienkich rurek szklanych. Opisaną powyżej puszkę cynową przykłada się okienkiem mikowem bezpośrednio do powierzchni nowotworu i zapomocą odpowiedniej opaski w położeniu tem przytwierdza. Czas trwania naświetlenia określają autorowie rozmaicie: zwykle kilka do kilkunastu minut trwać powinno naświetlenie każdej cząstki nowotworu z osobna. Posiedzenia odbywają się zwykle co kilka dni, często raz na tydzień. Jeśli nacieki nowotworowe przechodzą na stronę spojówki, wkłada się puszkę do worka spojówkowego po poprzedniem znieczuleniu oka kokainą, zwracając oczywiście okienko mikowe ku zajętej nowotworem powiece. Zachodzi ważne pytanie, czy niszczące działanie promieni B e c q u e r e l a nie zagraża całości delikatnych i wrażliwych błon, składających gałkę oczną? Wszyscy autorowie, którzy dotąd ogłosili swe spostrzeżenia nad leczniczem działaniem radu, zgadzają się, że w ilościach, jakie w okulistyce bywają używane i przy wyżej opisanym sposobie zastosowania, rad dla oka nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Dla zabezpieczenia się przed możliwymi zarzutami poleca się wszakże w każdym przypadku przed rozpoczęciem leczenia zapomocą radu zbadać dokładnie wzrok, przeźroczystość środków załamujących, dno oka, aby w danym razie zawczasu stwierdzić rozwijającą się chorobę, mogącą później ewentualnie wpłynąć na obniżenie wzroku, (n. p. rozpoczynającą się zaćmę) i uprzedzić o niej chorego lub jego otoczenie. Przy zewnętrznem zastosowaniu puszki, zawierającej rad, grubość nowotworu i powieki chroni dostatecznie gałkę oczną przed niszczącą siłą emanacyi; przy zastosowaniu zaś puszki od strony worka spojówkowego, ołów, który ją wypełnia, stanowi dla promieni B e c q u e r e l a wystarczającą zaporę.

Jak ostrożnie trzeba jednak przyjmować wyniki nielicznych dotychczasowych badań nad wartością leczniczą promieni radu, o tem świadczy publikacya Prof. C o h n a z Wrocławia, który zapomocą jednego miligrama bromku radu, zatopionego w maleńkiej cewce szklanej, miał w krótkim czasie przez naświetlanie wyleczyć jużto jaglicę (*conjunctivitis trachomatosa*), jużto zapalenie mieszkowe spojówki (*conjunctivitis follicularis*), ze wszystkiem jednak tylko trzy przypadki.

Prof. W i c h e r k i e w i c z, chcąc sprawdzić ten przez C o h n a bardzo zachwalany sposób leczenia, sprowadził tęsamą ilość bromku radu z tegosamego źródła i po tejsamej cenie, aby o ile możności rozporządzać przetworem o tej samej sile promieniotwórczej. U szeregu chorych, leczonych w krakowskiej klinice okulistycznej z powodu jaglicy, u których zmiany na obu oczach były jednakiego stopnia, zastosował prof. W i c h e r k i e w i c z radyoterapię w ten sposób, że jedno oko stale leczył przez naświetlanie promieniami B e c q u e r e l a, ściśle wedle wskazówek przez C o h n a podanych, na drugie zaś oko stosował dawne, powszechnie używane i wypróbowane sposoby leczenia. I cóż się okazało? Stan oczu, leczonych promieniami radu, nie uległ żadnej zmianie, podczas gdy na oczach, leczonych po dawnemu, poprawa była widoczna. W interesie chorych trzeba było rad usunąć i powrócić do środków dawnych, których skuteczność w jaglicy nie zawodzi. Prof. W i c h e r k i e w i c z w przekonaniu, że przetwór którego używał, nie ustępował w dobroci przetworowi, jakim C o h n rozporządzał, musiał dojść do wniosku, że wrocławski profesor, powodując się pierwszem wrażeniem, skłonił się do wydania przedwczesnego sądu o zbawiennem działaniu radu w jaglicy.

Na ostatniem rocznem zebraniu towarzystwa „British Medical Association“ B i s h o p - H a r m s zajął wobec leczenia jaglicy promieniami radu to samo, co prof. W i c h e r k i e w i c z, stanowisko, a to na podstawie szeregu doświadczeń w Midlesex Hospital, gdzie mimo cierpliwości chorych i konsekwencyi lekarzy zaznaczono przy użyciu radu same tylko pogorszenia.

O niektórych odrębnych wskazaniach stosowania promieni radu wspomina D a r i e r w jednej ze swoich prac. Stosował on je w rozmaitych przypadkach: między innymi widział szybkie wessanie się krwi przy śródgałkowym krwotoku, spowodowanym przez uraz. Jako niepodniesiona dotąd przez nikogo zaletę radu wymienia D a r i e r jego działanie uśmierzające ból. Działanie to stwierdził on w kilku przypadkach (*iritis rheumatica, neuralgia orbitalis, chorioiditis luetica, neuralgia trigemini, episcleritis rheumatica etc.*). Ponieważ jednak sam autor przyznaje, że w niektórych razach rad, jako *analgeticum*, zupełnie go zawiódł, a z żadnej innej strony niema dotąd potwierdzenia tych spostrzeżeń D a r i e r a, trzeba je zatem jeszcze przyjmować *cum grano salis*.

Jest to zjawisko w medycynie często się powtarzające, że ilekroć się pojawi nowa jakaś metoda lecznicza, lub znajdzie się nowy czynnik leczniczy, dający się w różnych przypadkach stosować, zakres wskazań wzrasta z dniem każdym i doniesienia o skutecznem działaniu napływają ze wszech stron tak, jak gdyby znaleziono panaceum na wszystkie choroby. Dla radu okres ten już minął i wkrótce chłodna krytyka na podstawie poważnego i uporządkowanego materyału kazuistycznego i doświadczalnego sprowadzi wartość leczniczą materyi promienistej do właściwej miary i do rozmiarów, odpowiadających rzeczywistości.

VII. Wyciągi.

CHIRURGIA. Braun. **O kilku nowych środkach znieczulających** (stowaina, alypina, nowokaina). (*Deutsch. med. Wochft.*, 1905, Nr. 42). Prof. Braun z Lipska, tak zasłużony na polu znieczulania miejscowego, podaje nowy przyczynek pod postacią wypróbowania klinicznego wprowadzonych świeżo trzech środków znieczulających. Ideałem środka miejscowo znieczulającego ma być:

1) mała własność trująca; 2) dobra rozpuszczalność w wodzie; 3) oddziaływanie nie bardzo kwaśno, ani bardzo alkaliczne (niedrażnienie tkanek i nie wywoływanie bolesności); 4) zdolność przetrwania wyjałowienia przez gotowanie; 5) zdolność łączenia działalności z preparatami nadnercza; 6) zdolność wsysania się przez błony śluzowe. Stowaina jest mniej trująca, niż kokaina. Oddziaływa jednak kwaśno; wstrzyknięcie jej jest bolesne i drażni tkanki. Roztwory 5—10 prc. mogą nawet wywołać zgorzel. Sprowadza ona przekrwienie, nie można też jej łączyć z tego powodu z nadnerczyną. Na błony śluzowe działa bardzo drażniąco, szczególnie na spojówkę. Dotąd okazała się stowaina bardzo pożyteczną w znieczuleniu lędźwiowem.

Alypina, podobna do poprzedniej ze składu chemicznego, daje się bardzo dobrze gotować, działa silnie znieczulająco; można ją łączyć z adrenaliną; jest mniej trującą od kokainy, drażni jednak tkanki i roztwory 5 prc. wywołać już mogą zgorzel. Roztwory 10 prc. znieczulają bardzo dobrze błony śluzowe (przez smarowanie). Znieczulenie lędźwiowe łącznie z adrenaliną wywołuje możebnie doskonałe.

Nowokaina, środek dopiero co wprowadzony, rozpuszcza się w wodzie (1:1), daje się dobrze gotować, działa dobrze znieczulająco, lecz znacznie krócej, niż kokaina. Jest jednak od ostatniej znacznie mniej trującą, można więc tę wadę wynagrodzić silniejszymi roztworami (dawka najwyższa leży zdaje się jeszcze ponad 0,25), tkanek nie drażni nawet w 10 prc. roztworze. Łączy się dobrze z nadnerczyną. Działanie nowokainy wypróbował autor w 150 operacyach. Najlepiej stosować ją w 2 prc. roztworze. Błony śluzowe znieczula ona dobrze, podobnie działa też korzystnie w znieczuleniu lędźwiowem, badania jednak nad tem są jeszcze w toku. *Dr. A. Klęsk.*

Fischer. **Doświadczalne wywoływanie tętniaków.** (*Deutsch med. Wochs.*, 1905, Nr. 43). Koester wykazał, że prawdziwe tętniaki powstają wskutek zmian błony mięsnej. Sztucznie próbowano wywoływać tętniaki n. p. przez miażdżenie ściany (bez skutku). Dopiero Fabrisowi udało się wywoływać sztuczne tętniaki zapomocą żrących środków chemicznych. Właściwie jednak dopiero Josué wywołał sztuczne zmiany w ścianach tętnic (miażdżycę) i to zapomocą śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny. Przy takich wstrzykiwaniach tworzą się po pewnym czasie ograniczone obumarcia błony mięsnej, a wskutek nich wydymanie się ściany naczynia. — Autorowi udało się podobnie zapomocą wstrzykiwań adrenaliny lub digalenu wywołać u królika tętniaki i na mocy tych doświadczeń dochodzi do przekonania, że sztuczne tętniaki wywołać można, a polegają one na obumieraniu ogniskowem błony średniej tętnic. Cierpienie to zowie autor obumieraniem tętnic (*arterionecrosis*). Środki wywołujące to obumieranie działają dziwnie, bo nie na wszystkie tętnice i nie na wszystkie miejsca danej tętnicy. Prócz schorzenia ściany środki te (digalen i adrenalina) wywołują zwiększone parcie krwi i kto wie, czy to ostatnie nie jest właśnie przyczyną powstawania obumierania i tętniaków. *Dr. Klęsk.*

Reichel. **Powikłania po operacyi wola.** (*Münch. med. Wochft.*, 1905. Nr. 42). Autor spostrzegał 3 dość rzadkie powikłania po operacyi wola. U jednej chorej mimo pozostawienia części gruczołu wielkości kurzego jaja wystąpiła tężyczka, a potem charłactwo. Dopiero w rok, gdy choroba gruczołu powróciła, charłactwo ustąpiło. W drugim podobnym przypadku charłactwo ustąpiło też po nawrocie wola, choć nawrot ten polegał na sprawie rakowej. W trzecim przypadku nastąpiła nagła śmierć po operacyi przy zakładaniu opatrunku wskutek obustronnej odmy piersiowej, pochodzącej z pęknięcia płuca i opłucnej około wnęki. Pęknięcie to tłómaczy sobie autor zapadnięciem się nagłem tchawicy i trudnością wydechową. Natychmiastowa tracheotomia nie pomogła nic. Wnioski autora są następujące: 1) Przy dużych wolach, nawet pozostawienie dość znacznej części gruczołu nie uchroni się od występowania tężyczki lub charłactwa. 2) Powikłania te w miarę nawrotu wola ustępują, leczy je także dobrze podawanie tyreoidyny. 3) Im większe wole, tem po operacyi łatwiej powikłania te wystąpić mogą. 4) Nowotwór, rozwijający się w pozostałym kawałku gruczołu, usuwa też te powikłania *Klęsk.*

Rosenheim. **Leczenie kamicy żółciowej.** (*Deutsch. med. Wochft.* 1905. Nr. 41). Kamica żółciowa jest jedną z najczęstszych chorób. Z dorosłych ulega jej prawie co dziesiąty człowiek. Najwięcej zapada na nią jednak kobiet po 60 roku życia. Przyczyny tej choroby upatrują jedni w zakażeniu żółci drobnoustrojami (i to albo drogą krwi, albo przewodu pokarmowego), inni dołączają do tego jeszcze utrudnione krążenie w wątrobie, n. p. przy wadach serca i przy otłuszczeniu. Wielki wpływ na powstawanie tej choroby wywierają też cierpienia żołądka, niedostateczne działanie przepony u kobiet, ciąża i sznurowanie się. Napad sam wywołać może podniecenie umysłowe, miesiączka, zaziębienie i t. d. Zajęcie zapalne woreczka cechuje bolesność jego, trwająca czasem bardzo długo. Kamica przebiegać może mimo obecności kamieni zupełnie bez typowej kolki i bez żółtaczki. Kamienie mogą nawet przechodzić do kiszek bez objawów. Kamicy towarzyszy prawie zawsze pierwotne lub następowe cierpienie żołądka, często w postaci wzmożonej kwasoty, ostrego nieżytu, a w razie zapalenia okołopęcherzykowego nawet rozstrzeń i niedowład. W większej liczbie przypadków choroba przebiega pomyślnie i może zniknąć zupełnie bez śladu; w innych przebiega znów ciężko i może wywołać groźne następstwa. Gdy choroba nie daje żadnych objawów, powinniśmy wychodzić z założenia: »*quieta non movere*«. Przypadki lżejsze, z lekkiemi i rzadkiemi napadami kolki, leczymy różnie. W czasie napadu podajemy narkotyki, gorące okłady i gorące napoje. Do narkotyku dobrze dodać czasem 1 mg. atropiny. Po napadzie, choć bolów niema, powinien chory leżeć kilka dni w łóżku, stosując leczenie dyetetyczne. Jeść chorzy powinni często w małych dawkach, n. p. 5 razy na dzień, w odstępach 3-godzinnych i to dyetę mieszaną, zwłaszcza gorące płyny. Środki przeczyszczające jednym pomagają, u innych wywołują właśnie napad. Leczenie kąpielowe poleca autor: 1) gdy chory w domu nie może leczyć się swobodnie; 2) w razie powikłań z cierpieniami przewodu pokarmowego; 3) gdy żółtaczka często się wraca mimo odchodzenia kamieni, a wątroba stale jest powiększoną. Kąpielowe leczenie nie pomoże nic, gdy zajęty jest tylko pęcherzyk, a zdarzało się często. Przypadki ciężkie leczy się pozostawieniem chorego w łóżku przy bezwzględnym spokoju, ewentualnie jodem lub rtęcią. Po stosowaniu oliwy lub jej przetworów (*eunatrol* i *cholelysin*) autor wyników dobrych nie spostrzegał. Leczeniu chirurgicznemu powinny podlegać następujące przypadki: 1) ostre zakaźne zapalenie woreczka; 2) przewlekły jego otok, ropienia około woreczka i ropnie wątroby; 3) zamknięcie przewodu żółciowego kamieniem; 4) zrosty okołopęcherzykowe; 5) wodniak pęcherzyka; 6) niedrożność kiszek z kamicy, w końcu 7) zajęcie zapalne trzustki. — Wobec obecnego postępu chirurgii wyniki są bardzo zachęcające, śmiertelność przypadków zwykłych podług Kehra 3—5 prc. *Dr. A. Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. W. Hannes **W sprawie podłonowego drenowania pęcherza.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 44). Po operacyach plastycznych z powodu rozległych uszkodzeń pęcherza lub cewki polecił Stöckel zastąpić cewnik założony na stałe przez cewkę, lub cewnikowanie — drenowaniem pęcherza podłonowem, a to celem uniknięcia ucisku, względnie tarcia ze strony cewnika o zeszytą ścianę pęcherza lub cewki. S. nacinał błonę śluzową pomiędzy cewką a łechtaczką i drążył w głąb poniżej kości do ściany pęcherza, który otwierał pod kontrolą wprowadzonego palca przez przetokę, względnie cewkę do pęcherza. Küstner zmienił i ulepszył o tyle stronę techniczną, że po skończonej operacyi napełnia pęcherz 100 gr. jałowej wody i przeprowadza wyżej opisaną drogą trojgraniec średniej grubości, który z łatwością do pęcherza trafia; pochwa trójgrańca pozostaje na miejscu, a połączona z drenem, zastępuje cewnik na stałe. W 3 przypadkach oddał ten sposób doskonałe usługi. Częste przestrzykiwania są konieczne, aby się rurka nie zatkała. Po wyjęciu rurki ani kropla moczu tą drogą nie odpływała. *B. Wojciechowski.*

A. Czyżewicz *jun.* **Przypadek samodzielnego pęknięcia macicy przy stojącym pęcherzu płodowym.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 44). Kobieta 42-letnia rodziła 4 razy siłami przyrody; od 4 miesiąca 4-tej ciąży, t. j. od 4 lat, objawy rozmiękczenia kości; przez jeden rok leżała w łóżku, odtąd chodzi z trudnością o kiju. Teraz koniec ciąży, bole od 2 dni. Po 36-godzinnych silnych bolach wezwano lekarza, który skierował chorą do zakładu. W czasie drogi wozem i koleją bole słabsze, równocześnie ogólne osłabienie. Wzrost 130 cm., zapad. obrzęk płuc. c. 35·°, tętno nitkowate 128. Bolesność w prawem podbrzuszu, słabe bole, położenie czaszkowe II., płód nie żyje. Ujście na 5 k.: pęcherz stoi, mało się napina. Miednica odpowiadająca rozmiękczeniu kości, dziób tego stopnia, że pomiędzy kośćmi łonowemi palec się nie zmieści; odległość od wzgórka kości krzyżowej do podstawy dzióba 7½ cm. Rozpoznanie prawdopodobne: pęknięcie macicy. Otwarcie jamy brzusznej; w zatoce Douglasa skrzepy; pęknięcie ściany tylnej od strony prawej; przez szczelinę wyczuwa się pęcherz płodowy. Wydalenie jaja z cięcia Fritscha, wycięcie macicy z powodu krwotoku. Płód 2300 gr., obwód główki 34 cm. Wyzdrowienie. Przypadek ten dowodzi, że mała ilość wód płodowych i cienkie ściany macicy obok bezwzględnego niestosunku porodowego, mogą wyjątkowo spowodować pęknięcie macicy już w I. okresie. *B. Wojciechowski*

R. Lumpe. **Przypadek rozwoju raka w kikucie szyi, pozostałym po nadpochwowem odcięciu macicy.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 44). U 49-letniej mężatki zaczął L. wzniecać po-

ronienie z powodu ciężkiego rozmiękczenia kości, trwającego od kilkunastu lat, a zaostrzonego w czasie obecnej IX. ciąży. Z powodu podniesienia się gorączki nazajutrz do 41·5° był atoli zmuszony wykonać wycięcie macicy nadpochwowe. Po 1½ roku zgłosiła się chora z rakiem części pochwowej. Wobec ścieśnienia miednicy obrał L. drogę brzuszną. Oddzielenie pęcherza i zrostów z jelitami przedstawiało znaczne trudności. Jest to jeden z rzadkich zresztą przypadków, przemawiających przeciw niezupełnemu wycięciu macicy.

B. Wojciechowski.

T. Ahlfeld **Samozakażenie połogowe.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 45). Natvig wykazał za innymi obecność paciorkowców i t. zw. „parapneumokoków" na sromie i w pochwie kobiet zdrowych i dodaje, że drobnoustroje te nabierają w czasie połogu pod wpływem zmiany reakcyi większej żywotności, i posuwając się ku górze, zdolne są wywołać zakażenie. A. nie rozumie, dlaczego N. uważa swe wyniki za dowód słuszności stanowiska Bumma, uznającego wyłącznie zakażenie od zewnątrz, zamiast przytoczyć je na poparcie nauki Ahlfelda o samozakażeniu połogowem.

B. Wojciechowski.

C. Goebel. **Motylica krwawa** (*bilharzia*) **części rodnych kobiecych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 45). *Schistosomum haematobium* żyje w żyłach podbrzusza, szczególnie w splocie odbytniczym (*plexus haemorrhoidalis*) i składając ogromną ilość jaj zazwyczaj w błonie śluzowej pęcherza, jelit, niekiedy cewki, moczowodów i miedniczek nerkowych, wywołuje naciek lub bujanie błony śluzowej w postaci wyrośli polipowatych. Ojczyzną cierpienia tego jest Egipt. W częściach rodnych kobiecych zdarza się ono tak rzadko, że G. na 300 spostrzeganych przypadków ani razu z tem umiejscowieniem się nie spotkał. Madden z Kairu opisuje taki rzadki przypadek, gdzie pierwotna motylica ograniczała się do pochwy, w postaci jednej dużej wyrośli polipowatej poniżej cewki i licznych mniejszych wyrośli, zajmujących całą pochwę. Narząd moczowy nie był wcale zajęty. Rozpoznanie opiera się o badanie drobnowidowe, szczególnie wobec wielkiego podobieństwa w pewnych przypadkach do wybujałości rakowatych. Zdaniem Maddena mogą tą drogą powstawać przetoki pęcherzowo-pochwowe. Leczenie polega na doszczętnem wycięciu nacieku. Przenoszenie się cierpienia wśród spółkowania drogą moczu lub nasienia nie jest dostatecznie dowiedzionem. Najprawdopodobniej szerzy się motylica drogą krwi od strony żyły bramnej.

B. Wojciechowski.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Giebert. **O niezwykłem umiejscowieniu wrzodów wenerycznych.** (*Medicinische Klinik* Nr. 40, 1905). O wiele częściej występują wrzody pierwotne kiłowe poza częściami płciowemi, niż wrzody weneryczne. Nieliczne przypadki umiejscowienia się wrzodu miękkiego poza częściami płciowemi, opisywane w literaturze, wskazują, że każda część powierzchni ciała ludzkiego może być siedzibą wrzodu miękkiego, tak dolne dziąsła, jak i spojówka, migdałki, język, zagłębienia kolanowe i łokciowe. Wrzody te, występujące poza częściami płciowemi, nie mają swych zwykłych cech charakterystycznych, występują one bowiem pod rozmaitemi postaciami: zanokcicy, zapalenia ropnego łożyska paznokciowego, owrzodziałego odmrożenia i t. d. Głównemi wskazówkami w kierunku rozpoznania jest wielka bolesność tych wrzodów, uporczywa bierność przy leczeniu, dążność do rozpadu i tworzenia podminowanych brzegów. Autor spostrzegał u chorego, który żadnych poprzednio chorób wenerycznych nie przechodził, na palcu małym ręki lewej wrzód weneryczny, który miał powstać wskutek skaleczenia się zardzewiałem narzędziem. Badanie drobnowidowe wykazało w tym przypadku obecność prątków Ducrey-Unny. Co do leczenia, to autor poleca przy tych wrzodach używać kwas karbolowy, jako środek bardzo dobrze oczyszczający. Również zaleca eurofen, który będąc bezwonnym, posiada swoiste działanie jodoformu na prątki wrzodu miękkiego.

Stopczański.

L. Spitzer. **O przyczynowem leczeniu kiły.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 45, 1905). Doświadczenia, jakie Krause i inni przeprowadzali w kierunku leczenia kiły szczepieniem zarazka kiłowego (u małp niższego rzędu), postępując przy tem zupełnie tak samo, jak przy szczepieniach ochronnych wścieklizny według sposobu Pasteura, skłoniły autora do zastosowania tego sposobu u ludzi. Do szczepień używał autor roczczynów wyciśniętej surowicy z wrzodów pierwotnych w rozcieńczeniu 1 : 200 do 1 : 20. Wstrzykiwania tych roczczynów stosował u ludzi, u których rozpoznanie wrzodu pierwotnego kiłowego nie nasuwało żadnych wątpliwości. Doświadczenia swe autor przeprowadzał u 15 chorych kiłowych. Wyniki, jakie autor przy tem uodparnianiu ustroju na jad kiłowy otrzymał, są następujące: w siedmiu przypadkach wstrzykiwania, których zwykle stosowano 11—20 przez cały przeciąg uodparniania, nie wywarły żadnego widocznego wpływu na dalszy przebieg kiły. W dwóch przypadkach było pewne opóźnienie co do wystąpienia wysypki kiłowej, a w czterech przypadkach wynik był zupełnie dodatni, bo w czasie całorocznej obserwacyi nie wystąpiły dalsze objawy kiły.

Stopczański.

Schmidt. **O zmianach w skórze, powstałych po naświetleniu promieniami radu.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 44, 1905). Powszechnie znane są zmiany zapalne skóry, powstające po silniejszem zadziałaniu promieni Röntgena. O wiele mniej znane są zmiany skóry stale pozostające, a wywołane dłuższem i silniejszem działaniem promieni radu. Do tych zmian należą: ograniczony zanik skóry niższego stopnia, blizny, powstałe w miejscach uszkodzeń odczynowych i rozstrzeń naczyń włosowatych (*telangiectasis*). Te same również zmiany wywołuje dłuższe zadziałanie promieni Röntgena. Autor przeprowadzał na sobie doświadczenia, naświetlając kilka miejsc na przedramieniu bromkiem radu. Zmiany odczynowe, po tych naświetlaniach powstałe, były różne, zależne od długości naświetlań. Po 20-minutowem działaniu radu powstawał tylko obrzęk z zaczerwienieniem w miejscu naświetlanem. Po dłużej trwającem naświetlaniu powstawały powierzchowne uszkodzenia skóry w postaci ubytków, które następnie się zaciągały, pozostawiając mniej lub więcej rozległą bliznę. W tych miejscach także w jakiś czas później powstawały rozstrzenie naczyń włosowatych. Co do sposobu powstawania tych ostatnich autor jest innego zdania, niż Freund i Oppenheim, którzy rozstrzenie naczyń włosowatych uważają za następstwo pierwotnego schorzenia ścian naczyń pierwobytnych, wskutek czego podatność ścian naczyniowych zwiększa się przy silniejszem ciśnieniu podczas przekrwienia. Autor zaś uważa te rozstrzenie za następstwo następnej pracy, podjętej przez naczynia włosowate w celu lepszego odżywienia miejsc bliznowatych, pozbawionych naczyń. Na podstawie wyników swych doświadczeń sądzi autor, że leczenie radem naczyniaków na twarzy w celach kosmetycznych mija się z swem zadaniem, gdyż powodując blizny białe z czerwonemi plamkami. (które są rozstrzeniami drobnemi), wywołuje jeszcze większe oszpecenie, niż sam naczyniak. Do leczenia naczyniaków zaleca autor stosować promienie Finsena i elektrolizę.

Dr. Stopczański.

HIGIENA. Nussbaum. **Wartość zdrowotna ogrzewalników nizko ogrzanych.** (*Odbitka z czasopisma »Gesundheits-ingenieur«* r. 1904). Esmarch. **Znaczenie przypalania się kurzu na ogrzewalnikach mieszkań.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 1). Nussbaum. **Rozkład kurzu na ogrzewalnikach.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 8). Głównym zarzutem, wytaczanym przeciw ogrzewaniu centralnemu, jest ten, że psuje powietrze; w pojęciu ogółu przez wysuszenie, gdyż objawy na błonach śluzowych dostępnych powietrzu polegają głównie na uczuciu drapania. W pierwszej publikacyi stwierdza N., profesor higieny na politechnice w Hannowerze, że mylnie posądza się brak wilgotności za przyczynę powyższych objawów, gdyż zawartość wilgoci powietrza w salach, ogrzanych centralnie, zwłaszcza szkolnych, zazwyczaj znacznie przekracza przy zwykłej ciepłocie pokojowej odpowiednią dla organizmu ludzkiego zawartość wilgotności względnej, utrudniając naturalną utratę ciepła. Przyczyna objawów na błonach śluzowych leży w rozkładzie kurzu na wysoko ogrzanych ogrzewalnikach (kaloryferach). W części już publikacya pierwsza, głównie jednak obie następne, zajmują się na drodze doświadczeń szczegółowym rozbiorem czynników, powstających przy rozkładzie kurzu na kaloryferach, oraz sprzyjającym mu okolicznościom. Wynika z nich, że produktem gazowym suchej destylacyi kurzu, zawierającego wiele ciał organicznych, jest przeważnie amoniak, który zdaniem E. razem z innemi ciałami gazowemi, powstałemi przy rozkładzie kurzu, działa drażniąco na błony śluzowe. Wytwarzanie się amoniaku zależy nietylko od zawartości w kurzu ciał organicznych (zwłaszcza n. p. kału końskiego w kurzu ulicznym i pyle licznie uczęszczanych lokali publicznych, szkół), ale i od ciepłoty kaloryferu i stopnia wilgoci w powietrzu. Powyżej 70° C. (a nawet 90° C.) kurz suchy nie wytwarza amoniaku, natomiast po zwilżeniu już w ciepłocie 65—70 C. Najdokładniejsze czyszczenie kaloryferów z kurzu nie wstrzyma przy ogrzaniu ich powyżej 70° C. wytwarzania się amoniaku, gdyż na ogrzewalniki dostaje się kurz z sąsiedztwa samym ruchem powietrza, wywoływanym różnicą ciepłoty w najbliższej i dalszej odległości ogrzewalnika, — powszechnie zaś i z błędnej zasady wychodzące wystawianie na ogrzewalnikach misek z wodą ułatwia tylko wytwarzanie amoniaku i innych ciał drażniących. Od techniki ogrzewania należy przeto żądać zamiany dotychczas używanych ogrzewalników, nastawianych przy zupełnem otwarciu kurka na ciepłotę prawie strumienia pary na nieodpowiednio wysoką ciepłotę, — ogrzewalników o powierzchni większej, ogrzanych w mniejszym stopniu — najwyżej do 70° C. Przy urządzeniu dopływu pary w dole ogrzewalnika tego rodzaju następuje przyjemne ogrzanie powietrza ponad podłogą, uchyli się nieprzyjemne przegrzanie górnych warstw po

wietrza, dopływ kurzu z powietrzem na ogrzewalniki, rozkład kurzu na ogrzewalniku, a zarazem niebezpieczeństwo sparzenia. Zaletą tego rodzaju ogrzewalników jest nadto możność centralnego regulowania ciepłoty w całym domu przez nastawienie odpowiedniego przyrządu mierniczego dla ciśnienia pary, a tem samem utrzymanie jednostajnej ciepłoty w całym budynku, — dalszemi zaś zaletami oszczędność węgla i uchylenie straty ciepła przez przewietrzanie, konieczne nieraz przy obecnych ogrzewalnikach, dostarczających czasem zbyt wiele ciepła. *L. Bier.*

Schütze. **Praktyczne zastosowanie precypityn w chemii środków spożywczych.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, Band 47, 1905). Surowica królików, którym poprzednio wstrzykiwano żółtko jaj, okazała się według S. odpowiednią do stwierdzenia, czy margaryna zawiera dodatek żółtka z jaj, jeżeli zawartość tegoż nie przekraczała 0,5—1 prc. w margarynie; sposób ten uważa S. za odpowiedni do stwierdzenia dodatku żółtka jaj i do innych środków spożywczych, jak w wyrobach cukierniczych, makaronach i t. p. Ponieważ do otrzymania surowic uodparniających za najodpowiedniejsze zwierzę uznany królik daje ilości zbyt małe, a kozy i jagnięta nie dają surowic odpowiednich, zaleca S. użycie stadnika, z którego otrzymał lepsze wyniki; podając im krew koni, otrzymywać z nich można surowicę do stwierdzenia zafałszowań mięsem końskiem w wyrobach mięsnych. *L. Bier.*

VIII. O kąpielach w starożytności.

Napisał

Dr. Adam Langie.

(Dokończenie).

Gmach rzymskich term przedstawiał zazwyczaj podłużny czworokątny budynek, w środku znajdował się piec (*hypocaustum v. fornax*), skąd rozchodziły się po całym gmachu rury (*caliducti*), rozprowadzając ogrzane powietrze. Rury te opatrzone były odpowiedniemi klapami, dozwalającemi dowolnie regulować ciepłotę. Nad *hypocaustum* umieszczone były trzy wielkie kotły, z tych pierwszy napełniano wodą zimną, doprowadzaną przez osobny wodociąg, drugi zawierał wodę letnią, a trzeci gorącą. Z każdego kotła prowadziły wodę rury do poszczególnych ubikacyi kąpielowych.

Cały szereg obszernych, nieraz olbrzymich sal służył do różnych rodzajów kąpieli. Przedewszystkiem szatnia, w której rozbierano się, nosiła nazwę *apodyterium v. spoliarium.* Do niej przylegała sala, w której przechowywano różne maście, używane do namaszczania ciała wśród kąpieli, zwana *unctuarium.* Obok sala, zwana *frigidarium* z basenem, wypełnionym zimną wodą (*piscina frigida*), gdzie obmywano się lub kąpano po tuszach parowych. Sąsiednia sala, *tepidarium*, przeznaczona była na to, aby tam w ciepłem, suchem powietrzu dobrze się ogrzać. Tu ustawiono były tylko ławki do siedzenia *(scamna)* i stąd dopiero przechodzono do właściwej ciepłej lub gorącej kąpieli w wannie *(solium)*, albo w basenie wspólnym (*calida piscina*), znajdującym się w dalszej sali, zwanej *caldarium.* »*Si in balneam venit* — pisze Celsus — *sub veste primum in tepidario insudare, ibi ungui, tum transire in caldarium*«. W *caldarium* też znajdowały się prócz wanien i basenu, miednice (*labra*) dla obmywania i zlewań przez tych, którzy kąpieli pełnych brać nie mogli, np. chorzy. Ci, według przepisu Celsusa, przeszedłszy do *caldarium:* »*in solium non descendere sed multa calida aqua per caput se totum perfundere tum tepida, dein frigida*«. Naokoło sali były zazwyczaj nyże (*scholae*) z ławkami, dobrze n. p. w pompejańskich wykopaliskach zachowane, gdzie czekały swej kolei osoby, pragnące się kąpać. Prócz tego była jeszcze osobna sala, zwana *sudatorium* dla kąpieli parowych. Mianowicie w jednym jej końcu, zwykle w półkolistem zagłębieniu, zwanem *laconicum v. vaporarium*, było urządzenie, dozwalające regulować większy lub mniejszy przypływ pary. Po kąpieli parowej brano zimną pełną kąpiel lub zlewania: »*sedebat ad flammam, deinde perfundebatur*« (Suetonius).

Do tych właściwych kąpielowych sal przybywa jeszcze cały szereg innych, tworzących drugą część gmachu, więc poczekalnie dla służby, towarzyszącej swym panom, sale dla gier i zabaw przed kąpielą, miejsce do ulubionej gry w piłkę (*sphaeristerium*), otoczone całymi gajami drzew i roślin ozdobnych; poczekalnie dla kąpiących, nawet restauracye i sklepy, a wreszcie na wzór greckich gimnazyów sale do ćwiczeń fizycznych i zapasów, czytelnie, biblioteki, w których poeci odczytywali swe utwory lub mówcy wygłaszali mowy, galerye dla widzów i t. p.

Baseny wspólne bywały nieraz olbrzymie i wspaniale przyozdobione, jak tego dowodzi znaleziony w Montegrotto basen marmurowy o powierzchni 125 × 85 stóp. Również wanny i miednice były nadzwyczaj kosztowne z marmuru, bronzu, srebrem i złotem zdobione, podobnie jak krzesła kąpielowe (*sellae balneares*) i przedmioty przy kąpieli używano, więc naczynia do oliwy (*ampullae*), do maści (*alabastra*), narzędzia do nacierania (*strigiles*) lub szczypczyki, służące do wyrywania włosów (*volsellae*).

W wielkich termach wszystkie powyżej wymienione sale były podwójne: osobno dla mężczyzn i dla kobiet, a jedynie mniejsze łaźnie posiadały urządzenia pojedyncze tak, że musiały być wyznaczono godziny kąpieli dla kobiet i dla mężczyzn. Budowano też osobne termy, wyłącznie dla kobiet przeznaczone, jak np. *Thermae Agrippinae* w Rzymie.

Takie olbrzymie urządzenia kąpielowe wymagały też dużego personalu, tem bardziej, że kąpiący lubił być dobrze obsłużonym. Nadzór ogólny nad gmachem i kąpielami miał osobny urzędnik, *balneator;* szaty odbierali i przechowywali *capsarii;* ogień w piecach podtrzymywali *fornacatores;* nacierania robili *tractatores* (w oddziale kobiet *tractatrices);* namaszczali maściami *unctores*, a wyrywali włosy *alipii.*

Do kąpieli, którą brano zwykle przed jedzeniem około 1-ej godziny, a która według ówczesnych wymagań miała być największą rozkoszą i powinna wszystkie zmysły jak najprzyjemniej drażnić, dodawano różnych ziół aromatycznych i wonnych olejków, a byli nawet specyaliści, którzy obmyślali i sprzedawali przeróżne w tym celu mięszaniny. Tak n. p. znaną jest sławna mięszanina, zwana »*poppoeanum*«, zawierająca w swym składzie mleko oślic, w której kąpała się żona Nerona Poppea, aby wygładzić, jak pisze Pliniusz, pojawiające się na jej twarzy zmarszczki.

Powoli też z biegiem czasu w miarę ogólnego upadku moralności w Rzymie i szalonego zepsucia, idącego z dworu Cezarów, termy owe stają się głównem ogniskiem rozpusty, zwłaszcza gdy mężczyźni zaczęli kąpać się razem z kobietami. Stało się to nawet przyczyną powolnego upadku term, zaczynającego się już w IV w. po Chrystusie, gdy chrześcijańscy duchowni ostro przeciwko nim występują. Rozpusta, uprawiana w łaźniach, zdaje się być też powodem, że św. Augustyn pozwala tylko raz na miesiąc się kąpać, a św. Hieronim zakazuje wprost uczęszczać dorosłym do łaźni, ograniczając kąpiele wyłącznie tylko do wieku dziecięcego. W ślad za tem idzie zaniedbanie wogóle kąpieli, które dopiero w wiekach średnich z rozkwitem medycyny u Arabów wchodzą znów w powszechne użycie. Karol Wielki, gorący zwolennik kąpieli, wprowadza je w cesarstwie swem, a wnet powstają urządzenia kąpielowe po klasztorach i szpitalach.

Prócz term zauważyć się daje rozkwit wielu miejsc kąpielowych w czasach rzymskich, które tłumnie odwiedzają najwybitniejsze osobistości i najbogatsze rodziny patrycyuszów. Ulubionem miejscem kąpielowem cesarza Klaudyusza jest np. Sinuessa, a Augusta — Albula.

Najmodniejszą jednak miejscowością kąpielową były kąpiele siarczane Bajae, zwane też *Aquae Cumanae*, w Kampanii rzymskiej. Zawdzięczają to uroczemu położeniu w pobliżu jeziora Awerneńskiego, groty Sybilli i Pól Elizejskich, oraz łagodnemu klimatowi. Już w r. 90 przed Chr. słyną jako ognisko, gdzie zbiera się corocznie kwiat arystokracyi rzymskiej tak, że w krótkim przeciągu czasu powstaje tam całe nowe miasto najzbytkowniejszych willi. Tutaj też chętnie przebywają cesarze i budują swe kapiące od złota pałace. Tutaj rozgrywają się ważne zdarzenia historyczne, jak związek Cezara, Pompejusza i Krassusa na obalenie Republiki; tu wsadza Nero swą matkę Agrippinę na okręt, z którego już więcej wrócić nie miała z rozkazu cesarza. Tu umiera cesarz Hadryan, tu wreszcie ogniskuje się całe moralne zepsucie patrycyatu rzymskiego, chłostano przez Cicerona, Varusa i Seneką.

Z innych miejsc kąpielowych słynęły i licznie odwiedzane były za czasów rzymskich jeszcze następujące:

Aquae Gratianae v. Domitianae, dzisiejsze *Aix-Les-Bains* w Sabaudyi, cieplice siarczane, w których dochowały się aż do naszych czasów resztki zabytków staro-rzymskich w postaci łuku tryumfalnego, zwanego *arcus campanus*, ruin ogromnej łaźni i zwalisk świątyni Dyany.

Colonia Aurelia Aquensis v. Aquae Aureliae, dzisiejszy Baden-Baden, czyli cieplice szwabskie w księstwie Badeńskiem, kwitły najbardziej za panowania Karakalli.

Aquae Aponi v. Patavinae, dzisiejsze Abano w prowincyi Padewskiej (cieplice siarczane).

Aquae Statiellae, dzisiejsze Aequi w prowincyi włoskiej Alessandria (cieplice siarczane).

Aquae Sextiae, dzisiejsze cieplice Aix w Prowancyi, założone w 123 r. przed Chr. przez prokonsula nazwiskiem Gnaeius Sextius Calvinus i więcej nawet odwiedzane w starożytności, niż obecnie. Dzisiejszy budynek kąpielowy stoi na tem samem miejscu, gdzie ongi wznosiły się termy rzymskie.

Aquae Pannonicae, dzisiejszy Baden pod Wiedniem, czyli Baden rakuski (cieplice ziemno-słono-siarczane), znane już za czasów Marka Aureliusza.

Aquisgranum v. Urbs Aquensis, dzisiejszy Akwizgran, czyli Aix-La-Chapelle, cieplice alkaliczno-solno-siarczane w prowincyi Nadreńskiej, zwane też w starożytności *Aquae Granenses*, gdyż patronem źródeł tych był za czasów rzymskich „Apollo Granus“. Pierwsze wzmianki o nich pochodzą z epoki Aleksandra Sewera.

Aquae Tarbellae, dzisiejsze Dax, cieplice siarczano-wapienne we Francyi z dochowanymi do dziś dnia szczątkami murów rzymskich.

Aquae Mattiacae v Fontes Mattiaci, dzisiejszy Wiesbaden, cieplice solankowe, znane już Pliniuszowi.

IX. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Paryżu.

(2—7 października 1905.

(Dokończenie.)

Sekcya III.

Ochrona i obrona dzieci.

Marfan (Paryż) podnosi, że w pierwszych dwóch miesiącach życia prawie nie ma przypadków śmierci z gruźlicy, zwiększa się ich liczba między pierwszym a drugim rokiem życia, aby osiągnąć szczyt w czwartym roku, a potem zmniejsza się od 6 do 12 roku i znowu się zwiększa aż do wieku dojrzałości. W liczbie osobników, zmarłych na inne choroby, u których znaleziono gruźlicę utajoną, znachodzimy 75% dzieci w wieku od 1 do 6 lat. Już tedy w wieku dziecięcym przedszkolnym grozi dziecku gruźlica, przed którą chronić je musimy. W celach ochronnych należy gotować lub wyjaławiać mleko, a przy używaniu surowego mleka dostarczać je tylko od krów na pewno wolnych od gruźlicy; dalej przeszkodzić stykaniu się z gruźliczymi na spacerach; nie dozwolić pieszczot i brania na ręce przez jednostki nieznane i podejrzane; nie dozwolić wkładać rozmaitych przedmiotów do ust; często myć dziecku ręce; przy zmianie mieszkania dezynfekcyonować nowe mieszkanie; nie trzymać służby gruźliczej; przebywać zdala od chorych na gruźlicę wspólnie mieszkających członków rodziny, którzy powinni bezwarunkowo spluwać do spluwaczek; starannie gotować nakrycie stołowe; w końcu należy zamiatać na mokro. Celem uniknięcia narodzin dzieci z usposobieniem gruźliczem, należy przeciwdziałać małżeństwom jednostek gruźliczych, a dzieci ze skłonnością do gruźlicy chronić przed schorzeniem przez pobyt na świeżem powietrzu i sute żywienie mięsne. Urządzenie kolonii wakacyjnych, sanatoryów morskich i uzdrowisk gruźliczych zmierza do tego samego celu. Nadto Marfan zachwala zapoczątkowaną w roku 1903 przez prof. Granchera akcyę celem ochrony dzieci przed gruźlicą, która usuwa dzieci, bezwarunkowo jeszcze zdrowe, z gruźliczego środowiska, rozmieszczając je bądź wśród zdrowych rodzin, bądź na wsi lub w domach zdrowia.

Heubner (Berlin) żąda, aby matki gruźlicze nie karmiły swych osesków, oraz żąda usilnie pouczania, jak dzieci sztucznie karmione chronić przed gruźlicą.

Vallée (Alfort) na podstawie swych doświadczeń stwierdza, że gruźlica tchawicy i oskrzeli u cieląt prawie zawsze pochodzi z zakażenia drogą jelit.

Comby sądzi, że gruźlica u dzieci zaczyna się drogą oddechową i że zakażenie udziela się dziecku od otoczenia. Na 1026 sekcyi, wykonanych w ciągu lat dziesięciu, znalazł w 386 przypadkach (zwyż 37%) gruźlicę. Na tych 386 przypadków w 376-ciu (t. j. zwyż 97%) gruczoły oskrzelowe były zserowaciałe, a nie było ani jednego przypadku gruźlicy przewodu pokarmowego. Co do wieku gruźlica okazuje następujący stosunek:

przed trzema miesiącami życia	2%,
od 3—6 miesięcy	15%,

potem proporcya wzrasta do 30, 40 i 60%, co przemawia dobitnie przeciw dziedziczności.

Boulay i Haeckel, oraz Veillard (Lozanna) wskazują na to, że wtargnięcie prątków może się odbyć drogą błony śluzowej nosa, gardła i krtani, oraz migdałków, a zakażenie postępuje drogą naczyń chłonnych.

Küss (Angicourt) donosi o wynikach autopsyi jednostek, dotkniętych gruźlicą płucną i chirurgiczną, z których wynika, że większość przypadków rzekomo pierwotnej gruźlicy chirurgicznej, oraz znaczna liczba przypadków gruźlicy płucnej u dorosłych, zawdzięcza swe pochodzenie samozakażeniu, wyszłemu z utajonego ogniska gruźliczego, pochodzącego jeszcze z wieku dziecięcego. Te ogniska utajonej gruźlicy posiadają w większości przypadków dyspozycyę topograficzną, wskazującą na wtargnięcie prątków drogą płucna.

Hutinel i Lereboullet zaznaczają różnicę między gruźlicą u dorosłych, która stopniowo opanowuje ustrój, a dziecięcą, postępującą etapami. Przy nieznacznej zmianie początkowej znaczny obrzęk gruczołów stanowi tam pierwszy etap utajonego przebiegu choroby, która potem w wieku dorosłym przybiera większe rozmiary. Stąd wynika nietylko potrzeba ochrony przed zakażeniem, lecz potrzeba wzmocnienia ustroju ze sprawą utajoną.

Zuber (Paryż) żąda, aby rodzina poddawała personal służbowy przed przyjęciem badaniu lekarskiemu w kierunku gruźlicy.

Roux i Josserand (Cannes) podają, że gruźlica u dzieci jest często utajoną i nader rozszerzoną (u 44 na 100). Bywa zawsze usadowioną w gruczołach oskrzelowych. Gruźlica płucna utajona wzrasta do 6-ciu lat. Gruźlica gruczołów słabnie do ośmiu lat, a gaśnie do 15—16 lat. Radyoskopia oddaje znaczne usługi przy wykrywaniu utajonej gruźlicy.

Méry (Paryż) omawia gruźlicę szkolną. Zakażenie szkolne przenosi się z nauczycieli lub z uczniów. Według Brouardela piąta część nauczycieli dotknięta jest gruźlicą. Niebezpieczeństwo zarażenia się od nauczyciela jest większe, aniżeli od uczniów; zarażenie się wśród rodziny znacznie łatwiejsze, niż w szkole. Wogóle bywa gruźlica utajona, utrzymująca się bardzo często u dzieci aż do wieku dojrzałego. Naegeli znalazł na sekcyach dzieci w wieku od 5—14 lat 33% gruźlicy; Bollinger w 1-szym roku życia 218 przypadków gruźlicy na 500 dzieci, a Comby na 933 obdukcyi znalazł gruźlicę w 37·2% przypadkach. Celem czuwania nad dziećmi należy 2 razy do roku odbyć lekarską kontrolę z oznaczeniem wagi, obwodu w pasie i pomiarów klatki piersiowej.

Ganghofner (Praga), stwierdza, że w szkole nie mamy tyle z gruźlicą jawną do czynienia, co z utajoną pod postacią zołzów. Zadaniem naszem jest dążyć do tego, aby ujemne czynniki, działające w szkole, nie potęgowały istniejącego już przedtem usposobienia. Z jednej strony musimy zwrócić uwagę na warunki miejscowe, jak światło, powietrze, przewietrzanie, ogrzewanie i czystość; z drugiej na plan nauki, któryby uwzględniał w dostatecznym stopniu stan fizyczny, dawał dostateczną możność spoczynku i rozwoju cielesnego i uwzględniał indywidualną wydatność uczniów. Nadto, by szkoła nie była rozsadnikiem chorób zakaźnych, usposabiających do gruźlicy, jak krztuśca i odry. Powinniśmy oprócz tego odradzać dotkniętym gruźlicą dzieciom uczęszczania do szkoły i dążyć do ziszczenia teoretycznie uzasadnionego postulatu, by dla chorych gruźliczych były zaprowadzone odrębne zakłady naukowe.

Borbier i Boisnot, badając mocz dzieci od 8—15 lat, pozostawionych na stałej dyecie, a okazujących początki

gruźlicy, zauważyli: 1) zwiększenie się ilości moczu całkowitej i na kilogram wagi; 2) zwiększoną utratę azotu i fosforu, wzmagającą się aż do podwójnej ilości prawidłowej; 3) powyższe zmiany pozostają w ścisłym związku z przebiegiem zakażenia gruźliczego.

Cruchet (Bordeaux) kładzie nacisk na łatwość i konieczność badania stolców na prątki Kocha u dzieci w celach rozpoznawczych.

Tissié (Bordeaux) żąda zmiany planu nauk dzieci z szerokiem uwzględnieniem ćwiczeń gimnastycznych, oraz żąda lekcyi na świeżem powietrzu.

Butte zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zakażenia się gruźlicą z książek szkolnych, wykazane przez niego doświadczalnie na zwierzętach.

Matthieu, Legendre i Chaumié żądają, by rozkład pracy szkolnej był tego rodzaju, aby tylko przed południem odbywała się nauka, a popołudniu przechadzki, ćwiczenia fizyczne i powtarzanie.

Prof. Grancher podnosi z naciskiem, że obecnie za późno rozpoznajemy gruźlicę, że pierwszym objawem gruźlicy oskrzelowo-gruczołowej jest nieprawidłowy wdech, który, utrzymując się na jednem miejscu stale i niezmiennie, jest objawem pewnym. Wczesne rozpoznanie gruźlicy już w tym okresie jest ważnem, bo wówczas chory jeszcze nie kaszle lub kaszle nie wiele i gruźlica wyleczona w tym okresie przestaje być zakaźną. Lekarz powinien też zawsze zbadać całe otoczenie chorego gruźliczego i znajdzie nieraz u niejednego początki sprawy chorobowej.

Mery i Terrien donoszą o nader ciekawem spostrzeżeniu u dziecka, u którego przypalenie pętlą galwanokaustyczną tocznia twarzy wywołało następnej nocy gwałtowny ból w stawie biodrowym lewym, który ustąpił po 48 godzinach. Po 15 dniach po ponownym zabiegu ból powrócił i rozwinęło się zapalenie stawu biodrowego. Autorowie przypuszczają, że podczas zabiegu toksyny weszły w krwiobieg i zadziałały pobudzająco na utajone ognisko gruźlicze.

Josias i Roux zaznaczają bardzo korzystny wpływ żywienia surowem mięsem i sokiem z mięsa u dzieci, dotkniętych gruźlicą. U dzieci, u których w pierwszym miesiącu powyższego żywienia jest przybytek wagi o $^1/_{20}$-tą, rokowanie sprawy chorobowej jest bardzo pomyślne.

Jagot przedstawia wyniki kolonii wakacyjnych dzieci w Anjou. W r. 1903 należało 125, w r. 1904 — 237, a w r. 1905 — 300 dzieci. Przeciętny przybytek był $1^1/_2$ kilograma wagi, 2 cm. w obwodzie w pasie, 3 cm. w obwodzie klatki piersiowej i $2^1/_2$ cm. wydolności oddechowej.

Hayem (brat profesora) opisuje urządzone higienicznie schronisko dla dzieci przy swojej fabryce, gdzie matki-robotnice karmiące mogą co 3 godziny karmić swoje niemowlęta.

Dr. Espine (Lyon) rozpatruje sanatorya morskie dla dzieci prawie wszystkich krajów europejskich i dochodzi do wniosków, że korzystny wpływ leczenia morskiego w zołzach, oraz przy usposobieniu gruźliczem jest niewątpliwy, nadto jest on wybitnym w gruźlicy płuc i otrzewnej u dzieci. Leczenie powietrzem morskiem powinno się zaczynać jak najrychlej, a wspiera je leczenie kąpielami morskiemi i promieniami słonecznymi. Sanatorya morskie powinny podawać statystykę według jednolitego planu.

Armaingaud przedstawia statystykę 15 morskich sanatoryów dla dzieci we Francyi. Na 60 000 dzieci otrzymano wyleczenie u 50%, a nader wybitną poprawę w 25% przypadków.

Sekcya IV.

Opieka i ochrona dorosłych. Higiena społeczna.

Fuster (Paryż), zaznaczając potrzebę ochrony zdrowych i pomocy dla chorych wobec gruźlicy, zastanawia się nad panującym w Niemczech kierunkiem tworzenia sanatoryów i znajduje, że one z jednej strony są niezbyt dostępne dla szerszych mas, a z drugiej stanowią one mechanizm dość zawikłany, o ile ma należycie funkcyonować. Wybitną rolę w walce przeciwgruźliczej grają instytucye wzajemnej pomocy, rozpowszechnione we Francyi, które atoli przeważnie dźwigają ciężar zasiłków, dostarczanych chorym członkom, zamiast działać zapobiegawczo. Fuster poleca połączenie wspólne towarzystw ubezpieczenia na przewlekłe choroby z towarzystwami ubezpieczenia przeciwgruźliczego.

Bielefeld (Berlin) podnosi dodatnie znaczenie ubezpieczenia robotników, obowiązkowego w Niemczech, które dostarcza zasiłków pieniężnych chorym robotnikom i ich rodzinom. Ścisłe liczby wykazują, że na 100 leczonych gruźliczych w latach 1896—1900 pozostało 21, 31, 32 i 35 takich, którzy byli jeszcze po pięciu latach dostatecznie zdolnymi do pracy, nie pobierając renty. Nadto stowarzyszenia te odczytami i broszurami działają kształcąco na ogół członków. Śmiertelność na gruźlicę w Prusiech obniżyła się. W r. 1886 było 88.283 przypadków zejścia śmiertelnego na gruźlicę, a w roku 1902 tylko 66.726. W miastach, liczących ponad 100 tysięcy mieszkańców, śmiertelność na 10.000 wynosiła w r. 1886 przypadków 37.36%, a w roku 1902 tylko 22%.

Mabillaud żąda centralizacyi wszystkich towarzystw ubezpieczeń i połączenia ubezpieczenia na starość z ubezpieczeniami na wypadek choroby. Zakładanie sanatoryów powinno być rzeczą rządu, a nie towarzystw ubezpieczeń. Żądanie to znalazło przeciwnika w profesorze Brouardelu, który przestrzega przed utożsamianiem choroby z niezdolnością do pracy.

Mabillon (Bruksela) podnosi potrzebę peryodycznej dezynfekcyi formaliną urzędów publicznych, oraz papierów urzędowych. Sposób ten jest zaprowadzony i pozostaje pod kontrolą lekarską w belgijskiej Kasie oszczędności.

Bollag (Liestal, Szwajcarya) donosi, że kasy zapomogowe szwajcarskie zwalczają gruźlicę drogą odczytów, przez badanie plwocin, rozdawanie spluwaczek i zasiłki pieniężne.

Mortial (Paryż) zaznacza, że środki dla osób pojedynczych mają mniejsze znaczenie w walce z gruźlicą, aniżeli środki społeczne. Konieczną jest ochrona robotnika, starania o spoczynek, zdrowe pożywienie i pobyt na powietrzu, oraz kontrola nad warunkami, wśród których odbywa się praca w warstatach.

Boileau również kładzie silny nacisk na społeczne znaczenie i zwalczanie gruźlicy: na „choroby z nędzy“, na potrzebę międzynarodowej walki z tą klęską, oraz na konieczność dążenia do osiągnięcia żądań proletaryatu, odnoszących się do regulacyi pracy, spoczynku i snu.

Romme (Paryż) omawia czynniki ekonomiczne, stanowiące społeczną przyczynę gruźlicy. Należy zwrócić uwagę na ciągłą emigracyę mieszkańców wsi ku miastom, którzy w nowych siedzibach wykazują dwa razy większą śmiertelność na gruźlicę, aniżeli w pierwotnych. W miastach francuskich przemysłowych śmiertelność na gruźlicę na 10,000 wynosi 56—61, podczas gdy w miastach głównie rolniczych wynosi ona 10 na 10,000. Nietylko emigracya ze wsi do miasta, lecz także nowe warunki do pracy grają tu rolę, bo przemysł przeważnie mieści w sobie warunki niezdrowia już w samej pracy, jakoteż w życiu, odżywieniu i mieszkaniach robotniczych. Jeszcze gorszym jest pod względem zdrowotnym drobny przemysł, ponieważ tam pracownia uchodzi wszelkiej kontroli publicznej i tam w znacznej części zatrudnieni są bezkarnie członkowie rodziny, dziewczęta i małoletnie dzieci i to przez 12—15 godzin na dobę. Dodać do tego należy najniższe zarobki, przywiązane do tego drobnego przemysłu. Ponadto stwarzają miasta alkoholizm i co za nim idzie przebywanie w dusznych lokalach, oraz bardziej jeszcze uszczuplone warunki bytu i brak opieki nad dziećmi. Gruźlica wzrasta w prostym stosunku do zmniejszonych dochodów, co autor wykazuje na liczbach z Hamburga, Frankfurtu, Monachium, Berlina, Wiednia i Paryża.

Newsholm (Brighton) stwierdza, że statystyka gruźlicy płucnej, jako miary gruźlicy wogóle, wykazuje w wielu krajach spadek śmiertelności, zależny od polepszenia warunków i postępów higieny, oraz od odosobniania jednostek gruźliczych po zakładach i niesionej pomocy.

Sternberg (Wiedeń) podnosi, że nie wystarczy ograniczyć się do stwierdzania czynników ekonomicznych, sprzyjających gruźlicy. Zachodzi potrzeba osobnej dyscypliny; medycyny, względnie terapii społecznej, która może rozwinąć swą działalność łącznie z polityką społeczną i z uwzględnieniem stosunków prawodawczych i wykonawczych.

Landouzy projektuje postulaty w kierunku unormowania obowiązkowego gęstości rozmieszczenia na terytoryach miejskich.

Weil-Mantou kładzie nacisk na to, że przy zwalczaniu gruźlicy punktem oparcia ma być 1) dezynfekcya, 2) szkoła, która powinna odnawiać i odmieniać nasze obyczaje.

Spillmann (Nancy) domaga się ścisłej kontroli prostytutek w kierunku gruźlicy.

Perrin (Nancy) na podstawie badań potomstwa tysiąca chorych w klinice profesora Spillmanna w Nancy, dochodzi do wniosku, że gruźlica jest ważnym czynnikiem wyludniającym *a*) przez zmniejszanie liczebne porodów, *b*) przez zwiększanie przyczyn gruźlicy u dzieci już liczebnie ograniczonych.

Teuner (Beneson, Czechy) zachwala urządzanie przy szpitalach ogólnych osobnych pawilonów, przeznaczonych wyłącznie dla gruźliczych. Tą drogą otrzymał on wyniki, odpowiadające wynikom, otrzymywanym w sanatoryach.

Pecker proponuje organizacyę umiejętnej opieki nad mieszkaniami celem zwalczania gruźlicy.

Ryn (Bruksela) zachwala urządzanie specyalnych szpitali dla dotkniętych gruźlicą.

Curtois-Suffit i Laubry (Paryż) stwierdzają, że uzdrowiska i zakłady dla gruźliczych we Francyi nie cieszą się takim entuzyazmem, jak w krajach niemieckich. Nie powinny one uchodzić za główny czynnik w walce z gruźlicą, ponieważ jest ona mniej chorobą zakaźną, a raczej klęską społeczną, a nadto ponieważ wyleczalność gruźlicy jest względną. Zachodzi znaczny niestosunek między koniecznymi środkami, a społecznem znaczeniem bezpośrednich wyników. Powinny one być zakładami ochronnymi, a nie leczniczymi.

Bang (Silkeborg) wyraża opinię, że sanatorya działać winny, nietylko udzielając ubogim dobrego odżywienia i spoczynku, lecz także kształcąc ich i wychowując w kierunku higienicznym. Autor proponuje schroniska dla gruźliczych niezdolnych do pracy i zakłady dla ozdrowieńców, opuszczających sanatorya gruźlicze, w którychby się ich przystosowywało i przyzwyczajało do pracy.

Beco (Bruksela) podnosi potrzebę skombinowanego współdziałania ochron gruźliczych z innymi zakładami, jak szpitale, towarzystwa ubezpieczeń, Kasy chorych, zakłady bakteryologiczne, towarzystwa domów robotniczych itp.

Boumier i Juilerat (Paryż) dowodzą, że złe mieszkania szerzą gruźlicę z jednej strony, a to przez brak światła, który dozwala swobodnie przebywać prątkom gruźliczym, a z drugiej strony przez wywoływanie niedokrewności i czynienie ustroju ludzkiego podatniejszym na zakażenie gruźlicze. Stawiają oni cały szereg postulatów celem zaradzenia złemu. We wszystkich miastach, liczących ponad 2.000 mieszkańców, należy urządzić ankiety, któreby stwierdziły rozmieszczenie gruźliczych według domów i znalazły prawa tego rozmieszczenia. Władze miejskie powinny się zająć zarządzeniami, aby wszystkie nowopowstające ulice przez kilka godzin dziennie były po jednej i drugiej stronie wystawione na działanie światła słonecznego i dlatego domy co do swej wysokości i szerokości winny być tak budowane, aby umożliwić działanie promieni słonecznych od góry aż do dołu. Podobnym warunkom ma odpowiadać budowa wewnętrznych podworców w domach, które nadto muszą mieć połączenie z drogami publicznemi, umożliwiające dostateczną wymianę powietrza. Każda ubikacya zamieszkała powinna otrzymywać światło z ulic i podworców, odpowiadających powyższym wymaganiom. Wszelkie urządzenia domów (np. piece) winny być tak zbudowane, aby zapewnić dostateczną wentylacyę. Lokale, zamieszkane przez gruźliczych, winny podlegać obowiązkowemu odkażeniu. Pokrywanie podworców szklanymi dachami lub w podobny sposób winno być wzbronionem.

* * *

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Odezwa. Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy" rozesłał na święta Bożego Narodzenia do wszystkich kolegów życzenia świąt i Nowego Roku i załączył pewną ilość znaczków receptowych w nadziei, że ci z kolegów, którzy dotychczas znaczków nie używają, — używanie ich wprowadzą w zwyczaj u siebie, przez co fundusz dla niezaopatrzonych wdów i sierot po lekarzach niepomiernie w przyszłości się zwiększy.

Z własnego doświadczenia półtorarocznego twierdzimy, że publiczność sprawie znaczków jest przychylną i z tej strony lekarz nie znajduje żadnej niechęci, trzeba tylko chcieć dobrą sprawę wytrwale prowadzić i wprowadzić chęci w czyn, a kwoty ze sprzedaży znaczków będą liczne i obfite.

Zamiast zwalczać słowem albo pismem sprawę doniosłą dla naszego stanu i nawskróś humanitarną, zabrać nam się należy do dzieła cicho, wytrwale i solidarnie, byśmy sobie mogli powiedzieć: jeden za wszystkich, wszyscy za jednego.

Dowiadujemy się, że w Wiedniu żywo się krzątają około wprowadzenia znaczków receptowych i rzecz tę traktują jako zupełnie nową, nie wiedząc o tem, że od półtora roku sprawę znaczków u nas wprowadzono. Tak więc za przykładem naszym pójdą i lekarze innych krajów i niewątpliwie przyczynią się w ten sposób do rozpowszechnienia tego cennego źródła dochodów dla funduszu wdowiego.

Załączyliśmy prócz tego po jednym formularzu rachunku lekarskiego, spodziewając się, że koledzy chętnie nimi posługiwać się będą i w ten także sposób przyczynią się do wzmożenia funduszu wdowiego.

Z Wydziału Towarzystwa Samopomocy.

Sekretarz: *Dr. Langie.* Wiceprezes: *Dr. Bogdanik.*

Z Towarzystwa »Samopomocy lekarzy« donoszą:

I. „Pani Antonina Baumowa złożyła do rąk moich na fundusz wdów i sierot po lekarzach przy Tow. Samopomocy koron 80 (t. j. ośmdziesiąt), jako część nieprzyjętego przez jednego z lekarzy krakowskich honoraryum za leczenie jej ś. p. męża".

Dr. Langie,
generalny sekretarz.

II. Pan Gustaw Szancer, aptekarz w Skolem, zobowiązał się nalepiać na flaszkach z *syrup. kal. sulfoguaiacol. codein.* własnego wyrobu — znaczki jednohalerzowe, celem wzmożenia funduszu dla niezaopatrzonych wdów i sierot po lekarzach, za co Mu Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy składa publiczne podziękowanie.

Kraków, 19 grudnia 1905.

Sekretarz: *Dr. Langie.* Wiceprezes: *Dr. Bogdanik.*

III. Wydział Towarzystwa Samopocy Lekarzy przypomina Kolegom, iż Walne Zgromadzenie w dniu 29 kwietnia 1905 zaleciło lekarzom przedkładanie pacyentom rachunków lekarskich półrocznie, ewentualnie po skończonem leczeniu.

Sekretarz: *Dr. Langie.* Prezes: *Dr. Jordan.*

Żądania i rady lekarzy w sprawie zmiany niemieckiego ustawodawstwa, tyczącego się robotniczego ubezpieczenia. (*Forderungen und Vorschläge der Aerzte zur Abänderung der deutschen Arbeiterversicherungsgesetze. Den Mitgliedern des VII. internationalen Kongresses für Arbeiterversicherung in Wien überreicht von der Krankenkassenkomission des Deutschen Aerztevereinsverbandes.* R. Wagner Sohn. Weimar, 1905, str. 79).

W Nrze 46 „Przeglądu lek." z 18 listopada b. r. zdałem sprawę z VII. międzynarodowego Kongresu robotniczego, poświęco-

nego sprawie ubezpieczenia i tam już wspomniałem, że wszystkim członkom Kongresu rozdali lekarze niemieccy broszurę pod powyższym tytułem. Broszura ta obejmuje 79 stron druku, przeznaczona jest głównie dla nie-lekarzy i podzielona jest na 3 części. Część pierwsza, najciekawsza, której treść zamierzam pokrótce tu naszkicować, traktuje o prawnem uregulowaniu sprawy lekarzy kasowych; druga o zamierzonem połączeniu poszczególnych gałęzi ubezpieczenia, a więc ubezpieczenia na wypadek choroby, na wypadek stałej niezdolności do pracy i starości; a w części trzeciej znajdujemy omówione stanowisko lekarzy kasowych w Austryi. Otóż w części pierwszej tej broszury omówione są żądania lekarzy niemieckich w sprawie ustawodawstwa, tyczącego się Kas chorych, a nadto wskazują tam lekarze niemieccy lekarzom w Austryi, których organizacya jeszcze jest w powijakach, co uzyskali dotąd organizacyą i samopomocą. Jako kardynalne żądanie, które zdoła ustawowo zapewnić lekarzom kasowym niezależność, jest i pozostanie nadal wprowadzenie wolnego wyboru lekarzy we wszystkich Kasach chorych, t. z. dopuszczenie do praktyki w Kasach każdego nieposzlakowanego, dyplomowanego lekarza, który się podda warunkom, skreślonym przez organizacyę lekarską i Kasy chorych. Twierdzenie niektórych Kas chorych, jakoby wolny wybór lekarzy groził Kasom finansową ruiną, zwalcza broszura, powołując się na niedawny okólnik ministra spraw wewnętrznych w Wirtembergu, w którym można między innemi znaleźć następujące słowa: „Doświadczenia, jakie poczyniono z systemem kontrolowanego wolnego wyboru lekarzy w Wirtembergu, są nadzwyczaj korzystne, system ten odpowiada zarówno interesowi ubezpieczonych, zezwalając im na leczenie się u lekarza, do którego mają zaufanie, jakoteż i słusznym interesom zawodowym lekarzy i nie sprawdziły się obawy finansowego przeciążenia Kas i to nawet tam się te obawy nie ziściły, gdzie jako podstawę wynagrodzenia lekarskiego za poszczególne świadczenia przyjęło państwową minimalną taksę. A więc możemy Kasom gorąco polecić przejście do systemu wolnego wyboru lekarzy tam, gdzie go dotąd jeszcze nie ma. A w takim razie winny Kasy zawierać umowy nie z poszczególnymi lekarzami, ale ze związkami lekarzy, które w obwodzie Kasy już to istnieją, już to powstają“.

Drugiem zasadniczem żądaniem lekarzy niemieckich jest bezwzględna swoboda koalicyi i stworzenie tak zw. Komisyi ugodowych (*Vertragskomissionen*), które dotąd bezbronnemu lekarzowi dają możność zawierania umowy z swym pracodawcą, t. j. zarządem Kasy, umowy, licującej z godnością zawodu i możność uzyskania odpowiedniego wynagrodzenia. Z całym naciskiem podkreśla broszura, że „Komisye ugodowe obok wolnego wyboru lekarzy są najważniejszym punktem regulacyi sprawy lekarzy kasowych. Bardzo szczegółowo zestawiony jest przegląd wszystkich dotychczas w Niemczech istniejących komisyi ugodowych, ich urządzenie, zakres działania i znaczenie. Przegląd ten dowodzi, że z małymi wyjątkami (Berlin, Hamburg) poczucie solidarności zawodowej kwitnie wśród lekarzy niemieckich i że instytucya tych Komisyi ugodowych coraz bardziej się przyjmuje i coraz głębsze zapuszcza korzenie. Praca, której dotąd Komisye ugodowe dokonały, jest ogromna. Nie przesadzimy, jeśli powiemy, że już samo istnienie Komisyi ugodowych w tysiącznych przypadkach uchyliło wybuch poważnych starć“. Z zupełną rezygnacyą mówi broszura o „najzupełniej patologicznych“ stosunkach między lekarzami kasowymi w Berlinie tak, że zmiany na lepsze spodziewa się tylko po prawnej regulacyi sprawy.

Komisya żąda, żeby wszelkie przepisy obowiązujące dla umów, zawieranych między Kasami a lekarzami, ustalały Komisya ugodowa i Zarządy Kasy. Ustawa normować powinna tylko sprawę honoraryum. Komisya w tym kierunku proponuje, aby maksymalna wysokość lekarskiego honoraryum wynosiła $22^1/_2\%$ rocznego (możliwie najwyższego) dochodu Kasy.

Jak wiadomo, rząd zamierza zarówno w Niemczech, jak i w Austryi, zmienić dotychczasowy sposób opłacania wkładek do Kas chorych. Dotąd płaci pracodawca $^1/_3$ wkładki, a $^2/_3$ robotnik; obecnie wedle nowych projektów mają i pracodawca i robotnik płacić po połowie i za to ma też w przyszłości składać się zarząd Kasy, nie, jak dotąd, z przewagi robotników, ale po połowie z robotników i pracodawców. Przeciw temu, jak to już nieraz miałem sposobność zaznaczyć, gorąco występują robotnicy, broniąc autonomii w Kasach. W sprawie tej wypowiada się również broszura ze słuszną rezerwą, zaznacza, że jest to sprawa politycznej natury, wobec której winni lekarze zachować się neutralnie, że jednak Kasy potrzebują szerokiej swobody działania i stanowienia o sobie, jeśli się mają rozwijać.

Stahr.

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, 28 grudnia.

Numer dzisiejszy jest ostatni, który po dziesięciu latach podpisuję w charakterze redaktora głównego „Przeglądu lekarskiego“. Odchodzę od stołu redaktorskiego ani znużony, ani wyczerpany, a tem mniej zniechęcony: tylko przekonanie, że nie wiele jest lat w życiu człowieka, w których stopa jego energii dotrzymuje kroku postępowemu rozwojowi wiedzy i że prędzej czy później między umysłowemi potrzebami czytelników, a zadośćuczynieniem im ze strony redaktora, wytworzyć się musi odstęp, który później już bezwiednie dla niego będzie się powiększał, — nakazały mi złożyć mandat. Przyzwyczajenie wytwarza coś w rodzaju nałogu; więc oddając tekę, nie opuszczam grona redaktorskiego; ustępuję tylko z przed frontu i staję do szeregu, w którym rozpocząłem służbę przed laty trzydziestu i bez przerwy ją pełnię.

W perspektywie czasu staje mi przed oczyma długi szereg spółpracowników: dziś więcej niż kiedy przedtem oceniam ich trwałą i ani razu nie zamąconą życzliwość dla siebie i dla „Przeglądu lekarskiego“: niech mi więc wolno będzie na tem miejscu, które dziś jeszcze do mnie należy, wyrazić im, jak niemniej Towarzystwom lekarskim, których „Przegląd lekarski“ jest organem, najszczerszą, głęboko odczutą i dozgonną moją wdzięczność.

Dr. August Kwaśnicki.

* Towarz. lekar. krak. odbyło d. 20 b. m. posiedzenie wyborcze. Skład zarządu Towarzystwa na r. 1906 jest następujący: doc. M. Rutkowski — prezes; dr. E. Borzęcki — wiceprezes; prof. L. Korczyński — sekretarz stały; dr. L. Wilczyński — sekretarz doroczny; doc. S. Dobrowolski — skarbnik; dr. J. Landau — bibliotekarz; prof. S. Ciechanowski — redaktor „Przegl. lekarskiego“; dr. A. Kwaśnicki, prof. K. Klecki, prof. L. Korczyński, dr. B. Wojciechowski — członkowie Komisyi redakcyjnej. Delegatami na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrani zostali profesorowie lwowscy: dr. A. Gluziński i dr. A. Mars. Do Komisyi kontrolującej powołani zostali: kol. dr. M. Cercha i kol. Z. Wachtel, wreszcie Kuratorem „Domu Towarzystwa“ wybrany został kol. prof. J. Nowak.

* Z „Revue v neurologii, psychiatryi“ i t. d. (Nr. 12) dowiadujemy się, że Bracia Miłosierdzia w Krakowie otworzą w swoim szpitalu oddział dla umysłowo chorych.

* Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego wileńskiego w dniu 24 listopada po raz pierwszy po 40 latach przemówiono publicznie po polsku. Dziś, gdy prawo stowarzyszania się zostało zaliczone przez ukaz carski do zasadniczych podstaw rozwoju społecznego, a jednocześnie język polski nie może być, jak dotychczas, tamowany, ufać należy, że wskrzeszą się i inne nasze Towarzystwa lekarskie, istniejące przed r. 1863, że tu tylko wspomnimy o „Towarzystwie lekarskiem podolskiem“, założonem przez ś. p. d-rów Aleksandra Kremera i Adryana Baranieckiego. Odzyskanie stanowiska naszego w sferze umysłowo-moralnej powinno być wypisane na naczelnem miejscu naszego programu działania w konstytucyjnej Rosyi.

* Krakowska Rada powiatowa wybrała dr. Bolesława Komorowskiego do składu powiatowej Komisyi sanitarnej.

* Komitet wykonawczy Izb lekarskich austryackich, złożony z dr. Chiari'ego, dr. Ewalda, dr. Lista i dr. Brennera odbył audyencyę u prezydenta ministrów Gautscha, któremu złożył memoryał o działaniu Izb w ubiegłem dziesięcioleciu. Przewodniczący w przemówieniu swojem podkreślił, że mała wydatność z dziesięcioletniej działalności Izb lekar. ma swe usprawiedliwienie w niedostatecznej ustawie izbowej i w braku poparcia ze strony rządu, a na dowód tego twierdzenia przytoczył mowca, że na 274 podań 32% nie zostało załatwionych. Prezydent ministrów w odpowiedzi zastrzegł się, że sprawy tego rodzaju nie należą do zakresu jego działania, lecz że on użyje całego swego wpływu, ażeby minister spraw wewn. hr. Bylandt Rheidt w granicach możności zadość uczynił żądaniom i potrzebom Izb lekarskich w Austryi.

* Dnia 17 b. m. odbył się w Krakowie Zjazd lekarzy kolejowych okręgu Dyrekcyi krakowskiej, na który przybyło 44 członków. Zgromadzenie uchwaliło zorganizować Towarzystwo lekarzy kolejowych Zachodniej Galicyi, przedyskutowało statut i wybrało Komisyę, której poruczyło przeprowadzenie zatwierdzenia statutu.

* Dyplom doktora wszechnauk lekarskich otrzymali: Hełan Jaworski — we Lwowie i Łucyan Tadeusz Wlyński — w Krakowie. Dr. Jaworski był już doktorem medycyny uniwersytetu w Limie, a następnie w Madrycie; jest to zatem obecnie trzecia doktoryzacya.

* Między 3 a 9 grudnia zaszły nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim, buczackim (po 1 gminie), dobromilskim (3 gm.), kałuskim, kamione kim, jarosławskim, mościskim (po 1 gm.), nadwórniańskim (2 gm.) i przemyślańskim (1 gm.).

Nekrologia. Dr. Juliusz Zajączkowski, b. sekundaryusz szpitala powszechnego we Lwowie, lekarz ordynujący w tamtejszej poliklinice, zmarł w Zakopanem w 36 r. życia. Dr. Hosch, profesor nadzw. okulistyki, zmarł w Bazylei.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Z. 21 i 22. Brunner: O stosunku toksyny do antytoksyny (c. d.). Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy (*mycosis*) górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.).

Innych czasopism z Królestwa Polskiego — nie otrzymaliśmy.

— *Nowiny lekarskie* Z. 12. Biegański: Medycyna wewnętrzna u nas na schyłku XIX wieku (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 51. Chalupecký: Glaukom v lékařství úrazovém (c. d.). Srdínko: O drahách oběhu krevního v nadledvině člověka a jich vztahu k některým pathologickým affekcím této žlazy. Chvojka: Missed labour při centrální vcestne placentě (c. d.). Zahradnický: Zpráva o chirurgické činnosti všeobecné okresní nemocnice v Nem. Brodě za r. 1904 (dok.).

Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaetetické therapii Nr. 12. Haškovec: Poznamky o galvanické resistenci hlavy. Velich: Studie o vlivu soustavy nervosé na tep (dok.). Mourek: Vzácný případ náhlé duševní infekce šesti sourozenců (dok.).

— *La Presse medicale* Nr. 100. Letulle: Badanie szczytów płucnych. Dumas i Halbron: Zakażenie wątroby drogą naczyń nadwątrobnych. — Nr. 101. Labbé i Furet: Zaburzenia w wydzielaniu chlorków z moczem. Czynniki otyłości. Gros: Wskaźnik endemiczny zakażenia zimniczego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 51. Salkowski: Przyczynek do nauki o nierozpuszczających się w wyskoku substancyach azotowych moczu, zwłaszcza koloidalnych. Cohn: O operacyjnem wyleczeniu oderwania siatkówki, trwającem jeszcze po upływie 23 lat. Katzenstein: Przyczynek do patologii i terapii wnętrostwa. Thilenius: Nowa wirówka (centryfuga) z wysoką liczbą obrotów i przyrządem do liczenia tych obrotów.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 51. Bauereisen: O hebotomii. Liepmann: Etyologia drgawek. Wendel: Leczenie X-promieniami raka przełyku. Neisser: Przyczynek do nauki o krwawieniu przy zapaleniu alkoholicznem wielu nerwów. Sommer: Właściwości elektrycznych zjawisk w zakresie skóry, w szczególności palców. Müller: Dezynfektor telefonu systemu Percy-Simundta.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 51. Hochenegg: Wskazania do apendektomii przy bolach kretniczokątniczych. Streintz: O promieniowaniu metali (metaloterapia). Ranzi i Auffenberg: W sprawie zdolności kikuta do dźwigania po operacyi Bungego. Khautz: Przyczynek do nauki o złamaniach kości strzałkowej.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 51. Düring: Leczenie łuszczycy. Besserer i Jaffé: O hodowlach durowych, które wobec oddziaływania uodporniającego zachowują się atypowo. Saathoff: Metoda zieleni metylowej i pyroniny dla elektywnego barwienia bakteryi w skrawkach. Krause: O zastosowaniu tuberkuliny nowej. Spengler: Pierwszeństwo w wytworzeniu i zastosowaniu tuberkuliny. Baratyński: Zastosowanie operacyi Bassiniego i Kochera w leczeniu przepuklin brzusznych. Herhold: Suchy katgut jodowy. Curschmann i Schlayer: Metoda Goldscheidera opukiwania serca (dok.). Sternberg: Badanie zmysłu smaku dla celów klinicznych. Königshöfer: Postępy w leczeniu chorób ocznych (dok.).

Redakcya otrzymała. Pieniążek: Traitement local sous le contrôle de la vue des rétrécissements de la trachée et des bronches. Dr. Nowotny: 1) Ciała obce w nosie, gardle i połyku, wydobyte w przeciągu ostatnich dwu lat. 2) Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w oskrzelach, tchawicy i przełyku. 3) Beitrag zur „Pachydermia laryngis". 4) Die Therapie an der Universitatsklinik des Prof. Pieniążek für Nasen- Rachen- und Kehlkopfkrankheiten in Krakau. 5) Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej. 6) Beitrag zur Kasuistik der inspirirten Fremdkörper. 7) Ueber die Tracheo- und Bronchostenosen. Doc. A. Bochenek: 1) Anatomia i rozwój jamy ustnej i zębów. 2) Badania nad budową systemu nerwowego centralnego mięczaków, osłonic i szkarłupni. 3) Materyały do charakterystyki antropologicznej ludności Królestwa Polskiego.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 51 (od dnia 17 XII do 23 XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. —, dziew. —; nieżywo: chł. 1, dz. —. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 17, kob. 11; zamiejscowych: męż. 9, kob. 4.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. 1, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 4, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem**: miejscowych 28, obcych 13.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrwności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.

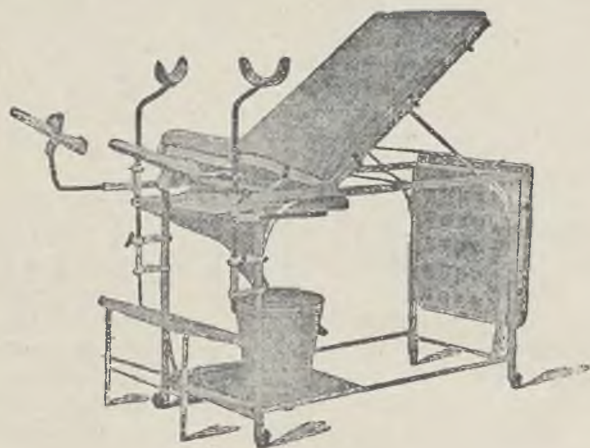




Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum". Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemosis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: original Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.



MEBLE DLA LEKARZY DO BADANIA CHORYCH I DO OPERACYI.

URZĄDZANIE SZPITALI

POLECA 177

KAROL HÁJEK

PRAGA (CZECHY)

KRÁL. VINOHRADY 880.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrwności i t. d.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 157

Cena flaszki 1 K. 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

Kompletne wyprawy dla położnic

zestawione i polecane przez WWPP. Profesorów ginekologii i położnictwa na Uniw. Jagiell. sprzedaje wyłącznie

Skład Apteczny 213

mag. farm. JADWIGI KLEMENSIEWICZOWEJ

w Krakowie, Karmelicka 15.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PLĄSKOWSKIEGO, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim w terminie od dnia 1 Kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda około rub. 500. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora. 104

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*